

Editor: Arif Munandar

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN



Arif Munandar | Dhiana Setyorini | Intim Cahyono
Irfandi Rahman | Fitri Wahyuni | Devanda Faiqh Albyn
Ria Desnita | Kornelis Nama Beni
Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo | Defrima Oka Surya
Triyana Harlia Putri | Minarti | Ayu Dita Handayaningtyas
Ni Made Sintha Pratiwi | Henny Yolanda | Kusniyati Utami
Nilam Noorma | Iyar Siswandi | Nur Hasanah
Ni Komang Sukra Andini | Marlinda | Emitra Fatriona
Pipit Festi Wiliyanarti | Agustina Boru Gultom
Ahmad Guntur Alfianto | Eva Oktaviani | Tri Arini | Zuhartul Hajri
Sang Ayu Ketut Candrawati | Atik Bad'ah
Chlara Yunita Prabawati | Dwi Prihatin Era | Ricky Prawira

BUNGA RAMPAI

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak 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).

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Arif Munandar | Dhiana Setyorini
Intim Cahyono | Irfandi Rahman
Fitri Wahyuni | Devanda Faiqh Albyn
Ria Desnita | Kornelis Nama Beni
Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo
Defrima Oka Surya | Triyana Harlia Putri
Minarti | Ayu Dita Handayaningtyas
Ni Made Sintha Pratiwi | Henny Yolanda
Kusniyati Utami | Nilam Noorma
Iyar Siswandi | Nur Hasanah
Ni Komang Sukra Andini
Marlinda | Emitra Patriona
Pipit Festi Wiliyanarti
Agustina Boru Gultom
Ahmad Guntur Alfianto
Eva Oktaviani | Tri Arini | Zuhartul Hajri
Sang Ayu Ketut Candrawati
Atik Badi'ah | Chlara Yunita Prabawati
Dwi Prihatin Era | Ricky Prawira

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Arif Munandar | Dhiana Setyorini
Intim Cahyono | Irfandi Rahman
Fitri Wahyuni | Devanda Faiqh Albyn
Ria Desnita | Kornelis Nama Beni
Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo
Defrima Oka Surya | Triyana Harlia Putri
Minarti | Ayu Dita Handayaningtyas
Ni Made Sintha Pratiwi | Henny Yolanda
Kusniyati Utami | Nilam Noorma
Iyar Siswandi | Nur Hasanah
Ni Komang Sukra Andini | Marlinda | Emitra Patriona
Pipit Festi Wiliyanarti | Agustina Boru Gultom
Ahmad Guntur Alfianto | Eva Oktaviani
Tri Arini | Zuhartul Hajri | Sang Ayu Ketut Candrawati
Atik Badi'ah | Chlara Yunita Prabawati
Dwi Prihatin Era | Ricky Prawira

Editor:

Arif Munandar

Tata Letak:

Enjellia Putri Zega

Desain Cover:

Nathanael

Ukuran:

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman:

xii, 514

ISBN:

978-623-195-584-5

Terbit Pada:

Oktober 2023

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir untuk memberikan kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan **Falsafah dan Teori Keperawatan**. Sistematika buku Falsafah dan Teori Keperawatan ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Pada buku ini terdiri dari 33 bab yaitu Falsafah keperawatan, sains dan paradigma keperawatan; hubungan falsafah dan paradigma keperawatan; teori keperawatan, karakteristik teori keperawatan dan model konseptual; perkembangan teori keperawatan dan penerapannya dalam asuhan keperawatan; model konseptual myra estrin levine: model konservasi; model konseptual martha e. roger : kesatuan manusia (*unitary human beings*); model konseptual dorothea orem : defisit perawatan diri; model konseptual imogene m. king: kerangka kerja sistem interaksi; model konseptual betty neuman: konsep *health care* sistem; model konseptual sister calista roy: model adaptasi; model konseptual josephine g paterson dan loretta t. dzerad; teori humanistik; model teori nola j pender: model promosi kesehatan; model teori rosemarie rizzo parse: menjadi manusia; model teori helen c. erickson: modeling and role e-modeling; model teori madeleine leininger: keperawatan transcultural; model teori margareth newman: kesehatan sebagai perluasan kesadaran; model teori ramona t. mercer; pencapaian peran ibu; model teori ida jean orlando; teori proses keperawatan; model teori evelyn adamas: pengembangan model dan teori keperawatan; teori keperawatan jean watson: teori caring; teori keperawatan cheryl tatano beck: teori depresi pascapersalinan; teori keperawatan virginia henderson; prinsip-prinsip dan praktik keperawatan; teori keperawatan faye glenny abdellah pendekatan pada pasien dalam keperawatan; teori

keperawatan patricia benner etika dalam praktik keperawatan; teori keperawatan hildegard e. peplau: isolasi sosial; teori keperawatan katharine kolkaba: kenyamanan dalam proses keperawatan; teori keperawatan kathryn e. barnard; model penilaian kesehatan anak, teori keperawatan florence nightingale; teori lingkungan; teori keperawatan lydia e. hall; care, cure and core; teori keperawatan joyce travelbee teori hubungan interpersonal; teori keperawatan phil barker; model pemulihan kesehatan mental; *teori keperawatan carolyn l. wiener and marylin j. dodd*; *teori lintasan kesehatan (health trajectory)*; dan *the theory of technological competency as caring in nursing (tccn)*. Oleh karena itu, diharapkan buku 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 Media Sains Indonesia sebagai inisiator buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 3 September 2023

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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 FALSAFAH KEPERAWATAN, SAINS DAN PARADIGMA KEPERAWATAN	1
Falsafah Keperawatan.....	1
Tujuan Keperawatan.....	4
Ruang Lingkup Keperawatan	4
Ruang Lingkup Keperawatan Profesional	4
Unsur-Unsur Keperawatan	5
Sains Keperawatan	7
Paradigma Keperawatan	18
Paradigma Keperawatan menurut Beberapa Ahli	20
2 HUBUNGAN FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN	27
Falsafah Keperawatan.....	27
Paradigma Keperawatan	29
Hubungan Falsafah dengan Paradigma Keperawatan.....	33
3 TEORI KEPERAWATAN, KARAKTERISTIK TEORI KEPERAWATAN DAN MODEL KONSEPTUAL.....	37
Pendahuluan	37
Teori Keperawatan	39
Karakteristik Teori Keperawatan.....	41
Model Konsep Keperawatan	41
4 PERKEMBANGAN TEORI KEPERAWATAN DAN PENERAPANNYA DALAM ASUHAN KEPERAWATAN	49
Perkembangan Teori Keperawatan.....	49

	Perkembangan Pengetahuan dalam Keperawatan	54
	Metaparadigma Keperawatan.....	55
	Perawatan yang Berpusat pada Orang.....	56
	Penerapannya Teori Dalam Asuhan Keperawatan.....	58
	Penerapan Teori <i>Comfort Kolcaba</i> pada Asuhan Keperawatan.....	60
	Penerapan Teori Dorothy Orem pada Asuhan Keperawatan.....	61
	Penerapan Teori <i>Calista Roy</i> pada Asuhan Keperawatan.....	62
	Penerapan Teori <i>Virginia Henderson</i> pada Asuhan Keperawatan.....	63
5	MODEL KONSEPTUAL MYRA ESTRIN LEVINE : MODEL KONSERVASI.....	69
	Pengantar Teori.....	69
	Teori Levine	70
	Teori Levine dan Metaparadigma Keperawatan	74
	Teori Levine dan Proses Keperawatan	77
	Kekuatan dan Keterbatasan Teori Levine	78
6	MODEL KONSEPTUAL MARTHA E. ROGER : KESATUAN MANUSIA (<i>UNITARY HUMAN BEINGS</i>)	83
	Biografi Martha Elizabeth Roger.....	83
	Definisi Keperawatan Menurut Martha E. Rogers	84
	Tujuan Teori Martha E. Rogers	85
	Prinsip-Prinsip Hemodinamika	86
	Paradigma Teori Rogers	87
	Asumsi Dasar	88
	Penerapan Teori Martha E. Rogers.....	89

	Hubungan Teori Keperawatan Martha E. Rogers Dengan Riset Keperawatan	90
7	MODEL KONSEPTUAL DOROTHEA OREM : DEFISIT PERAWATAN DIRI.....	97
	Sejarah dan Latar Belakang.....	98
	Tinjauan Teori Dorothea E. Orem	99
	Penerapan Teori <i>Self Care</i> Orem pada Asuhan Keperawatan.....	105
8	MODEL KONSEPTUAL IMOGENE M. KING: KERANGKA KERJA SISTEM INTERAKSI.....	113
	Pendahuluan	113
	Teori Imogene M. King	114
	Penerapan Teori King dalam Keperawatan Aplikasi Teori Imogene King dalam Asuhan Keperawatan	125
	Aplikasi Teori Imogene King dalam Praktik Keperawatan.....	127
	Kelebihan Teori dan Model Keperawatan Imogene King	129
	Kekurangan Teori dan Model Keperawatan Imogene King	129
9	MODEL KONSEPTUAL BETTY NEUMAN: KONSEP <i>HEALTH CARE SYSTEM</i>	133
	Pendahuluan	133
	Betty Neuman – <i>Biography and Career</i>	135
	Konsep Teori dan Model Betty Neuman dalam Praktik Keperawatan	137
	<i>Neuman Systems Model and Evidence-Based Support</i>	142
10	MODEL KONSEPTUAL SISTER CALISTA ROY:MODEL ADAPTASI	151
	Riwayat dan Sumber Model Konsep Adaptasi Roy.....	151
	Model Adaptasi Roy	152

	Aplikasi Model Adaptasi Roy dalam Asuhan Keperawatan.....	161
11	MODEL KONSEPTUAL JOSEPHINE G PATERSON DAN LORETTA T. DZERAD; TEORI HUMANISTIK JOSEPHINE G. PATERSON & LORETTA T. ZDERAD	169
	Pendahuluan	169
	Biografi.....	170
	Teori Keperawatan Humanistik.....	170
	Asumsi Dasar Teori Humanistik	172
	Proses Keperawatan dalam Teori Humanistik	173
12	MODEL TEORI NOLA J PENDER: MODEL PROMOSI KESEHATAN	179
	Pendahuluan	179
	Konsep Kunci dalam Keperawatan sebagai Dasar untuk Model Promosi Kesehatan	180
	Sumber-Sumber Teoritis.....	181
	Konsep dan Definisi Utama.....	182
	Penggunaan Bukti Empiris	186
	Asumsi Utama	187
	Pernyataan Teoritis.....	188
	Penilaian Klinis untuk Rencana Promosi Kesehatan	190
13	MODEL TEORI ROSEMARIE RIZZO PARSE: MENJADI MANUSIA.....	201
	Biografi.....	201
	Konsep Teori Keperawatan Rosemarie Rizzo Parse	201
	Paradigma Keperawatan Rosemarie Rizzo Parse	202
	Tinjauan Teori Model Konseptual Rosemarie Rizzo Parse	204

	Asumsi Dasar Teori Keperawatan Roesemarie Rizzo Parse.....	208
	Aplikasi Teori Keperawatan Rosemarie Rizzo Parse	210
14	MODEL TEORI HELEN C. ERICKSON: <i>MODELING AND ROLE E-MODELING</i>	217
	Pendahuluan	217
	Sejarah Teori <i>Modeling and Role Modeling</i>	218
	Aplikasi Teori <i>Modeling and Role Modeling</i> dalam Pendidikan dan Praktik Keperawatan.....	220
	Definisi Konsep <i>Modeling and Role Modeling</i>	221
	Konsep Terkait Keperawatan	221
	Konsep Terkait Manusia	223
	Deskripsi Teori <i>Modeling and Role Modeling</i>	229
	Hubungan Teoritis	229
	Paradigma Praktik Keperawatan	230
15	MODEL TEORI MADELEINE LEININGER: KEPERAWATAN TRANSKULTURAL.....	235
	Biografi.....	235
	Keperawatan Transkultural	236
	<i>Ethnonursing</i>	239
	<i>Sunrise Enabler Model</i>	240
16	MODEL TEORI MARGARETH NEWMAN: KESEHATAN SEBAGAI PERLUASAN KESADARAN.....	249
	Pendahuluan	249
	Evolusi Teori Kesehatan sebagai Perluasan Kesadaran	250
	Hubungan dengan Konsep Paradigma	250
	Tinjauan Teori Kesehatan sebagai Perluasan Kesadaran	254
	Asumsi Mayor	255

	Konsep & Definisi Mayor.....	257
	Aplikasi Teori.....	260
	Berfikir Kritis dalam Praktik Keperawatan.....	261
17	MODEL TEORI RAMONA T. MERCER; PENCAPAIAN PERAN IBU	267
	Pendahuluan	267
	Biografi	268
	Asumsi Mayor	272
	<i>Maternal Role Attainment: Mercer's Original Model</i>	276
18	MODEL TEORI IDA JEAN ORLANDO; TEORI PROSES KEPERAWATAN.....	283
	Data Biografi Ida Jean Orlando.....	283
	Teori Ida Jean Orlando	285
	Disiplin Proses Keperawatan dalam Teori Proses Keperawatan	286
	Konsep Utama dan Definisi.....	288
	Pokok Utama dari Teori Orlando.....	291
	Asumsi Teori Orlando	292
	Paradigma Keperawatan	293
19	MODEL TEORI EVELYN ADAMAS: PENGEMBANGAN MODEL DAN TEORI KEPERAWATAN	297
	Biografi.....	297
	Teori Asumsi.....	299
	Konsep dan Model Teori.....	299
	Empat Metaparadigma dalam Keperawatan Menurut Evelyn Adams.....	302
	Menerapkan Teori untuk Praktik Keperawatan..	303
	Penerapan Teori dalam Bidang Penelitian Keperawatan.....	304
	Bidang Akademis	306

	Hubungan antara Model Konseptual Keperawatan dan Proses Keperawatan.....	306
20	TEORI KEPERAWATAN JEAN WATSON: TEORI <i>CARING</i>	311
	Biografi	311
	Konsep <i>Caring Science</i> “Jean Watson”	312
	“Sepuluh Faktor Karatif dan Caritas Caring Jean Watson”	313
21	TEORI KEPERAWATAN CHERYL TATANO BECK: TEORI DEPRESI PASCAPERSALINAN	319
	Pendahuluan	319
	Asumsi Utama	319
	Pernyataan Teoritis	320
	Konsep Utama	322
	Faktor-faktor Resiko Terjadi Depresi Postpartum	324
	Tanda dan Gejala Postpartum Depresi.....	327
	Penatalaksanaan Depresi Postpartum.....	329
22	TEORI KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON; PRINSIP-PRINSIP DAN PRAKTIK KEPERAWATAN	335
	Pendahuluan	335
	Konsep Teori Keperawatan.....	337
23	TEORI KEPERAWATAN FAYE GLENNY ABDELLAH PENDEKATAN PADA PASIEN DALAM KEPERAWATAN	345
	Biografi	345
	Konsep Teori Keperawatan Faye Glenn Abdellah.	347
	Paradigma Keperawatan Berdasar Teori Abdellah.....	350
	Penerapan Teori Keperawatan Abdellah	351

	Penerapan Teori Abdellah pada Kasus Klien dengan Masalah Dengan <i>Ca Mammae</i> yang Menjalani Kemoterapi.....	353
24	TEORI KEPERAWATAN PATRICIA BENNER ETIKA DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN.....	359
	Pendahuluan	359
	Riwayat Hidup	360
	Sumber Filosofi.....	362
	Teori Benner mengenai Etika dalam Praktik Keperawatan.....	364
	Tema Keperawatan, Pasien, Kesehatan dan Situasi Menurut Benner	371
25	TEORI KEPERAWATAN HILDEGARD E. PEPLAU: ISOLASI SOSIAL	375
	Pengertian	375
	Etiologi	376
	Rentang Respon.....	377
	Model Teori Keperawatan Hildegard E. Peplau ...	383
	Peran dari Model Teori Peplau	386
26	TEORI KEPERAWATAN KATHARINE KOLKABA: KENYAMANAN DALAM PROSES KEPERAWATAN	391
	Pendahuluan	391
	Konsep Teori Kenyamanan (<i>Comfort</i>) Kolcaba	392
	Aplikasi Teori <i>Comfort</i> dalam Keperawatan Anak.....	396
	Aspek Positif	402
	Aspek Negatif.....	402
27	MODEL PENILAIAN KESEHATAN ANAK.....	407
	Pendahuluan	407
	Konsep Utama Teori Kathryn E Barnard	409
	Definisi dan Kekuatan Paradigma Keperawatan	412

	Aplikasi dan Kontribusi Teori Barnard.....	413
	<i>Propositions</i>	415
28	TEORI KEPERAWATAN FLORENCE NIGHTINGALE; TEORI LINGKUNGAN	421
	Pendahuluan	421
	Manfaat Teori.....	421
	Florence Nightingale dan Perang Krimea.....	422
	Teori Lingkungan Nightingale	424
	Model Lingkungan Nightingale dan Metaparadigma Keperawatan.....	431
	Proses Keperawatan.....	433
29	TEORI KEPERAWATAN LYDIA E. HALL; CARE, CURE AND CORE	439
	Biografi	439
	Teori Asumsi.....	440
	Teori Keperawatan Lydia Hall.	440
	Paradigma dalam Keperawatan.....	443
	Implikasi untuk Praktik Keperawatan.....	446
	Implikasi untuk Penelitian Keperawatan.....	448
30	TEORI KEPERAWATAN JOYCE TRAVELBEE TEORI HUBUNGAN INTERPERSONAL	453
	Konsep Dasar	453
	Sumber-Sumber Teori.....	455
	Asumsi Dasar	456
31	TEORI KEPERAWATAN PHIL BARKER; MODEL PEMULIHAN KESEHATAN MENTAL.....	469
	Pemulihan Kesehatan Mental Menggunakan Proses Model Tidal oleh Phil Barker	469
32	TEORI KEPERAWATAN CAROLYN L. WIENER AND MARYLIN J. DODD; TEORI LINTASAN KESEHATAN (<i>HEALTH TRAJECTORY</i>).....	483
	Dari Teori ke Pelayanan	485

	Pemanfaatan Teori Lintasan Kesehatan	487
	Teori dan Penerapannya	488
	Lintasan Perawat vs Lintasan Pasien	490
	Lintasan Kesehatan dan Intervensi Keperawatan	493
	Lintasan Kesehatan dan Pemberdayaan di Masyarakat.....	494
33	<i>THE THEORY OF TECHNOLOGICAL COMPETENCY AS CARING IN NURSING (TCCN)</i> ..	501
	<i>Theorist's Biography</i>	501
	Konsep Utama dan Definisi.....	502
	Proses Keperawatan.....	503
	Pengetahuan Teknologi.....	504
	Praktik Keperawatan.....	505
	Pengujian Teknologi Baru	506
	Contoh Penerapan dalam Dunia Keperawatan ...	508

FALSAFAH KEPERAWATAN, SAINS DAN PARADIGMA KEPERAWATAN

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

STIKES Yahya Bima

Falsafah Keperawatan

Falsafah keperawatan merupakan pandangan dasar terhadap manusia secara utuh yang menjadi kerangka dasar praktik keperawatan sehingga dibutuhkan pemahaman mendalam tentang falsafah dan paradigma sangat dibutuhkan dalam peningkatan profesionalisme dalam dunia keperawatan. Filosofi atau falsafah adalah seperangkat nilai atau kepercayaan. Filosofi diartikan juga sebagai pernyataan tentang fenomena sentral yang menjadi minat bagi disiplin ilmu, tentang bagaimana proses fenomena tersebut diketahui dan tentang nilai-nilai yang diyakini anggota disiplin tersebut (Fawcett, 2005). Filosofi akan mempengaruhi bagaimana akademisi menampilkan tindakannya, bagaimana mereka menginterpretasikan tujuan yang ingin dicapai dan bagaimana mereka memandang ilmu dan pengetahuan tersebut. Kedudukannya dalam perkembangan ilmu pengetahuan, filosofi berguna untuk menginformasikan kepada anggota disiplin ilmu dan masyarakat umum tentang nilai dan keyakinan tertentu yang dianut oleh disiplin tersebut (Tomey & Alligood, 2010).

Filosofi keperawatan merupakan sistem keyakinan profesional perawat atau cara pandang keperawatan. Filosofi memberikan suatu pandangan yang unik tentang praktik keperawatan, tentang fenomena yang menjadi fokus perhatian disiplin keperawatan dan nilai-nilai yang diyakini perawat dalam melakukan praktik keperawatan (Fawcett, 2005). Filosofi keperawatan adalah pernyataan dasar dan universal, nilai dan prinsip tentang hakikat pengetahuan dan kebenaran (*epistemologi*), tentang sifat alami suatu entitas yang diwakili dalam metaparadigma. (Peterson & Bredow, 2004). Falsafah keperawatan memandang manusia sebagai makhluk yang holistik (bio-psiko-sosial-spiritual), rasional dan bertanggung jawab; manusia berinteraksi dengan lingkungan secara ritmik dan terus menerus; perubahan perilaku dapat terjadi sebagai akibat multifaktor pada manusia atau lingkungan; pengembangan ilmu pengetahuan (keperawatan) berfokus pada fenomena objektif dan pengalaman subjektif (Fawcett, 2005).

Falsafah Keperawatan bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Keperawatan menganut pandangan holistik terhadap manusia yaitu kebutuhan manusia bio-psiko-sosial-spiritual. Kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistik, dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta, menjunjung tinggi keadilan bagi sesama manusia. Keperawatan bersifat universal dalam arti tidak membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etik, agama, aliran politik, dan status sosial ekonomi.

Keperawatan adalah Falsafah keperawatan mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas, serta keingintahuan tentang gambaran sesuatu yang lebih berdasarkan pada alasan logis daripada metoda empiris.

Falsafah keperawatan menurut Roy (Mc Quiston, 1995) : Roy memiliki delapan falsafah, empat falsafah berdasarkan prinsip humanisme dan empat. falsafah berdasarkan prinsip *veritvity*. Falsafah humanisme/ kemanusiaan “mengenali manusia dan sisi subyektif

manusia dan pengalamannya sebagai pusat rasa ingin tahu dan rasa menghargai”. Sehingga ia berpendapat bahwa seorang individu:

1. Saling berbagi dalam kemampuan untuk berpikir kreatif yang digunakan untuk mengetahui masalah yang dihadapi, mencari solusi
2. Bertingkah laku untuk mencapai tujuan tertentu, bukan sekedar memenuhi hukum aksi-reaksi
3. Memiliki holism intrinsic
4. Berjuang untuk mempertahankan integritas dan memahami kebutuhan untuk memiliki hubungan dengan orang lain. *Veritivity* berarti kebenaran, yang bermaksud mengungkapkan keyakinan Roy bahwa ada hal yang benar absolut. Ia mendefinisikan *veritivity* sebagai “prinsip alamiah manusia yang mempertegas tujuan umum keberadaan manusia”.

Empat falsafah yang berdasarkan prinsip *veritivity* adalah sebagai berikut ini. Individu dipandang dalam konteks:

1. Tujuan eksistensi manusia
2. Gabungan dari beberapa tujuan peradaban manusia
3. Aktifitas dan kreatifitas untuk kebaikan-kebaikan umum
4. Nilai dan arti kehidupan, bagian integral dari pelayanan kesehatan. Keperawatan menganggap klien sebagai partner aktif, dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam pemberian asuhan keperawatan.

Dari beberapa pengertian dan istilah di atas, maka falsafah keperawatan meliputi:

1. Memandang pasien sebagai manusia yang utuh
2. Pasien merupakan mitra yang aktif dalam pelayanan kesehatan, bukan penerima jasa yang pasif.
3. Pelayanan diberikan secara langsung dan manusiawi

4. Setiap orang berhak mendapat perawatan tanpa memandang suku, kepercayaan, status social dan status ekonomi.
5. Keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan kesehatan, oleh karena itu perawat melakukan kolaborasi/kerjasama dengan sesama anggota tim kesehatan.

Tujuan Keperawatan

1. Memandang individu untuk mandiri
2. Mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan.
3. Membantu individu mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatannya.
4. Membantu individu memperoleh derajat kesehatan yang optimal

Ruang Lingkup Keperawatan

Ruang lingkup keperawatan adalah membantu individu untuk bereaksi secara positif dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari termasuk dalam menghadapi kematian dan masalah kesehatan/penyakit baik yang nyata maupun yang mungkin akan timbul, serta penanganannya (Mitchel,1977).

Ruang Lingkup Keperawatan Profesional

1. Supervise perencanaan dan tindakan keperawatan pasien secara menyeluruh/komprehensif
2. Mengamati, mengintervensi dan mengevaluasi keluhan pasien, baik fisik maupun mental.
3. Melaksanakan instruksi dokter tentang obat-obatan dan pengobatan yang akan diberikan.
4. Mengawasi anggota tim kesehatan yang memberikan pelayanan perawatan kepada pasien

5. Melaksanakan prosedur dan teknik keperawatan, khususnya pada tindakan yang
6. membutuhkan keputusan, penyesuaian dan pertimbangan berdasarkan data teknis.
7. Memberikan bimbingan kesehatan dan partisipasi dalam pendidikan kesehatan
8. Membuat catatan dan laporan fakta-fakta secara teliti dan mengevaluasi perawatan pasien

Unsur-Unsur Keperawatan

1. Keperawatan sebagai ilmu dan kiat/seni yang merupakan implementasi ilmu fisika, biologi, perilaku manusia dan ilmu social.
2. Keperawatan sebagai profesi berorientasi pada pelayanan untuk membantu orang lain dalam mengatasi perubahan yang timbul akibat gangguan kesehatan/penyakit.
3. Sasaran Keperawatan: pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat
4. Jasa keperawatan mencakup pelayanan kesehatan oleh para perawat yang bekerjasama dengan tim kesehatan lain dalam pencegahan penyakit, penentuan diagnosis, pengobatan, pemulihan dan rehabilitasi atau dengan istilah lain Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif

5. Falsafah Keperawatan Menurut Beberapa Ahli

“The Most important lesson that can be given to nurse is to teach them what to observe-how to observe-what symptoms indicate improvement – what the reverse – what are of importance-which are of none – what are evidence of neglect-and of what kind of neglect” (Nightingale, 1969, p. 105).

Falsafah adalah pengetahuan yang menguraikan logika, etika, estetika, metafisika, dan epistemologi. Falsafah juga merupakan kajian tentang penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas, serta keinginan-tahuan

tentang gambaran sesuatu yang lebih berdasarkan pada alasan logis daripada metoda empiris.

Beberapa falsafah keperawatan dijelaskan oleh beberapa ahli di bidangnya antara lain:

1. Falsafah keperawatan menurut Florence Nightingale (*Nightingale's Philosophy of Nursing*).

Nightingale (1946) memberikan jawaban akan pertanyaan "Apakah itu keperawatan?" yang membedakan dengan pembantu rumah tangga di jamannya, serta kedokteran. Nightingale memberikan pandangan yang unik tentang keperawatan yaitu dalam menjalankan tugasnya, keperawatan pada berfokus hubungan antara pasien (manusia) dengan lingkungannya. Nightingale mengidentifikasi bahwa udara bersih, air bersih, drainase yang efisien, kebersihan dan pencahayaan yang memadai serta manajemen kebisingan, diet, istirahat dan tanggungjawab perawat untuk melindungi pasiennya.

2. Falsafah keperawatan menurut Watson (*Watson's Philosophy of Nursing*).

Watson memberikan gambaran pendekatan praktik keperawatan yang unik yaitu menggunakan "*human caring concept*" dalam melaksanakan pekerjaannya. Watson juga memperkenalkan konsep "*human-human relationship*" dan 10 panduan untuk sebagai pedoman perawat.

3. Falsafah keperawatan menurut Benner (*Benner's Philosophy of Nursing*).

Benner menitikberatkan bagaimana ilmu pengetahuan mendasari praktik keperawatan dan bagaimana ilmu keperawatan itu berkembang terus menerus. (Tomey & Alligood, 2010)

Tujuan dari adanya falsafah adalah untuk menyajikan suatu gambaran pengetahuan ilmiah yang diformalisasikan, termasuk di dalamnya adalah suatu aplikasi prinsip logis untuk mempertanyakan

tentang gambaran ilmiah. Hal ini karena logika memberikan prinsip utama hubungan antar pernyataan ilmiah. Dengan memeriksa hubungan-hubungan ini, landasan pengetahuan ditujukan untuk menghasilkan kebutuhan logis yang sistematis untuk semua pengetahuan ilmiah. Falsafah keilmuan harus menunjukkan bagaimana pengetahuan ilmiah sebenarnya dapat diaplikasikan yang kemudian menghasilkan pengetahuan tentang alam semesta.

Sains Keperawatan

Sains keperawatan merupakan ilmu yang terus berkembang sesuai dengan perkembangan respon manusia terhadap lingkungannya. Perkembangan sains keperawatan didasari oleh falsafah dan paradigma keperawatan sebagai kerangka ilmu untuk meningkatkan pelayanan keperawatan secara holistik. Sains keperawatan memiliki falsafah berupa keyakinan dan kerangka berpikir secara sistematis dan ilmiah yang mendasari suatu gambaran yang berdasarkan pada realitas dan logika sehingga menjadi panduan perawat untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara profesional. Ilmu keperawatan juga memiliki paradigma keperawatan sebagai kerangka ilmu untuk berfokus pada pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan yang terdiri dari manusia, lingkungan, sehat, dan keperawatan. Pelayanan keperawatan profesional merupakan area yang dapat memunculkan berbagai perkembangan ilmu dan teori keperawatan. Hal ini didukung dengan perkembangan sains keperawatan yang diintegrasikan dalam pendidikan, pelayanan/praktik, dan riset keperawatan. Ketiga hal tersebut memiliki peran masing-masing untuk meningkatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan memberikan manfaat kepada masyarakat. Hasil dari pemberian pelayanan keperawatan profesional dengan pendekatan sains keperawatan dapat menjadi solusi dari fenomena keperawatan sehingga dapat meningkatkan kualitas perawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, pengembangan sains keperawatan

memiliki hubungan interaktif antara pendidikan, pelayanan/praktik, dan riset keperawatan sebagai ilmu terapan yang memiliki otonomi profesional.

1. Sains Keperawatan

Sains keperawatan memiliki karakteristik tersendiri yang membedakan dengan ilmu di bidang lain. Selain itu, sains keperawatan memiliki falsafah dan paradigma keperawatan yang mendasari berbagai aspek untuk meningkatkan pelayanan keperawatan profesional di bidang pendidikan, pelayanan/praktik, dan riset keperawatan (Ali, 2001). Sehingga, sains merupakan tubuh pengetahuan yang sistematis yang bertujuan untuk mengungkapkan kebenaran tentang dunia melalui proses perbaikan diri yang berkesinambungan yang melibatkan perkembangan teori dan uji empiris. Ilmu merupakan sebuah pengetahuan tentang sebab akibat atau asal usul yang memiliki ciri adanya suatu metodologi yang harus dicapai secara logis dan koheren, memiliki hubungan dengan tanggung jawab ilmuwan, bersifat universal, memiliki objektivitas tanpa disisipi oleh prasangka prasangka subjektif, dapat dikomunikasikan, kritis, terbuka dan berguna sebagai wujud hubungannya antara teori dan praktek (Hidayat, 2008). Hidayat (2008) juga menjelaskan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial dan spiritual) yang dapat ditujukan kepada individu, keluarga atau masyarakat dalam rentang sehat sakit.

2. Pendidikan Keperawatan

Pendidikan keperawatan merupakan sebuah proses "*long life education*" sangat penting bagi perawat dalam rangka sebagai sarana untuk mencapai profesionalisme dan peningkatan kinerja perawat. Perkembangan perawat sebagai pelayanan profesional didukung juga oleh IPTEK yang didapatkan dari pendidikan dan pelatihan. Dari

berbagai aspek pembangunan nasional, pembangunan dalam bidang pendidikan merupakan bagian yang paling mendasar dalam pengembangan sumber daya manusia. Pengembangan pendidikan keperawatan profesional dengan landasan yang kokoh perlu memperhatikan wawasan keilmuan, orientasi pendidikan serta kerangka konsep pendidikan. Pengembangan pendidikan terutama berpedoman pada kebijakan pendidikan tinggi, khususnya UU No. 2 tahun 1989 dan PP No. 30 tahun 1990 serta Undang Undang kesehatan No. 23 tahun 1992. Pengembangan pendidikan keperawatan profesional diselenggarakan dalam berbagai jenjang dan jenis sesuai kebutuhan masyarakat. Sebagai pendidikan profesional, pendidikan keperawatan harus dilandasi dengan kerangka konsep yang kokoh yang memiliki karakteristik pendidikan akademik-profesional yaitu penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan, penyelesaian masalah secara ilmiah, pembinaan sikap dan tingkah laku profesional, belajar aktif, mandiri serta pendidikan di lingkungan masyarakat.

3. Pelayanan Keperawatan

Praktik keperawatan merupakan tindakan mandiri perawat profesional melalui kolaborasi dengan pasien dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Praktik keperawatan ini menggunakan pengetahuan teoritik yang kuat dari berbagai ilmu dasar (biomedik, fisika, biologi, sosial, perilaku) dan ilmu keperawatan sebagai landasan dalam melakukan pengkajian, diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi tindakan serta mengadakan penyesuaian rencana keperawatan untuk menentukan tindakan selanjutnya. Keperawatan sebagai suatu profesi diharapkan mampu mengembangkan ilmu yang dimiliki agar dapat diaplikasikan dalam pemberian pelayanan asuhan

keperawatan profesional. Perawat harus mampu menganalisis informasi dan mengambil keputusan dalam memecahkan masalah klien.

4. Riset Keperawatan

Delaune (2002) menjelaskan bahwa riset keperawatan adalah metode sistematis dari hasil eksplorasi, deskripsi, penjelasan dari fenomena yang ada yang berhubungan dengan berbagai faktor yang menyebabkan perubahan dari suatu fenomena tersebut dan bagaimana fenomena tersebut mempengaruhi fenomena yang lain. Aktivitas pelayanan keperawatan adalah substansi sehingga menghasilkan hasil yang valid dan reliabel untuk klien baik secara individu, keluarga, group, maupun komunitas yang didapat dari berbagai riset keperawatan yang memiliki kerangka pengetahuan (body of knowledge). Carper (1978, 1992) dalam Delaune (2002) menjelaskan bahwa riset keperawatan harus memiliki empat pola fundamental. Empat pola fundamental tersebut antara lain bersifat empirik: menggunakan riset sebagai hal yang menjelaskan, mendeskripsikan, dan memprediksikan, etikal: memperluas pengetahuan untuk menilai, mengklarifikasi, dan advokasi, personal: berfokus pada diri dan orang lain, serta estetis: menginterpretasi, mensintesis dari suatu pengetahuan. Delaune (2002) menjelaskan bahwa riset keperawatan memiliki berbagai manfaat untuk pengembangan sains keperawatan. Manfaat tersebut antara lain memperkuat dasar – dasar keilmuan yang nantinya akan menjadi landasan dalam kegiatan praktik klinik, pendidikan, dan manajemen keperawatan. Selain itu, dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui pemanfaatan hasil penelitian ilmiah, meningkatkan efisiensi dan efektifitas pembiayaan pelayanan keperawatan, serta memahami fenomena secara profesional sehingga dapat menyusun perencanaan, memprediksi hasil, pengambilan keputusan, dan meningkatkan perilaku sehat klien.

5. Hubungan Interaktif Antara Pendidikan Dalam Pengembangan Sains Keperawatan

Florence Nightingale merupakan salah satu tokoh keperawatan yang berjasa dalam perkembangan sains keperawatan dalam bidang pelayanan dan pendidikan. Florence juga membuat standar pada pendidikan keperawatan dan standar pelaksanaan asuhan keperawatan yang efisien serta membedakan praktek keperawatan dengan kedokteran dan perawatan pada orang sakit dengan orang sehat. Dan masih banyak tokoh lainnya yang mengemukakan Teori Model Keperawatan demi perbaikan mutu pelayanan dan pendidikan keperawatan demi tercapainya profesoinalime. Berkembangnya sains keperawatan maka akan mempengaruhi perkembangan di bidang pendidikan ataupun sebaliknya. Pendidikan dan pengembangan sains keperawatan saling mempengaruhi.

Pengembangan ilmu keperawatan dalam pendidikan ditandai dengan adanya pengelompokan ilmu keperawatan dasar menjadi ilmu keperawatan klinik dan ilmu keperawatan komunitas yang merupakan cabang ilmu keperawatan yang terus berkembang dan tidak menutup kemungkinan pada tahun-tahun yang akan datang akan selalu ada cabang ilmu keperawatan yang khusus atau subspecialisasi yang diakui sebagai bagian ilmu keperawatan. Sehingga teori-teori keperawatan dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan atau lingkup bidang ilmu perawatan. Menurut Gaffar (1999) pendidikan khusus berbasis keahlian pada jenjang pendidikan tinggi, penataan jenjang studi/pendidikan keperawatan, penyusunan kurikulum pendidikan, metode pembelajaran yang digunakan dan penyusunan kompetensi perawat di pendidikan tinggi adalah merupakan pengembangan sains keperawatan dalam pendidikan hingga diharapkan mampu menjadi mitra kerja dalam memberikan standar pelayanan kesehatan yang professional. Dalam sistem pendidikan telah terjadi perubahan

besar dalam perkembangan teori keperawatan. Dahulu pendidikan keperawatan belum mempunyai sistem dan kurikulum keperawatan yang jelas, akan tetapi sekarang keperawatan telah memiliki sistem pendidikan keperawatan yang terarah sesuai dengan kebutuhan rumah sakit sehingga teori-teori keperawatan juga berkembang dengan orientasi pada pelayanan keperawatan. Kemudian juga, berkembangnya standar kompetensi dalam pendidikan, metode/sistem pembelajaran berdasarkan “student center learning” sehingga mahasiswa diajarkan mampu untuk berfikir kritis, menganalisa dan mengambil keputusan, berorientasi pada perkembangan pelayanan keperawatan secara global serta menyiapkan para lulusan akedemika yang mampu bekerja secara profesional baik ditingkat regional, nasional dan dunia (Siswanto, 2009).

Keperawatan di Indonesia juga mengalami kemajuan yang signifikan. Melalui lokakarya nasional keprawatan dengan kerjasama antara Depdikbud RI, Depkes RI dan DPP PPNI (1983) yang menerima keperawatan sebagai pelayanan profesional (professional service) dan pendidikan keperawatan sebagai pendidikan profesi (professional education) serta ditetapkannya definisi, tugas, fungsi dan kompetensi tenaga perawat professional di Indonesia. Pendidikan tinggi keperawatan diharapkan menghasilkan tenaga keperawatan professional yang dapat mengadakan pembaharuan, menjadi change agent, model keperawatan (nursing model) dan perbaikan mutu pelayanan/ asuhan keperawatan secara komprehensif dan holistik, serta penataan perkembangan pendidikan tinggi keperawatan. Keperawatan sebagai suatu profesi, dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab pengembangannya harus mampu mandiri. Untuk itu memerlukan suatu wadah yang mempunyai fungsi utama untuk menetapkan, mengatur serta mengendalikan berbagai hal yang berkaitan dengan profesi seperti pengaturan hak dan batas

kewenangan, standar praktek, standar pendidikan, legislasi, kode etik profesi dan peraturan lain yang berkaitan dengan profesi keperawatan. Hal ini mengakibatkan profesi keperawatan selalu dituntut untuk mengembangkan diri dan berpartisipasi aktif dalam pengembangan profesionalisme keperawatan dan peningkatan sistem pelayanan.

Melalui pendidikan tinggi keperawatan diharapkan terjadi percepatan proses transisi keperawatan yang awalnya sebagai okupasional menjadi profesional. Berdasarkan RUU Keperawatan level keperawatan dibagi menjadi 4 yaitu perawat vokasional, profesional, spesialis dan konsulen. Penekanan pengembangan dan pembinaan pendidikan tinggi keperawatan lebih diarahkan pada upaya meningkatkan mutu pendidikan pada masa mendatang sehingga lulusan benar-benar menunjukkan sikap profesional, menguasai ilmu keperawatan secara optimal dan juga menguasai keterampilan keperawatan secara professional. Pada Mei 2006, diadakan pertemuan antara AIPNI dan PPNI untuk menyepakati Standar Kompetensi Ners dan Penetapan Kurikulum Inti. Kurikulum inti 60% (87 sks) untuk program akademik 25 sks untuk program profesi. Program alih jenjang untuk akademik 60-70 sks dan profesi 25 sks.

6. Hubungan Interaktif Antara Pelayanan/Praktik Keperawatan Dalam Pengembangan Sains Keperawatan

Perkembangan sains keperawatan saat ini sudah berkembang cukup pesat terutama dalam bidang pelayanan. Pengembangan ini didukung dengan adanya riset yang dilakukan, sehingga hasilnya dapat digunakan dalam bidang pelayanan. Praktik keperawatan berorientasi pada pelayanan yang bersifat membantu (*assistive in nature*) dan pelayanan keperawatan mencakup seluruh rentang pelayanan Penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional dapat menjadi salah satu contoh dalam pengembangan sains keperawatan di

bidang pelayanan/praktik. Tingkat praktik perawat secara langsung berhubungan dengan tingkat pengetahuan, pengalaman dan keahlian perawat. Menurut Bener yang dikutip Christensen dan Kenney dalam Potter & Perry (2009) terdapat lima tingkatan keahlian perawat, yaitu: pemula, pemula lanjut, kompeten, terampil dan ahli. Perawat pemula bekerja berdasarkan pedoman/peraturan dalam melakukan tindakan. Sedangkan perawat pemula lanjut menggunakan prosedur yang telah dipelajari untuk menentukan suatu tindakan. Kemudian, perawat kompeten memiliki pengalaman lebih banyak, sehingga mereka memiliki kepercayaan diri untuk mengenali masalah dan melakukan tindakan keperawatan yang sesuai.

Perawat terampil memiliki kemampuan untuk mengenali lebih lanjut kondisi kliennya karena telah memiliki pengalaman yang lama dalam merawat pasien. Mereka lebih peka terhadap perubahan status klien, menginterpretasi situasi baru lebih cepat serta memahami perubahan halus pada pola klien dengan lebih baik. Sedangkan, perawat ahli dengan cepat memahami aspek-aspek penting dari situasi klien dan dapat mengidentifikasi perubahan-perubahan penting. Mereka memiliki kemampuan intuisi yang tinggi untuk mengenali faktor-faktor tersembunyi yang berinteraksi, mengidentifikasi faktor-faktor yang relevan dan melakukan tindakan yang sesuai. Pemahaman mereka tidak didasarkan atas pengetahuan formal, meskipun hal ini tetap ada dalam latar belakang pendidikan mereka, namun demikian mereka tidak mengabaikan fakta-fakta penting dan tidak hanya bergantung pada intuisi mereka untuk mengambil keputusan. Seiring dengan bertambahnya pengalaman dan berkembangnya ilmu pengetahuan, perawat mampu mengintegrasikan dan mensintesis pengalaman mereka dengan menggunakan model keperawatan untuk diaplikasikan dalam pelayanan keperawatan. Seorang perawat diharapkan mengetahui issue-isue keperawatan yang berkembang, tidak hanya berfokus

pada individu tapi juga pada keluarga, kelompok atau komunitas.

Tuntutan akan pelayanan keperawatan yang bermutu memberikan dampak pada sistem pelayanan keperawatan. Oleh karena itu terjadi pergeseran dalam pelayanan keperawatan. Dahulu, pelayanan keperawatan hanya didasarkan oleh keterampilan saja, namun setelah berkembangnya sains keperawatan, pelayanan yang diberikan telah didasari oleh ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan. Adanya kecenderungan perkembangan penyakit degeneratif saat ini mendorong pergeseran peran perawat yang dahulunya memiliki peran kuratif yang didominasi dokter menjadi peran preventif dan promotif. Adanya perkembangan sains juga menjadikan keperawatan saat ini terfragmentasi menjadi beberapa bidang pelayanan keperawatan, seperti bidang pelayanan keperawatan medikal bedah, anak, jiwa, maternitas, komunitas dan keperawatan gerontik. Pelayanan keperawatan harus dilandasi penguasaan iptek serta kiat keperawatan dalam memecahkan masalah klien. Oleh karena itu dibutuhkan tenaga keperawatan yang berkualitas.

7. Hubungan Interaktif Antara Riset Keperawatan Dalam Pengembangan Sains Keperawatan

Riset keperawatan sebagai salah satu unsur penunjang dalam pengembangan ilmu keperawatan yang dapat memberikan kontribusi yang sangat besar dalam penyelesaian masalah keperawatan secara ilmiah. Riset keperawatan itu sendiri merupakan suatu usaha yang sistematis, terkendali dan empiris dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan penyelesaian masalah. Riset keperawatan juga merupakan proses ilmiah yang sangat berguna dalam memvalidasi pengetahuan yang ada dan membangun pengetahuan baru baik langsung/tidak langsung dapat mempengaruhi praktik keperawatan. Selain itu riset keperawatan juga dapat digunakan sebagai proses pencarian kebenaran secara sistematis yang di desain untuk

meningkatkan pemahaman kita tentang isu-isu yang terkait dengan keperawatan.

Pengembangan riset itu sendiri sangat berkaitan dengan pengembangan sains keperawatan dimana keterkaitan tersebut dapat menjadi hubungan timbal balik yang saling menopang dalam keberhasilan riset keperawatan. Pengembangan sains keperawatan dalam bidang penelitian/riset ini mampu mengembangkan mengenai teori-teori model keperawatan yang berguna bagi pengembangan profesi keperawatan. Hasil dari riset keperawatan yang salah satunya digunakan dalam praktik keperawatan berbasis temuan ilmiah (evidence based practice) sangat membantu perkembangan praktik ilmu keperawatan. Dengan adanya hasil dari riset keperawatan diharapkan mampu diaplikasikan dalam tindakan keperawatan melalui dukungan dari pemerintah yang terus memberikan kesempatan dalam pengembangan lembaga penelitian yang berfokus pada proses keperawatan. Hasil dari riset keperawatan yang salah satunya digunakan dalam praktik keperawatan berbasis temuan ilmiah (evidence based practice) sangat membantu perkembangan praktik ilmu keperawatan. Dengan adanya hasil dari riset keperawatan diharapkan mampu diaplikasikan dalam tindakan keperawatan melalui dukungan dari pemerintah yang terus memberikan kesempatan dalam pengembangan lembaga penelitian yang berfokus pada proses keperawatan.

Riset yang dikembangkan berdasarkan sains keperawatan memiliki pengembangan domain yang berbeda dengan pengembangan ilmu lainnya. Berdasarkan National Institutes of Health Clinical Center Nursing and Patient Care Services, riset keperawatan memiliki pengembangan domain yang terdiri dari manajemen kasus, praktik klinik, koordinasi dan kesinambungan perawatan, berkontribusi kepada sains keperawatan, dan proteksi manusia sebagai subjek. Oleh sebab itu,

riset keperawatan menjadi hal yang substansi untuk pengembangan sains keperawatan. Hal ini dikarenakan, riset keperawatan memiliki falsafah dan paradigma keperawatan dari setiap fenomena yang akan memiliki pengaruh dibidang pendidikan dan pelayanan keperawatan profesional.

8. Hubungan Interaktif antara Pendidikan, Pelayanan/praktik dan Riset Keperawatan dalam Pengembangan Sains Keperawatan.

Interaksi antara pendidikan, pelayanan, dan riset keperawatan saling berkaitan dan mempengaruhi pengembangan sains keperawatan. Dalam pendidikan, sains keperawatan menjadi dasar untuk pengembangan kurikulum sehingga dapat memberikan kerangka ilmiah dan pemikiran analitis untuk menjawab fenomena-fenomena yang ditemukan di pelayanan/praktik. Melalui pendidikan, metodemetode ilmiah dipelajari dan teori keperawatan dikembangkan untuk menjadi tuntunan dalam melakukan riset keperawatan. Pelayanan keperawatan juga memiliki hubungan interaksi dengan pendidikan dan riset. Pelayanan, dapat dijadikan sumber fenomena keparawatan yang terjadi, sehingga dapat menghasilkan model praktik keperawatan yang sesuai dengan teori yang dikembangkan di pendidikan dan telah dibuktikan melalui riset keperawatan. Sedangkan riset keperawatan menjadi hal substansi dalam pengembangan sains keperawatan, karena melalui riset keperawatan dapat dibuktikan suatu teori yang dikembangkan di pendidikan sehingga dapat bermanfaat dan dipraktekkan di pelayanan kesehatan. Seperti pada *Journal Advance Nursing* pada perawatan luka dengan balutan madu, telah membuktikan bahwa balutan madu memiliki keuntungan klinis pada perawatan luka yaitu dapat mempersingkat penyembuhan luka sebesar 46% dibandingkan dengan merawat luka menggunakan balutan konvensional (Robson, 2009). Sehingga, dapat disimpulkan bahwa pendidikan, pelayanan

dan riset keperawatan saling memiliki hubungan interaksi yang tidak dapat dipisahkan.

Paradigma Keperawatan

Paradigma adalah model, pola atau pandangan yang dilandasi pada dua karakteristik yaitu penampilan dari kelompok guna menunjukkan keberadaannya dan terbuka dalam melakukan “*Problem Solving*” di dalam kelompoknya (Kuhn, 1979 dalam McEwen & Willis, 2007). Paradigma merupakan suatu diagram konseptual berupa struktur-struktur yang digunakan untuk mengorganisasikan teori (Ann Mariner, 2001). Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan. Dengan demikian paradigma keperawatan memberi arahan kepada perawat dalam menyikapi dan menyelesaikan berbagai persoalan yang melingkupi profesi keperawatan seperti aspek pendidikan dan pelayanan keperawatan serta kehidupan profesi.

Paradigma keperawatan mencakup empat sistem yang saling terkait:

1. Manusia (*person*)

Manusia merupakan sebuah sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan lingkungan eksternalnya yang selalu berusaha mencapai keadaan homeostatis. Manusia juga dipandang sebagai makhluk biopsikososiokultural spiritual yang utuh, unik, mandiri, dinamis, rasional dan memiliki kemampuan beradaptasi guna memenuhi kebutuhan dasarnya sehingga bertahan hidup dan berkembang (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004). Manusia membuat keputusan yang rasional dan berupaya menolong dirinya sendiri dan orang lain dengan bertindak mandiri untuk memenuhi kebutuhannya melalui belajar, menggali serta menggerakkan semua sumber yang tersedia dan terjangkau untuk

mencapai keadaan sehat dan sejahtera secara optimal. Manusia melalui interaksi dengan lingkungan di sepanjang siklus kehidupannya sehingga terbentuk pola tumbuh kembang yang unik, pola pikir, keyakinan, nilai dan budaya yang menuntun manusia untuk berperilaku. Sehingga konsep manusia dalam paradigma keperawatan sebagai sistem terbuka, sistem adaptif, mandiri dan berinteraksi satu dengan yang lainnya secara holistik (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004).

2. Lingkungan

Konsep lingkungan dalam paradigma keperawatan difokuskan pada lingkungan eksternal yang meliputi lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual. Faktor internal manusia seperti: faktor genetik, struktur anatomis, fisiologis, psikologis, nilai, keyakinan berpotensi mempengaruhi perubahan sistem pada manusia. Faktor eksternal manusia yang terdiri dari: keadaan fisik, demografis, ekologis, hubungan interpersonal dan nilai sosial budaya dan penerapannya dalam kehidupan sehari-hari juga berpotensi mempengaruhi perubahan pada sistem manusia termasuk kesehatan didalamnya (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004).

3. Kesehatan

Sehat menurut WHO (1947) adalah keadaan utuh secara fisik, jasmani, mental dan tidak hanya terbebas dari kecacatan dan kelemahan. Sehat dipandang sebagai suatu keadaan seimbang biopsikososiospiritual dan bersifat dinamis dengan berbagai faktor yang mempengaruhinya sehingga dapat berfungsi optimal dalam menjalankan perannya dalam keluarga, kelompok dan komunitas (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004). Sehat meliputi berbagai tingkat, individu, keluarga, komunitas dan masyarakat. Status kesehatan seseorang terletak dalam rentang sehat - sakit. Pola rentang sehat sakit tersebut bersifat dinamis. Status sehat dikatakan optimal jika individu dapat meningkatkan potensi

yang dimilikinya guna mencapai keadaan yang sejahtera secara biopsikososiokultural dan spiritual. Apabila individu berada dalam area sehat, maka dilakukan upaya pencegahan primer (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004).

4. Keperawatan

Merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biopsikososiokultural-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas, baik sakit maupun sehat serta mencakup seluruh siklus hidup manusia. Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Bantuan juga ditujukan kepada penyediaan pelayanan kesehatan utama dalam upaya mengadakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang mencapai hidup sehat dan produktif (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2004).

Paradigma Keperawatan menurut Beberapa Ahli

Alligood (2010) memaparkan kajian dari beberapa paradigma keperawatan menurut ahli di bidangnya antara lain:

Florence Nigthingale

1. Lingkungan

Diartikan sebagai sesuatu yang dapat dimanipulasi guna menempatkan pasien pada kondisi yang optima yang terdiri dari dua komponen yaitu fisik dan psikologis. Lingkungan fisik meliputi kecukupan udara yang bersih, cahaya, kehangatan, kebersihan, ketenangan, kecukupan diet dan komponen psikologis meliputi stimulasi pikiran pasien,

menghindari memberikan harapan yang tidak realistis terhadap pasien (manusia).

2. Manusia

Diartikan sebagai penerima perawatan, bersifat dinamis serta kompleks yang meliputi komponen fisik, intelektual, emosional, sosial dan spiritual.

3. Kesehatan

Nightingale mengatakan “kesehatan tidak hanya menjadi baik-baik saja tetapi dapat menggunakan mengoptimalkan kemampuan yang dimiliki.

4. Keperawatan

Panggilan spiritual dimana perawat membantu pasien memfasilitasi proses penyembuhan. Nightingale juga menyatakan keperawatan sebagai ilmu manajemen lingkungan. Perawat menggunakan pancaindera, teliti serta rasional dalam memberikan perawatan yang efektif terhadap pasien.

Sister Callista Roy

Merupakan pencetus konsep model adaptasi. Callista Roy memandang keperawatan sebagai sebagai berikut:

1. Keperawatan

Mendefinisikan keperawatan sebagai profesi di bidang kesehatan yang berfokus pada proses dan pola hidup manusia serta memberikan promosi kesehatan secara menyeluruh pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Perawat memfasilitasi kemampuan beradaptasi dari individu, keluarga, kelompok dan komunitas dan meningkatkan kesiapannya dalam berinteraksi dengan lingkungan sehingga diperoleh sehat yang optimal, kualitas hidup, atau menghadapi kematian dengan bijak.

2. Manusia

Merupakan sistem holistik dan adaptif. Manusia sebagai seseorang yang dapat dipandang sebagai individu, berada dalam keluarga, kelompok maupun

masyarakat yang selalu berinteraksi dengan lingkungan.

3. Kesehatan

Mendefinisikan sehat adalah keadaan dimana seseorang dapat terintegrasi secara menyeluruh dengan lingkungan. Hal ini mencerminkan kemampuan adaptasi seseorang terhadap lingkungannya. Adaptasi merupakan proses penyesuaian fisik, psikologis, dan sosial dan integritasnya mampu mempertahankan manusia sebagai satu kesatuan yang utuh.

4. Lingkungan

Segala yang ada di sekitar manusia yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilakunya secara individual maupun kelompok.

Dorothy Johnson

Menitik beratkan kepada integritas perilaku, sistem stabilitas, penyesuaian dan adaptasi, efisien dan efektifitas terhadap fungsi dari satu sistem. Seperti yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Keperawatan

Bertujuan mengembalikan, memelihara dan meningkatkan fungsi keseimbangan dan stabilitas sistem perilaku manusia dengan optimal. Keperawatan merupakan pendorong eksternal agar dapat memelihara perilaku manusia yang integratif dan terorganisir secara optimal, membantu pasien ketika mengalami stress atau terjadi ketidakseimbangan sistem perilaku.

2. Manusia

Mengartikan manusia sebagai sistem perilaku yang memiliki pola, berulang dan memiliki tujuan dalam interaksinya dengan lingkungan.

3. Kesehatan

Guna mendefinisikan sehat sulit untuk dipahami, sesuatu yang dipengaruhi oleh faktor biopsiko dan

sosial. Sehat menggambarkan keseimbangan organisasi, integrasi, interaksi antara subsistem dari sistem perilaku manusia.

4. Lingkungan

Terdiri dari seluruh faktor kecuali sistem perilaku manusia yang mempengaruhi sistem itu sendiri.

Selain dari beberapa tokoh juga masih banyak beberapa ahli yang memiliki pandangan yang unik mengenai paradigma keperawatan seperti Betty Neuman, Imogene M. King, Martha E. Rogers, Dorothea orem, Myra Estrin Levin dan sebagainya.

Daftar Pustaka

- Alligood, Martha, R., Tomey, Ann, M. (2010). *Nursing Theorist and Their Works, Seventh Edition*. St. Louis. Missouri: Mosby Elsevier.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC. Jakarta.
- Cowen, S. & Moorhead, S. (2001). *Current Issues in Nursing, Seventh Edition*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Creasia, J.L., & Parker, B.J. (2007). *Conceptual Foundations The Bridge to Professional Nursing Practice, Fourth Edition* St. Louis. Missouri: Mosby Elsevier.
- DeLaune, Sue C., Ladner, K. Patricia. (2002). *Fundamental of Nursing: Standard and Practice 2nd Edition*. Delmar: New York
- Draft Naskah Akademik Sistem Pendidikan Keperawatan di Indonesia. (2012). Diperoleh dari <http://www.hpeq.dikti.go.id/>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theoris. Second Edition*. F.A Davis. Philadelphia.
- Kalman, M. (2008). The Clinical Nurse Specialist Role : Could it be for you ?. *American Journal of Nursing*, Vol 108.
- Nyatanga. L. (1991). *Nursing and The Philosophy of Science*, Nurse Educational Today , Pub Med-NCBI.

Profil 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, keperawatan transkultural, kegawatdaruratan, anak, maternitas, manajemen keperawatan, riset kualitatif, sastra indonesia dan public speaking. 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 buku sastra 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 Terpilih Tahun 2018. Disamping sebagai penulis, beliau juga sebagai peneliti, editor, editor in chief, konselor, reviewer, dosen, perawat, dan penyair. Beberapa artikel atau hasil karya ilmiah telah banyak dipublikasikan pada berbagai media atau penerbit baik skala nasional maupun internasional.

Email Penulis: arifm96553@gmail.com

HUBUNGAN FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN

Dr. Ns. Dhiana Setyorini, M.Kep., Sp.Mat

Poltekkes Kemenkes Surabaya

Falsafah Keperawatan

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan dipakai sebagai pandangan hidup. Falsafah menjadi ciri utama pada suatu komunitas baik komunitas berskala besar maupun berskala kecil, salah satunya adalah komunitas profesi keperawatan. Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, termasuk Saudara sekarang ini. Sebagai seorang perawat wajib bagi Saudara untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan dalam diri Saudara ketika bergaul dengan masyarakat atau pada saat Saudara memberikan pelayanan keperawatan pada pasien.

Falsafah keperawatan bukan suatu hal yang harus dihafal, melainkan sebuah artibut atau nilai yang melekat pada diri perawat. Dengan kata lain, falsafah keperawatan merupakan “jiwa” dari setiap perawat. Oleh karena itu, falsafah keperawatan harus menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya.

Sebagai seorang perawat tentunya dalam menjalankan profesi keperawatan Saudara harus senantiasa menggunakan nilai-nilai keperawatan dalam melayani pasien. Pada aspek lain bahwa falsafah keperawatan dapat digunakan untuk mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas. Dalam falsafah keperawatan pasien di pandang sebagai makhluk holistik, yang harus dipenuhi segala kebutuhannya, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan secara komprehensif. Pelayanan keperawatan senantiasa memperhatikan aspek kemanusiaan setiap pasien berhak mendapatkan perawatan tanpa ada perbedaan. Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan keperawatan menjadikan pasien sebagai mitra yang aktif, dalam keadaan sehat dan sakit terutama berfokus kepada respons mereka terhadap situasi.

Falsafah keperawatan menurut Roy (Mc Quiston, 1995) terbagi menjadi delapan elemen, empat berdasarkan falsafah prinsip humanisme dan empat berdasarkan prinsip falsafah *veritivity*. Falsafah humanisme/kemanusiaan “mengenali manusia dan sisi subyektif manusia dan pengalamannya sebagai pusat rasa ingin tahu dan rasa menghargai”. Sehingga ia berpendapat bahwa seorang individu:

1. Saling berbagi dalam kemampuan untuk berpikir kreatif yang digunakan untuk mengetahui masalah yang dihadapi dalam mencari solusi.
2. Bertingkah laku untuk mencapai tujuan tertentu, bukan sekedar memenuhi hukum aksi-reaksi.
3. Memiliki holism intrinsic.
4. Berjuang untuk mempertahankan integritas dan memahami kebutuhan untuk memiliki hubungan dengan orang lain *veritivity*.

Berarti kebenaran, yang bermaksud mengungkapkan keyakinan Roy bahwa ada hal yang benar absolut. Ia mendefinisikan *veritivity* sebagai “prinsip alamiah manusia yang mempertegas tujuan umum keberadaan

manusia”. Empat falsafah yang berdasarkan prinsip *veritvity* adalah sebagai berikut ini. Individu dipandang dalam konteks: a) Tujuan eksistensi manusia, b) Gabungan dari beberapa tujuan peradaban manusia, c) Aktifitas dan kreatifitas untuk kebaikan-kebaikan umum, serta d) Nilai dan arti kehidupan.

Paradigma Keperawatan

1. Pengertian Paradigma Keperawatan

Secara umum paradigma diartikan cara pandang, melihat, memikirkan, memaknai, menyikapi, serta memilih tindakan atas masalah atau fenomena yang ada. Paradigma dapat pula diartikan suatu diagram atau kerangka berpikir seseorang dalam menjelaskan suatu masalah atau fenomena dari suatu kejadian. Paradigma keperawatan adalah cara pandangan secara global yang dianut atau dipakai oleh mayoritas kelompok keperawatan atau menghubungkan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori guna mengembangkan model konseptual dan teori teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan.

Beberapa ahli di bidang keperawatan mempunyai pendapat sendiri tentang arti dari paradigma keperawatan. Menurut Gaffar (1997), paradigma keperawatan adalah cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan. Dengan demikian, paradigma keperawatan berfungsi sebagai acuan atau dasar dalam melaksanakan praktik keperawatan.

2. Komponen paradigma keperawatan

Paradigma keperawatan terbentuk atas empat unsur, yaitu: manusia atau klien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Empat komponen ini saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lainnya yaitu:

- a. Manusia atau penerimaan asuhan keperawatan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat);
- b. Lingkungan (keadaan internal dan eksternal yang mempengaruhi klien);
- c. Kesehatan;
- d. Keperawatan (karakteristik dan tindakan dari asuhan keperawatan).

Hubungan keempat komponen tersebut dapat dilihat pada Gambar berikut:



Gambar 2.1 Unsur Paradigma Keperawatan

1. Manusia

Manusia dalam konsep paradigma keperawatan, dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang terdiri dari bio-psiko-sosio-spiritual. Manusia merupakan unsur kedua dalam paradigma keperawatan. Manusia bertindak atau berperilaku secara verbal dan nonverbal, kadang-kadang dalam situasi tertentu manusia dalam memenuhi kebutuhannya membutuhkan pertolongan, dan akan mengalami distress jika mereka tidak dapat melakukannya. Hal ini dijadikan dasar pernyataan bahwa perawat profesional harus berhubungan dengan seseorang yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya, dan manusia harus dipandang sebagai individu yang

utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang tidak bisa dipisah-pisahkan.

Abraham Maslow (1908-1970), merumuskan suatu teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

2. Sehat-sakit

Pengertian sehat pada setiap individu berbeda-beda dan setiap orang mempunyai konsep yang tergantung dari sudut pandang dan latar belakang dan tingkat sosial seseorang dalam mengartikan sehat. Untuk memudahkan dan memahami tentang konsep sehat sangat diperlukan memberikan arti sehat secara luas yang sering dinamai sebagai paradigma sehat.

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir seseorang tentang kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penyakit agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan yang sakit. Secara umum kebanyakan individu dalam masyarakat beranggapan bahwa sehat adalah tidak sakit, maksudnya apabila tidak ada gejala penyakit yang terasa berarti tubuh kita sehat.

Padahal pendapat yang demikian itu kurang tepat, karena ada beberapa penyakit tidak menimbulkan gejala terlebih dahulu, setelah penyakit cukup parah baru muncul atau menimbulkan gejala, seperti penyakit kanker yang diketahui setelah stadium lanjut.

3. Lingkungan

Lingkungan adalah unsur keempat dari paradigma keperawatan. Lingkungan dalam paradigma keperawatan diartikan sebagai agregat dari seluruh

kondisi dan pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan klien. Lingkungan secara umum dapat dibedakan menjadi dua lingkungan fisik dan lingkungan non-fisik.

Lingkungan fisik, yaitu lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia. Lingkungan fisik ini meliputi banyak hal seperti cuaca, musim, keadaan geografis, struktur geologis, dan lain-lain.

Lingkungan non-fisik, yaitu lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi antar manusia. Lingkungan non-fisik ini meliputi sosial-budaya, norma, nilai, adat istiadat, dan lain-lain.

4. Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu seni dan ilmu yang mencakup berbagai konsep dan keterampilan yang terkait dengan berbagai disiplin ilmu. Ilmu keperawatan digunakan untuk membantu individu dengan proses yang unik, yang ditampilkan dengan melakukan kegiatan yang bertujuan untuk penyembuhan penyakit, membantu klien mendapatkan kembali kemandirian, bahkan membantu klien mendapatkan kematian yang damai. Keperawatan merupakan unsur dasar paradigma keperawatan, yang diberikan dalam bentuk layanan kesehatan profesional. Sesuai dengan hasil kesepakatan lokakarya keperawatan nasional tentang konsep keperawatan yaitu, Keperawatan merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan.

Layanan ini berbentuk layanan bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan masyarakat (Lokakarya Keperawatan Nasional,1983). Layanan keperawatan sebagai bagian integral dari layanan kesehatan memiliki kedudukan yang sama dengan profesi kesehatan lain (misal dokter) yaitu sebagai mitra. Keadaan ini

didukung dengan keilmuan keperawatan yang memiliki batang tubuh keilmuan tersendiri, selain itu keperawatan juga memiliki bentuk pelayanan yang khas dan unik.

Tugas dan fungsi perawat secara umum memberikan bantuan kepada pasien (dari level individu, keluarga hingga masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan.

Pemberian layanan ini harus didasari dengan keahlian dalam memberikan asuhan keperawatan, yang didukung oleh penguasaan terhadap pengetahuan, pengalaman klinik, menginterpretasikan situasi klinik dalam membuat keputusan yang kompleks.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 647/Menkes/ SK/IV/2000 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, yang kemudian diperbaharui dengan Kepmenkes RI No.1239/SK/XI/2001, dijelaskan bahwa perawat adalah orang yang telah lulus dari pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Selanjutnya perawat adalah suatu profesi yang mandiri yang mempunyai hak untuk memberikan layanan keperawatan secara mandiri, dan bukan sebagai profesi pembantu dokter.

Hubungan Falsafah dengan Paradigma Keperawatan

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan baik kepada individu, keluarga, maupun masyarakat. Falsafah keperawatan bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Keperawatan mengandung pandangan holistik terhadap manusia yaitu kebutuhan manusia bio-pisko-sosial-spiritual. Paradigma keperawatan adalah cara pandang perawat melihat,

memikirkan, memaknai, menyikapi serta memilih tindakan atas fenomena yang ada, sehingga dikatakan bahwa paradigma merupakan suatu diagram atau kerangka berpikir yang menjelaskan suatu fenomena. Paradigma keperawatan merupakan suatu pedoman yang menjadi acuan dan mendasari pelaksanaan praktek keperawatan diberbagai tatanan kesehatan. Unsur paradigma keperawatan meliputi klien/manusia, keperawatan, lingkungan, dan sehat-sakit.

Falsafah keperawatan sebagai keyakinan dasar dalam menerapkan teori keperawatan terhadap metaparadigma keperawatan yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Melalui pemahaman tentang paradigma keperawatan yang terdiri dari manusia, sehat-sakit, lingkungan, dan keperawatan, suatu model konseptual keperawatan dari keempat komponen paradigma tersebut telah menjelaskan hubungan dan keterkaitan antar keempat konsep yang juga melandasi teori keperawatan.

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2008). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta :EGC.
- Budiono, Sumirah Budi P. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- Doenges M.E.M.F. Moorhouse. (2001). Rencana Perawatan Maternal Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klin, ed 2. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2007). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, ed.2 Jakarta:Salemba Medika.
- Kementrerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Konsep Dasar Keperawatan Komprehensif, Pusdik SDM Kesehatan
- Kozier,Erb,Berman,& Snyder. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan:Konsep, Proses & Praktik,ed.7.Vol.1. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2001). Proses dan Dokumentasi Keperawatan:Konsep dan Praktik, Jakarta: Salemba Medika.

Profil Penulis



Dr. Dhiana Setyorini. S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Mat

adalah dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya. Riwayat pendidikan setelah lulus SMA adalah Akper Sutomo Surabaya lulus tahun 1991 kemudian lanjut Profesi Ners PSIK Fakultas Kedokteran Unair lulus tahun 2002. S2 Keperawatan dan Spesilis Keperawatan Maternitas beliau selesaikan tahun 2007 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, kemudian penulis melanjutkan kuliah Program Doktorat (S3) Ilmu Kesehatan Di FKM Unair lulus tahun 2017. Penulis aktif sebagai pembicara seminar dan fasilitator pelatihan gawat darurat maternal neonatal. Selain itu penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat. Beberapa buku sudah dihasilkan oleh penulis diantaranya Manajemen preeklampsi dan Eklampsi, KIA, Asuhan Keperawatan Maternitas, Deteksi Dini Risiko Preeklamsi Dan Eklampsi, Deteksi Dini Risiko Perdarahan Post Partum, Modul Pelatihan Basic Trauma Cardio Maternal Neonatal Manajemen, Modul Manajemen Keperawatan, Modul Etika Keperawatan, Kebutuhan dasar manusia dan beberapa buku lainnya. Penulis aktif dalam organisasi profesi Ikatan Perawat Maternitas Indonesia baik di tingkat pusat maupun Wilayah Jawa Timur, tahun 2010-2017 menjadi ketua Ikatan Perawat Maternitas Indonesia Wilayah Jawa Timur selama 2 priode dan sekarang menjadi pengurus di Tingkat Pusat dan Tingkat Wilayah. Email: indhiatelu@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN, KARAKTERISTIK TEORI KEPERAWATAN DAN MODEL KONSEPTUAL

Ns. Intim Cahyono., S.Kep., M.Kes

Poltekkes Kemenkes Surabaya

Pendahuluan

Konsep teori keperawatan disusun berdasarkan ilmu dan seni yang mencakup berbagai aktivitas konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu. Keperawatan merupakan profesi yang unik karena fungsi dan tanggung jawab keperawatan ditujukan ke berbagai respon klien baik sebagai individu, keluarga maupun Masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Perawat yang semula tugasnya hanyalah semata-mata menjalankan perintah dokter kini berupaya meningkatkan perannya sebagai mitra kerja dokter seperti yang sudah dilakukan di negara-negara maju. Sebagai sebuah profesi yang masih berusaha menunjukkan jati diri, profesi keperawatan dihadapkan pada banyak tantangan. Tantangan ini bukan hanya dari eksternal tapi juga dari internal profesi keperawatan ini sendiri.

Perawat dalam menjalankan peran, fungsi dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan, dituntut untuk memiliki ketrampilan dan keahlian serta

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

Ilmu keperawatan merupakan disiplin keilmuan spesifik yang berorientasi pada layanan keperawatan. Keperawatan muncul dengan perspektif unik yang didasarkan pada perkembangan filosofi, praktik keperawatan yang terus meluas. Ilmu keperawatan membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan di antara beberapa teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja pemberian layanan keperawatan secara komprehensif.

Disiplin ilmu keperawatan, merupakan pengetahuan ilmiah terdiri atas prinsip, teori, dan model konseptual, serta temuan penelitian dari keperawatan dan disiplin terkait (Parker, 2005). Model konseptual keperawatan diharapkan dapat menjadi kerangka berfikir perawat, sehingga perawat perlu memahami beberapa konsep ini sebagai kerangka konsep dalam memberikan asuhan keperawatan dalam praktek keperawatan. Pengembangan model konsep keperawatan perlu dikerjakan untuk memajukan disiplin ilmu pengetahuan keperawatan. Antara model dan teori ada suatu kesamaan dalam pengertian, namun sebenarnya berbeda dalam beberapa hal diantaranya pada tingkat abstraknya.

Konsep adalah suatu yang dihasilkan dengan abstraksi atau pemisahan karakteristik ide-ide, menempatkan pada kelas atau pola. Model konseptual adalah suatu kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan tentang serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi atau kejadian, terhadap suatu ilmu dan pengembangannya.

Model konseptual memakai sistem dengan abstrak yang tinggi dari model konsep global dan dalil-dalil. Model konseptual tidak dapat diuji secara langsung karena konsepnya tidak terdefinisi secara operasional, namun hubungannya dapat diobservasi. Teori berfokus pada satu atau lebih konsep dan pernyataan yang konkret dan spesifik. Teori dapat didefinisikan secara operasional dan dinyatakan secara jelas, serta diformulasi suatu hipotesa sehingga dapat diuji melalui riset.

Teori Keperawatan

Teori terdiri dari sekumpulan konsep yang berhubungan secara logis dalam suatu kerangka berpikir tertentu. Konsep pada dasarnya merupakan suatu gambaran mental atau persepsi yang menggambarkan atau menunjukkan suatu fenomena baik secara Tunggal ataupun dalam suatu kontinum. Konsep juga sering diartikan sebagai abstraksi dari suatu fakta yang menjadi perhatian ilmu, baik berupa keadaan, kejadian, individu ataupun kelompok.

Umumnya konsep tidak mungkin/sangat sulit untuk diobservasi secara langsung oleh karena itu untuk keperluan penelitian perlu adanya penjabaran-penjabaran ke tingkatan yang lebih kongkrit agar observasi dan pengukuran dapat dilakukan. Dalam suatu teori, konsep-konsep sering dinyatakan dalam suatu relasi atau hubungan antara dua konsep atau lebih yang tersusun secara logis, pernyataan yang menggambarkan hubungan antar konsep disebut proposisi. Dengan demikian, konsep merupakan himpunan yang membentuk proposisi, sedangkan proposisi merupakan himpunan yang membentuk teori.

Teori keperawatan merupakan sekelompok konsep yang menjelaskan tentang suatu proses, peristiwa atau kejadian mengenai keperawatan yang didasari oleh fakta-fakta yang telah diobservasi. Teori keperawatan biasanya banyak digunakan untuk menyusun atau membuat 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. Untuk itu, dianggap sangat perlu untuk memiliki dan mempelajari mengenai teori dan model keperawatan yang telah ada karena dianggap sangat dibutuhkan oleh perawat untuk jadi acuannya.

Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dan pengembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai diantaranya:

1. Adanya teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan, baik bentuk tindakan atau bentuk model praktek keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratasi
2. Adanya teori keperawatan membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan kemudian dapat memberikan dasar dalam penyelesaian berbagai masalah keperawatan.
3. Adanya teori keperawatan membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan sehingga segala bentuk dan tindakan dapat dipertimbangkan.
4. Adanya teori keperawatan juga dapat memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus bertambah dan berkembang.

Karakteristik Teori Keperawatan

Beberapa ahli menyebutkan tentang batasan karakteristik dari ilmu keperawatan. Menurut Torrest (1985) dan Chinn & Jacob (1983) menegaskan terdapat lima karakteristik dasar teori keperawatan:

1. Teori keperawatan mengidentifikasikan 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

Model Konsep Keperawatan

Model sering disamaartikan dengan contoh, menyerupai, yaitu merupakan pernyataan simbolik tentang fenomena, menggambarkan teori dari skema konseptual melalui penggunaan simbol dan diafragma. Model keperawatan adalah jenis model konseptual yang menerapkan kerangka kerja konseptual terhadap pemahaman keperawatan dan bimbingan praktik keperawatan.

Konsep merupakan suatu ide dimana terdapat suatu kesan yang abstrak yang dapat diorganisir menjadi simbol-simbol yang nyata, sedangkan konsep keperawatan merupakan ide untuk menyusun suatu

kerangka konseptual atau model keperawatan. Teori ini sendiri merupakan sekelompok konsep yang membentuk sebuah pola yang nyata atau suatu pernyataan yang menjelaskan suatu proses, peristiwa, atau kejadian yang didasari oleh fakta-fakta yang telah diobservasi, tetapi kurang absolut (kurang adanya bukti) secara langsung. Model konsep keperawatan sendiri merupakan cara pandang secara menyeluruh perawat dalam menganalisa atau meramalkan fenomena yang berkaitan dengan masalah pelayanan keperawatan. Model keperawatan tersebut memberikan petunjuk bagi organisasi perawat untuk mendapatkan informasi sehingga perawat cepat tanggap terhadap apa yang sedang terjadi dan tindakan apa yang paling sesuai.

Model konseptual keperawatan menguraikan situasi yang terjadi dalam suatu lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu berupa menciptakan perubahan yang adaptif dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia. Model konseptual keperawatan mencerminkan upaya menolong orang tersebut mempertahankan keseimbangan melalui pengembangan mekanisme koping yang positif untuk mengatasi stressor ini.

Model konseptual didefinisikan sebagai kumpulan konsep yang umum dan abstrak dengan menempatkan fenomena suatu disiplin ilmu. Dalil yang secara luas menggambarkan konsep tersebut yang secara umum dan abstrak berhubungan dengan dua atau lebih konsep. Model konseptual memberikan perspektif atau kerangka kerja sebagai pola pikir kritis dan acuan dalam membuat keputusan bagi perawat (Tomey and Alligood, 2010). Model konseptual digunakan sebagai kerangka konsep kerja yang mengarahkan suatu pandangan keperawatan dalam tindakan yang akan dilakukan dalam memberikan asuhan, menjadikan perawat peka terhadap apa yang terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan. Model konseptual biasanya dikembangkan melalui tiga tahap yaitu konseptual/formulasi, formalisasi model dan validasi, prosesnya dapat dilakukan secara empiris atau intuitif, deduktif atau

induktif. Model konseptual menggambarkan asumsi, keyakinan, nilai dari pengembang model terhadap fenomena yang diamati.

Model konseptual terdiri dari enam unit yaitu apa tujuan keperawatan, bagaimana konseptualisasi klien, apa peran sosial perawat, apa masalah / kesukaran sumber, apa intervensi yang dilakukan dan konsekuensi yang diinginkan (Peterson & Bredow, 2004). Model konseptual keperawatan telah memperjelas dan spesifikan area fenomena ilmu keperawatan yang melibatkan empat konsep yaitu:

1. Konsep pertama manusia sebagai pribadi yang utuh dan unik.
2. Konsep kedua lingkungan yang bukan hanya merupakan sumber awal masalah tetapi juga merupakan sumber pendukung bagi individu.
3. Kesehatan merupakan konsep ketiga dimana konsep ini menjelaskan tentang kisaran sehat-sakit yang hanya dapat terputus ketika seseorang meninggal.
4. Konsep keempat adalah keperawatan sebagai komponen penting dalam perannya sebagai faktor penentu pulihnya atau meningkatnya keseimbangan kehidupan seseorang (klien).

Teori-teori keperawatan yang ada saat ini dibangun atas empat konsep yang menghasilkan suatu model keperawatan. Model keperawatan yang sering digunakan dalam praktik, penelitian maupun pengajaran antara lain:

1. Model konsep keperawatan menurut Florence Nigtingale meletakkan dasar-dasar teori keperawatan yang melalui filosofi keperawatan yaitu dengan mengidentifikasi peran perawat dalam menemukan kebutuhan dasar manusia pada klien serta pentingnya pengaruh lingkungan di dalam perawatan orang sakit yang dikenal teori lingkungannya.

2. Model konsep teori keperawatan menurut Marta E. Rogers, teorinya dikenal dengan nama konsep manusia sebagai unit. Dalam memahami konsep model dan teori ini berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda-beda.
3. Model konsep teori keperawatan menurut Myra Levine, memandang klien sebagai makhluk hidup terintegrasi yang saling berinteraksi dan beradaptasi terhadap lingkungannya. Intervensi keperawatan adalah suatu aktivitas konservasi dan konservasi energi adalah bagian yang menjadi pertimbangan.
4. Model konsep teori keperawatan menurut Virginia Henderson (Teori Henderson) Virginia Henderson memperkenalkan definisi keperawatan, Ia menyatakan bahwa definisi keperawatan harus menyertakan prinsip kesetimbangan fisiologis, ditinjau dari sisi fungsional. Menurutnya, tugas unik perawat adalah membantu individu, baik dalam keadaan sakit maupun sehat, melalui upayanya melaksanakan berbagai aktivitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu atau proses meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu saat ia memiliki kekuatan, kemampuan, kemauan, atau pengetahuan untuk itu.
5. Model konseptual perawatan diri dari f. Dorothe E. Orem (Teori Orem) Pandangan Teori Orem bahwa tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Sistem perawatan berorientasi pada individu, individu (klien) dianggap sebagai penerimaan asuhan keperawatan yang utama.
6. Model konsep teori human caring menurut Jean Watson (Teori Watson) Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada

unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya: kebutuhan dasar biofisikal, kebutuhan psikofisikal, kebutuhan psikososial, dan kebutuhan intra dan interpersonal.

7. Model konsep interaksi sistem menurut Imogene King (Teori King) King memahami model konsep keperawatan dengan menggunakan pendekatan system terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan, sehingga dalam mencapai hubungan interaksi, konsep kerjanya yang meliputi adanya sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial yang saling berhubungan satu dengan yang lain.
8. Model teori Adaptasi dari Sister Calista Roy (Teori Roy) Roy mengatakan bahwa masalah keperawatan melibatkan mekanisme koping yang tidak efektif, yang menyebabkan respon yang tidak efektif, merusak integritas individu tersebut. Teori ini menekankan promosi kesehatan dan pentingnya membantu klien dalam menipulasi lingkungan mereka, kedua gagasan tersebut memiliki arti yang penting dalam kesehatan. Roy berpendapat bahwa ada empat elemen penting dalam model adaptasi keperawatan, yakni keperawatan, tenaga kesehatan, lingkungan, dan sehat.

Daftar Pustaka

- Asmadi, 2008, Konsep Dasar Keperawatan, Jakarta :EGC
- Budiono, Sumirah Budi P, 2015, Konsep Dasar Keperawatan, Jakarta: Bumi Medika
- Geoger, Julia B.1990. Nursing Theories. Appleton and Lange.
- Hidayat, A. Aziz Alimul.2007. Pengamtar Konsep Dasar Keperawatan, ed.2 Jakarta: Salemba Medika
- Kementrerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016, Konsep Dasar Keperawatan Komprehensif, Pusdik SDM Kesehatan
- Kozier, Erb,Berman,& Snyder.2011. Buku Ajar Fundamental Keperawatan:Konsep, Proses & Praktik,ed.7.Vol.1. Jakarta :EGC
- Nursalam.2001. Proses dan Dokumentasi Keperawatan:Konsep dan Praktik, Jakarta : Salemba Medika

Profil Penulis



Ns. Intim Cahyono., S.Kep., M.Kes

dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya. Riwayat pendidikan setelah lulus SMA adalah Akper Karya Husada Kediri lulus tahun 1990 kemudian lanjut Profesi Ners PSIK Fakultas Kedokteran Unair lulus tahun 2002. S2 Kesehatan Masyarakat beliau selesaikan tahun 2009 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, penulis aktif mengajar di mata kuliah Keperawatan Jiwa, promosi Kesehatan dan Manajemen Keperawatan. Selain itu penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat Penulis aktif dalam kegiatan menulis buku diantara buku Promosi Kesehatan, Keperawatan Jiwa, Deteksi Dini risiko Preeklampsi, buku Deteksi Dini Risiko Perdarahan Post Partum, Manajemen Keperawatan, Kebutuhan Dasar Manusia dan beberapa buku yang lain.

Email: intimbanget15@gmail.com

PERKEMBANGAN TEORI KEPERAWATAN DAN PENERAPANNYA DALAM ASUHAN KEPERAWATAN

Irfandi Rahman, S.Kep., Ners., M.Kes

STIKES Papua

Perkembangan Teori Keperawatan

Para ahli teori keperawatan pada awal 1950-an berfokus pada tugas keperawatan dari perspektif yang agak mekanistik. Karena penekanan ini, banyak keterampilan keperawatan mengurangi pengasuhan, aspek relasional keperawatan, dan praktik estetika. Selama dekade 1960-an, 1970-an, dan 1980-an, banyak ahli teori keperawatan berjuang untuk praktik, teori, dan penelitian keperawatan dengan pandangan sains yang dominan saat itu. Mencerminkan perubahan kesadaran global akan kebutuhan perawatan kesehatan, beberapa ahli teori keperawatan kontemporer telah menyajikan perspektif baru tentang keperawatan yang benar-benar menyatukan pemahaman keperawatan sebagai seni dan ilmu. Ahli teori keperawatan terkemuka seperti Leininger, Watson, Rogers, Parse dan Newman menuntut agar disiplin keperawatan merangkul pandangan baru yang muncul, yang lebih holistik, humanistik, berpusat pada klien, dan berdasarkan konsep keperawatan sebagai inti dari keperawatan. Teori keperawatan didefinisikan sebagai konseptualisasi berbagai aspek realitas

keperawatan yang dikembangkan untuk menggambarkan fenomena, menjelaskan hubungan antar fenomena, memprediksi konsekuensi, atau menentukan praktik keperawatan (Meleis, 2011). Perkembangan teoritis bekerja secara paralel dengan proses ilmiah, meskipun teori biasanya diterapkan pada bidang yang lebih spesifik dari proses ilmiah yang lebih luas. Pentingnya teori dalam ilmu pengetahuan atau dalam pengembangan ilmu pengetahuan tidak dapat disangkal. Keperawatan telah berkembang sebagai sebuah profesi dan sebagai sebuah ilmu. Teori keperawatan menjelaskan, meneliti, mendefinisikan dan mendefinisikan bidang-bidang tertentu.

Pengembangan teori dalam keperawatan telah diperdebatkan sehingga isu-isu tentang teori sebagai basis pengetahuan dan mitra praktik, dan teori sebagai landasan keperawatan sebagai disiplin pengetahuan dan profesi praktik telah memfasilitasi ambiguitas yang menghambat kontribusi teoretis yang integral dengan kesehatan dan kesejahteraan manusia (Lim-Saco, 2019). Perkembangan teori berfungsi secara paralel dengan proses ilmiah, meskipun teori umumnya berlaku untuk area yang lebih spesifik dari suatu proses ilmiah yang lebih besar. Agar teori yang diajukan dapat diterima sebagai teori, ia harus memenuhi 6 kriteria berikut:

1. Inklusivitas, apakah teori itu mencakup semua konsep terkait dengan bidang minat.
2. Konsistensi, Dapatkah teori membahas entitas baru tanpa mengubah asumsi pendiriannya?
3. Akurasi, Apakah teori menjelaskan retrospektif terjadi rences? Apakah teori mempertahankan kapasitasnya untuk memprediksi hasil di masa depan?
4. Relevansi, Apakah teori berhubungan dengan landasan ilmiah dari mana teori itu diturunkan? Apakah itu mencerminkan dasar ilmiah
5. Kebermanfaatan, Apakah teori menghasilkan arah baru untuk penelitian masa depan?

6. Kesederhanaan, Apakah teori menyediakan peta jalan untuk replikasi? Apakah mudah diikuti? Apakah masuk akal?

Peran filosofis dan kebutuhan dalam perkembangan dan praktek keperawatan dilihat dari aspek masa dulu, masa sekarang dan masa depan serta didukung kemajuan teori dan praktik keperawatan (Bender et al., 2021). Berdasarkan literatur (Lim-Saco, 2019) bahwa mengungkapkan ontologis, epistemologis, dan isu-isu kontekstual pada pengembangan teori keperawatan dan perspektif praktik berbasis teori.

Tabel 4.1. Perkembangan Teori Pengembangan Keperawatan

Tahun	Teoritikus	Teori / Publikasi
1859	Florence Nightingale	Catatan tentang Keperawatan: Apa dan Apa Itu Apakah Tidak
1952 1964 1992	Hildegard Peplau	a. Hubungan Interpersonal dalam Keperawatan b. Prinsip Dasar Konseling Pasien c. Hubungan interpersonal: Sebuah Kerangka Teoritis untuk Aplikasi di praktek keperawatan
1955 1966 1991	Virginia Henderson dan B. Harmer)	a. Prinsip dan Praktek Keperawatan b. Keperawatan natural: Definisi dan Implikasinya untuk Praktek, Penelitian dan Pendidikan c. Keperawatan natural: Refleksi setelah 20 Tahun
1960, 1968,1973	Faye Abdelleh (dengan Beland, Martin, dan Matheney)	Pendekatan Pelayanan berpusat pada Pasien
1961, 1990	Ida Jean Orlando	Hubungan Perawat-Pasien yang dinamis

	(Pelletier)	
1964	Ernestine Wiedenbach	Keperawatan Klinis: Sebuah Seni Membantu
1966, 1971	Joyce Travelbee	Aspek Interpersonal dalam Keperawatan
1969, 1973 1989 1991	Myra Levine	a. Pengantar Keperawatan Klinis b. 4 Prinsip Konservasi: Dua puluh tahun kemudian c. Prinsip Konservasi: Sebuah Model untuk Kesehatan
1970 1980 1989	Martha Rogers	a. Pengantar Dasar Teoritis Keperawatan b. Keperawatan: ilmu kesatuan Manusia c. Keperawatan: ilmu Makhluk Kesatuan Manusia
1971 1981 1989	Imogene King	a. Menuju Teori Keperawatan: Konsep Tingkah Laku b. Teori Keperawatan: Sistem, Konsep, dan Proses c. Kerangka Umum Sistem King dan Teori
1971, 1980, 1988, 1991	Dorothea Orem	Konsep Keperawatan Praktek
1976 1980	Dorothy Johnson	a. Sistem Perilaku dan Perawatan b. Sistem model Perilaku Keperawatan
1976, 1984	Callista Roy	Pengantar Keperawatan: Model Adaptasi
1979	Callista Roy dan Heather	Model Adaptasi Roy

	Andrews	
1980	Callista Roy	Model Adaptasi Roy
1987	Callista Roy	Teori Konstruksi dalam Keperawatan: model Adaptasi
1991	Callista Roy	Model Adaptasi Roy: Pernyataan Definisi
1976	Josephine Paterson dan Loretta Zderad	Keperawatan humanistic
1978	Madeline Leininger	Keperawatan Trankultural, Konsep, Teori dan Praktek
1980	Madeline Leininger	Merawat: Fokus Central Keperawatan
1988	Madeline Leininger	Teori Leininger tentang Keperawatan: Perawatan pada Keanekaragaman Budaya dan Universalitas
1979	Jean Watson	Keperawatan: Filsafat dan Sains Caring
1985	Jean Watson	Keperawatan: Ilmu Manusia dan Perawatan Manusia
1988	Jean Watson	a. Dimensi Baru Manusia Teori Caring b. Filsafat dan Teori Caring Manusia Keperawatan Watson
1989, 1979	Margaret Newman	Pengembangan Teori dalam Keperawatan
1983	Margaret Newman	Teori Kesehatan
1986	Margaret Newman	Kesehatan untuk Memperluas Kesadaran
1972	Betty Neuman	Model Sistem Kesehatan Betty Neuman: Pendekatan orang pada masalah Pasien

1982, 1989, 1995	Betty Neuman	Sistem Model Neuman
1981, 1989	Rosemarie Parse	Manusia-Hidup-Sehat: Teori keperawatan
1998	Rosemarie Parse	Pemikiran manusia: Perspektif untuk Perawat dan Profesional Kesehatan
1983	Joyce Fitzpatrick	Model Fitzpatrick Rhythm: Analisis Ilmu Keperawatan
1984	Patricia Benner	Dari Novice untuk Ahli: Keunggulan dan Power dalam jurnal praktik klinik Perawatan
1989	Patricia Benner dan Judith Wrubel	Keunggulan Caring: Stres dan Coping Kesehatan dan Penyakit

Sumber: (Rofii, 2021)

Perkembangan Pengetahuan dalam Keperawatan

Pengetahuan khas keperawatan diterapkan dalam dunia praktik interprofessional dan interdisipliner yang semakin kompleks. Dengan ledakan pengetahuan dalam ilmu dasar, teknologi, dan disiplin ilmu kesehatan lainnya, kontribusi teoretis masa depan keperawatan harus mencakup konsep dan hasil yang sepenuhnya dipahami dan dihargai oleh semua anggota tim kesehatan (Meleis, 2011). Mengembangkan pengetahuan keperawatan untuk praktik keperawatan abad ke-21 membutuhkan landasan teoretis dan ilmiah yang kuat (Yancey, 2015). Menurut (Meleis, 2011) mengimbau generasi kelima ahli teori perawat untuk mengklarifikasi identitas disiplin keperawatan dan mempromosikan pemikiran teoretis kontemporer. Meskipun kami tidak menganggap diri kami sebagai ahli teori generasi kelima, kami sangat percaya sekarang lebih dari sebelumnya bahwa perawat harus dididik untuk "berpikir

keperawatan" dan menavigasi dalam praktik interprofessional yang semakin meningkat. Perawat harus memahami identitas khas mereka dan menerima kebutuhan akan fleksibilitas seiring dengan perubahan batasan dan perawatan kesehatan serta sistem sosial menjadi lebih kompleks. Ini secara efektif dilakukan dalam model konseptual keperawatan. Bagi kami, model ini adalah SCDNT Orem yang konsisten dengan gerakan perawatan diri universal. Menurut Carper, setiap *Pattern of Knowing* diperlukan tetapi tidak cukup untuk mencapai tujuan keperawatan, karena profesi keperawatan melibatkan proses, dinamika tindakan, dan interaksi yang efektif ketika pola pengetahuan tersebut bersatu. Di sisi lain, ketika salah satu pola mengetahui dikembangkan secara terpisah dan terlepas dari keseluruhan pengetahuan, hal itu akan mengarah pada penerimaan, interpretasi dan penggunaan relatif dari pola yang dangkal dan tidak kritis (Rafii, Nasrabadi, & Tehrani, 2021). Empat pola dasar mengetahui (*Pattern of Knowing*) telah diidentifikasi dari analisis struktur konseptual dan pengetahuan keperawatan. Keempat pola tersebut dibedakan menurut jenis makna logis dan ditetapkan (1) *Empirical knowing* (ilmu keperawatan), (2) *Aesthetic Knowing* (seni keperawatan, (3) *Personal knowing* (komponen pengetahuan pribadi dalam keperawatan); dan (4) *Ethical Knowing* (komponen pengetahuan moral dalam keperawatan) (Carper, 1975).

Metaparadigma Keperawatan

Perbedaan ilmu keperawatan dengan ilmu lainnya biologi, sosiologi dan psikologi adalah mata pelajaran terkait dengan aspek kemanusiaan tertentu. Setiap disiplin datang melalui fenomena spesifik yang diperlakukan dengan cara yang unik (Fawcett, 2005). Bidang biologi telah menetapkan batasan dan batas-batas di luar psikologi. Begitu juga dengan psikologi tidak memperluas masalah ke sosiologi itu fokus utama dari perilaku sosial manusia. Konsep paradigma memberikan batasan dan keterbatasan suatu disiplin, mengidentifikasi perspektif umum yang dimiliki oleh semua anggota disiplin, dan membantu memfokuskan

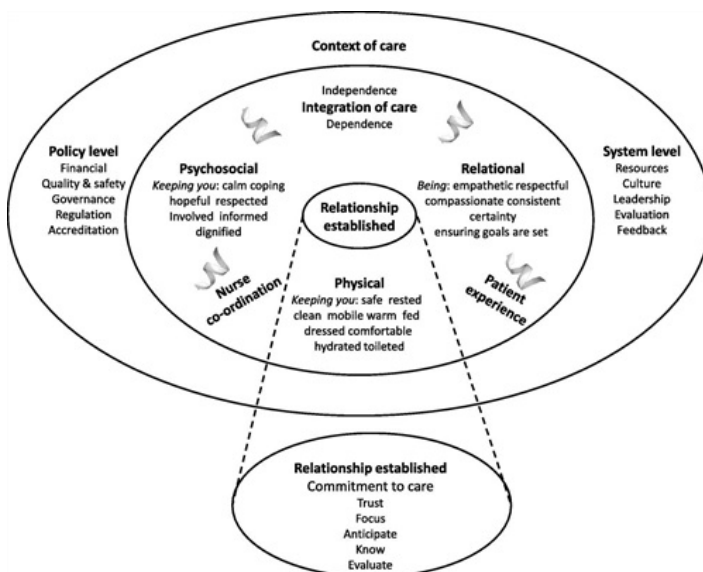
aktivitas anggota disiplin. Ilmu dibedakan oleh paradigma konseptual yang berbeda, karena kebanyakan metaparadigma terdiri dari beberapa konsep dasar. Kesepakatan pertama mengenai konsep paradigma keperawatan dicapai pada tahun 1984. Menurut Fawcett, konsep dasar struktur keperawatan adalah manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Setiap teori keperawatan mewakili pandangan yang sedikit berbeda dari konsep paradigmatik (Fawcett, 2005). Paradigma medis berfokus pada patofisiologi dan pengobatan penyakit. Paradigma keperawatan berfokus pada orang, kesehatan dan lingkungan. Pertimbangkan antara resep dokter dan tindakan perawat untuk klien yang baru didiagnosis diabetes. Perintah dokter mengacu pada penurunan kadar gula darah abnormal ke tingkat normal. Dokter meresepkan obat, olahraga, dan saran nutrisi untuk mengontrol gula darah. Ketika menghadapi situasi klien yang serupa, perawat memperhatikan, antara lain, pengobatan klien terhadap penyakit kronis, efek diagnosis pada keluarga klien dan mengajarkan klien tentang perlunya mengubah gaya hidup sehari-hari. Perawat prihatin tentang dampak diagnosis pada segala sesuatu dalam kehidupan klien. Meskipun kedua penyedia layanan kesehatan melihat situasi klien yang sama, masing-masing memiliki perspektif atau fokus yang berbeda. Setiap paradigma disiplin memiliki perspektif yang mengarah pada pengembangan pengetahuan tentang manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan dari perspektif independen yang merupakan bagian dari paradigma keperawatan yang diterima secara umum (Rofii, 2021).

Perawatan yang Berpusat pada Orang

Prakarsa global yang berpusat pada manusia menyediakan kerangka kerja untuk memberdayakan dan melibatkan masyarakat dalam perawatan kesehatan mereka untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Perawatan yang berpusat pada orang “secara sadar mengadopsi perspektif individu, pengasuh, keluarga dan komunitas sebagai peserta dan penerima manfaat dari sistem kesehatan terpercaya yang merespons

kebutuhan dan preferensi mereka dengan cara yang manusiawi dan holistik” (World Health, 2015). Konsep mendasarnya adalah membangun kemitraan terpadu antara penerima perawatan dan semua penyedia perawatan yang mendorong perancangan bersama dan penyampaian perawatan yang dipersonalisasi dengan cara yang efisien dan efektif. Tujuannya adalah hasil kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik di seluruh tingkat perawatan (Hartweg & Metcalfe, 2022). Kerangka teoritis disajikan: perawatan dasar yang berpusat pada orang (PCFC), hasil untuk pasien dan perawat dan tujuan kerangka FOC dicapai melalui manajemen aktif dari proses praktik, yang melibatkan perawat dan pasien bekerja sama untuk mengintegrasikan tiga dimensi inti: membangun hubungan perawat-pasien, mengintegrasikan FOC ke dalam rencana perawatan pasien, dan memastikan bahwa pengaturan atau konteks di mana perawatan ditransaksikan dan dikoordinasikan kondusif untuk mencapai hasil PCFC (Kitson, 2018).

Gambar 4.2 : fundamentals of care (FOC) framework (Kitson, 2018)



Penerapannya Teori Dalam Asuhan Keperawatan

Teori yang dibahas dipilih karena representatif mengembangkan pemikiran ilmiah dalam keperawatan. Teori keperawatan menjelaskan beberapa tujuan penting yaitu melengkapi ilmu pengetahuan keperawatan. beberapa teori seperti yang ditunjukkan Levine dan Roy sebagai teori mereka menyelesaikan pengobatan (Patricia & Sue, 2011). Tabel konsep utama teori-teori keperawatan yang terpilih sebagai berikut (Patricia & Sue, 2011):

Tabel 4.2.
Konsep Utama Teori-teori Keperawatan yang Terpilih

Teoris & Model	Manusia	Lingkungan	Kesehatan	Keperawatan
Nightingale (1859) Teori lingkungan	Fisik, intelektual & spiritual tidak mampu untuk memanipulasi lingkungan untuk meningkatkan kesehatan	Elemen fisik yang mempengaruhi proses penyembuhan: kebersihan, cahaya, udara, air, dan kenyamanan	Sejahtera bisa menggunakan kekuatan seseorang sepenuhnya	Untuk memfasilitasi penyembuhan dan memulihkan kesehatan dengan memanipulasi lingkungan orang tersebut
Peplau (1952) Proses interpersonal	Mengembangkan organisme hidup di ekuilibrium yang stabil dan berjuang untuk mengurangi kecemasan	Faktor eksternal dan lain-lain yang signifikan	proses interpersonal yang memfasilitasi perubahan kepribadian ke depan	Untuk mengembangkan interaksi antara perawat dan orang
Henderson (1955) Kebutuhan dasar	makhluk biologis, kesatuan pikiran dan tubuh, yang memiliki 14 kebutuhan dasar	Agregat dari semua kondisi eksternal yg mempengaruhi kehidupan dan perkembangan	Keutuhan, kemampuan berfungsi mandiri dalam 14 kebutuhan	Untuk membantu orang (sehat dan sakit) untuk melakukan 14 fungsi penting

Levine (1969) Teori Konservasi	Orang yang tahu menjadi dirinya sendiri	Konteks di mana orang hidup dengan hidupnya sendiri	Respon dari orang ke lingkungan	Menggunakan percakapan yang bertujuan untuk mengoptimalkan sumber daya orang tersebut
Rogers (1970) Science of Unitary Beings	Seluruh tereduksi terpadu; lebih dari jumlah dari bagian medan energi	Pandimensional 1 terpisahkan dengan medan energi manusia	Pola hidup harmonis dengan lingkungan; didefinisikan oleh budaya atau individu	Ilmu dan seni; seni keperawatan adalah penggunaan kreatif ilmu pengetahuan untuk perbaikan
King (1971) Goal Attainment Theory	Sistem terbuka yang menunjukkan karakteristik umum untuk orang lain	unsur internal dan eksternal yang melibatkan realitas temporal dan spasial	Kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan stres untuk mencapai potensi maksimal untuk hidup sehari-hari	Sebuah proses aksi, reaksi, dan interaksi
Orem (1971) Teori Kurang Perawatan diri	Sebuah kesatuan yang berfungsi secara biologis, secara simbolis, dan sosial dan yang berfungsi terkait dengan lingkungan	Terkait dengan individu, membentuk sebuah sistem yang terintegrasi	Keadaan dimana individu secara struktural dan fungsional	Sebuah sistem tindakan yang saling terkait
Roy (1976) Model Adaptasi	makhluk biopsikosial berinteraksi dengan lingkungan yang dinamis	kondisi internal dan eksternal yang mengelilingi dan mempengaruhi individu	Status atau proses menjadi orang yang terintegrasi dan utuh melalui adaptasi	Untuk mendukung adaptasi individu terhadap rangsangan

Paterson & Zderad (1976) Keperawatan Humanistik	Proses menjadi dalam lingkungan ruang dan waktu	Kesadaran keunikan individu dan kesamaan dengan orang lain	Keadaan menjadi, kesejahteraan, bukan bebas dari penyakit	Untuk menanggapi kebutuhan manusia dan membangun ilmu keperawatan humanistic
---	---	--	---	--

Sumber : (Rofii, 2021)

Asuhan keperawatan yang merupakan pelayanan profesional akan berkembang bila didukung oleh teori dan model keperawatan, pengembangan riset keperawatan, dan aplikasi hasil - hasil riset keperawatan di dalam praktek keperawatan. Pengetahuan ilmiah keperawatan telah dikembangkan dari waktu ke waktu dan berdasarkan pengalaman klinis. Oleh karena itu, praktek tanpa teori kecil kemungkinannya untuk berhasil (Rafii et al., 2021). Berdasarkan *literature review* (Jannah, 2019) bahwa teori keperawatan bisa dipelajari dan diterapkan di rumah sakit pada saat memberikan asuhan keperawatan, antara lain teori keperawatan: Comfort Kolcaba, Dorothy Orem, Calista Roy, dan Virginia Henderson.

Penerapan Teori *Comfort Kolcaba* pada Asuhan Keperawatan

Teori kenyamanan Kolcaba menekankan kenyamanan sebagai kebutuhan semua orang di dunia. Kenyamanan merupakan hal terpenting yang dibutuhkan dalam tahap transisi antara sakit dan sehat, dan kenyamanan merupakan langkah terakhir dalam tindakan terapeutik perawat kepada klien (Siefert, 2002). Teori Kenyamanan Kolcaba memiliki arti yang luas dan kompleks, dengan penekanan yang melekat pada aspek fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan dari kenyamanan, akan berkontribusi pada pendekatan perawatan yang proaktif dan multifaset serta di padukan bentuk kenyamanan meliputi tiga jenis yaitu *relief*, *ease* dan *transcendence*. (Dimarco & Kolcaba, 2005). Jenis bantuan pertama yang dapat diterapkan adalah bantuan, yang didefinisikan

ketika ketidaknyamanan klien berkurang dan rasa nyaman yang lebih nyata ditemukan. Jenis lainnya adalah kemudahan ketenangan dan kepuasan yang dirasakan klien dari asuhan yang diberikan oleh perawat. Kemudian tipe terakhir adalah transendensi, yaitu tahap dimana klien mampu menghadapi masalah yang dihadapinya. Kenyamanan fisik, atau kenyamanan fisik, meliputi kebutuhan status hemodinamik pasien (cairan, elektrolit, respirasi, suhu tubuh, eliminasi, sirkulasi, metabolisme, nutrisi, dan kebutuhan lainnya). Kemudian ada yang namanya kenyamanan psikospiritual, termasuk kebutuhan untuk diwakili oleh orang yang spiritual, kecemasan, ketakutan, berdoa dengan perawat atau sebagainya, kemudian ada juga pemahaman tentang penyakit dan pengalaman hidup dan kehidupan. Ketiga adalah kenyamanan sosial budaya, yang juga bisa disebut kenyamanan sosial budaya, yang meliputi makanan klien di rumah sakit, ekonomi, kebutuhan pendidikan kesehatan dan informasi tentang kesehatan klien. Dan terakhir kenyamanan lingkungan, perawat juga harus memperhatikan privasi klien, kebisingan, pencahayaan, kenyamanan tempat tidur, dan lain-lain. Perawat harus memperhatikan semua tipe di atas agar dapat diterapkan langsung pada klien di rumah sakit, sehingga keperawatan semakin meningkat.

Penerapan Teori Dorothy Orem pada Asuhan Keperawatan

Pandangan teoretis Orem dalam lingkungan keperawatan berfokus pada kebutuhan individu dalam pelaksanaan pekerjaan keperawatan mandiri dalam pengelolaan kebutuhan tersebut. Dalam konsep keperawatan, Orem mengembangkan tiga bentuk teori *self care*, antara lain: *self care*, *self care deficit*, teori sistem keperawatan. Teori ini kemudian diterapkan pada tahapan keperawatan berikut ini:

1. Tahap Pengkajian

Menurut teori Orem, digunakan *self care*. Menurut Orem, manusia adalah individu atau kelompok yang

tidak dapat mempertahankan perawatan diri secara terus menerus untuk hidup dan kesehatan, pulih dari penyakit atau trauma. Tujuan penerapan teori ini adalah untuk mengurangi kebutuhan perawatan diri ke tingkat dimana klien dapat memenuhinya, yang berarti menghilangkan defisit perawatan diri, sehingga semua defisit perawatan diri dihilangkan (Andriyanti & Health, 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut teori Orem menekankan bahwa penerapan diagnosis keperawatan terkait dengan diagnosis keperawatan risiko tinggi di kehidupan nyata. Teori ini lebih berfokus pada masalah fisiologis yang dapat diterapkan perawat pada penerapan asuhan keperawatan.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut teori Orem, pekerjaan pemeliharaan diberikan ketika kemampuan klien untuk perawatan diri telah melemah dibandingkan dengan apa yang sebenarnya diketahui untuk melakukan perawatan diri. Untuk mengimplementasikannya dalam keperawatan, perawat juga dapat menggunakan cara-cara sebagai berikut, yaitu: merumuskan, memberikan dan mengarahkan asuhan keperawatan langsung kepada klien dan orang yang dicintainya.

Penerapan Teori Calista Roy pada Asuhan Keperawatan

Teori *Calista Roy* berpendapat bahwa ada empat unsur yang sangat penting dari teori Roy yang dapat diterapkan di rumah sakit, yaitu:

1. Eleman Keperawatan

Keperawatan adalah disiplin ilmu yang mendasari praktik keperawatan. Teori Roy (Andrews & Roy, 1991) berpendapat bahwa keperawatan sebagai ilmu dan praktik memiliki peran dalam meningkatkan adaptasi kesehatan individu dan kelompok sehingga terlihat sikap yang lebih positif. Dengan adanya

unsur keperawatan, perawat dapat meningkatkan interaksi individu dengan lingkungan, sehingga adaptasi meningkat dalam segala aspek

2. Elemen Manusia

Manusia adalah kumpulan entitas yang saling berhubungan, kontrol proses, keluaran dan umpan balik. Orang-orang dalam sistem ini bertindak sebagai penerima dalam penerapan asuhan keperawatan.

3. Elemen Lingkungan

Perawat harus mengatasi lingkungan klien yang meliputi privasi klien, kondisi, keadaan, dan faktor yang lainnya

4. Elemen Sehat

Kesehatan merupakan hal terpenting yang diinginkan setiap orang, tetapi juga pasien yang ingin sehat seperti sediakala, pada elemen ini perawat harus memikirkan bagaimana pasien dapat memperoleh kesehatan tersebut, perawat harus memastikan perawatan yang tepat.

Penerapan Teori *Virginia Henderson* pada Asuhan Keperawatan

Menerapkan teori Henderson, ia memperkenalkan konsep keperawatan, menyatakan bahwa konsep keperawatan harus mencakup prinsip keseimbangan fisiologis dilihat dari perspektif fungsional. Henderson juga memperkenalkan konsep kunci dari teorinya, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan. Perawat menerapkan teori ini pada 14 bagian keperawatan, yaitu:

1. Bernapas secara normal,
2. Makan dan minum dengan cukup,
3. Membuang kotoran tubuh,
4. Bergerak dan menjaga posisi yang diinginkan,
5. Tidur dan istirahat,

6. Memilih pakaian yang sesuai,
7. Menjaga suhu tubuh tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan.
8. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat, serta melindungi integument,
9. Menghindari bahaya lingkungan yang bisa melukai,
10. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut, atau pendapat.
11. Beribadah sesuai dengan keyakinan,
12. Bekerja dengan tata cara yang mengandung prestasi,
13. Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi,
14. Belajar mengetahui atau memuaskan atau rasa penasaran yang menuntun pada perkembangan normal dan kesehatan, serta menggunakan fasilitas kesehatan yang sederhana.

Daftar Pustaka

- Andrews, H. A., & Roy, C. J. (1991). The Roy adaptation model: The definitive statement.
- Andriyanti, L. J. J. o. N., & Health, P. (2017). Aplikasi Teori Dorothy Orem Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Pada Ny Y Dengan Kasus Infeksi Post Sectio Cesaria Di Rumah Sakit Kota Bengkulu. 5(2), 54-59.
- Bender, M., Grace, P. J., Green, C., Hopkins-Walsh, J., Kirkevold, M., Petrovskaya, O., . . . Sellman, D. (2021). The role of philosophy in the development and practice of nursing: Past, present and future. *Nurs Philos*, 22(4), e12363. doi:10.1111/nup.12363
- Carper, B. A. (1975). *Fundamental patterns of knowing in nursing*: Teachers College, Columbia University.
- Dimarco, K. K., & Kolcaba, K. J. P. n. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. 31(3), 187-194.
- Fawcett, J. J. N. s. q. (2005). Criteria for evaluation of theory. 18(2), 131-135.
- Hartweg, D. L., & Metcalfe, S. A. (2022). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Relevance and Need for Refinement. *Nurs Sci Q*, 35(1), 70-76. doi:10.1177/089431842111051369
- Jannah, M. (2019). Aplikasi Teori Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit.
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. 67(2), 99-107. doi:10.1097/nnr.0000000000000271
- Lim-Saco, F. (2019). Philosophical and Contextual Issues in Nursing Theory Development Concerning Technological Competency as Caring in Nursing. *J Med Invest*, 66(1.2), 8-11. doi:10.2152/jmi.66.8
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*: Lippincott Williams & Wilkins.

- Patricia, L., & Sue, C. J. F. N. Y. D., Cengage Learning. (2011). *Fundamentals of nursing sandards & praktice*.
- Rafii, F., Nasrabadi, A. N., & Tehrani, F. J. J. E. j. o. h. s. (2021). How nurses apply patterns of knowing in clinical practice: a grounded theory study. 31(1).
- Rofii, M. (2021). *Teori dan Falsafah Kepetrawatan*. In: Fakultas kedokteran Universitas Diponegoro.
- Siefert, M. L. (2002). *Concept analysis of comfort*. Paper presented at the Nursing Forum.
- World Health, O. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. Retrieved from Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
- Yancey, N. R. J. N. S. Q. (2015). Why teach nursing theory? , 28(4), 274-278.

Profil Penulis



Irfandi Rahman, S.Kep., Ners., M.Kes

Lahir di Kelurahan Lappa, Kabupaten Sinjai 07 Agustus 1992. Penulis menyelesaikan pendidikan di SDN 04 Sinjai Utara (1998-2004), SMP Negeri 1 Sinjai Utara (2004-2007), MAN 1 Sinjai (2007-2010). Penulis menyelesaikan pendidikan perguruan tinggi S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Kesehatan Nani Hasanuddin Makassar (2010-2015), Penulis menyelesaikan pendidikan study S2 Kesehatan Masyarakat Kosentrasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Pascasarjana Universitas Muslim Indonesia (2016-2018), dan Penulis sementara melanjutkan study S2 Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Kritis di Pascasarjana Universitas Padjadjaran. Penulis bekerja sebagai Dosen Tersertifikasi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Papua yang di bawah naungan Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Papua (YPMP), Penulis memiliki kepakaran dibidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja, serta Keperawatan Gawat Darurat dan Keperawatan Kritis. Penulis aktif melakukan riset penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dan Penulis aktif melakukan publikasi artikel. Selain itu Penulis pernah lulus hibah Penelitian Dosen Pemula (PDP) pada Tahun 2020 dan lulus hibah membimbing mahasiswa dalam Program Holistik Pembinaan dan Pemberdayaan Desa (PHP2D) Tahun 2021.

Email Penulis : irfandirahman477@gmail.com

MODEL KONSEPTUAL MYRA ESTRIN LEVINE : MODEL KONSERVASI

Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.An

Stikes Mercubaktijaya Padang

Pengantar Teori



Myra E. Levine (1920–1996) lahir di Chicago, Illinois, anak pertama dari tiga bersaudara. Pengalamannya selama ayahnya sering sakit berkontribusi pada minat dan dedikasinya terhadap keperawatan. Myra E. Levine menerima diploma dari Cook County School of Nursing, Chicago, pada tahun 1944; gelar BS dari Universitas Chicago pada tahun 1949; dan M.S. dalam keperawatan dari Wayne State University, Detroit, Michigan, pada tahun 1962. Karirnya di bidang keperawatan bervariasi. Secara klinis, ia memegang posisi sebagai perawat swasta, warga sipil perawat untuk Angkatan Darat AS, penyelia bedah, dan direktur keperawatan. Myra E. Levine memegang posisi fakultas di Rumah Sakit Bryan Memorial, Lincoln, Nebraska, dan Sekolah Keperawatan Cook County, Universitas Loyola, Universitas Rush, dan Universitas Illinois, Chicago. Dia adalah Profesor Emerita, keperawatan medikal bedah, Universitas Illinois, Chicago. Levine mengisi jabatan profesor tamu di Universitas Tel-Aviv dan Departemen Keperawatan, Sekolah Profesi Kesehatan Masyarakat Recanati, Universitas Ben Gurion di Negev, keduanya di Israel.

Teori Levine

Levine membahas adaptasi, konservasi, dan integritas. Adaptasi adalah proses pencapaian konservasi, dan tujuan konservasi adalah integritas. Inti dari teori Levine adalah empat prinsip konservasinya.

1. Adaptasi

Adaptasi adalah proses kehidupan di mana, seiring berjalannya waktu, masyarakat mempertahankan keutuhan atau integritas mereka dalam menanggapi tantangan lingkungan; hal ini merupakan konsekuensi interaksi antara manusia dan lingkungan. Keberhasilan keterlibatan dengan lingkungan bergantung pada adaptasi yang memadai (Maryam, 2013).

Respon fisiologis dan perilaku berbeda dalam kondisi yang berbeda, misalnya respons terhadap lingkungan yang sangat sunyi atau sangat bising akan bervariasi. Ada kemungkinan untuk mengantisipasi jenis reaksi tertentu, namun individualitas respons menghalangi prediksi yang akurat. Adaptasi lebih bersifat menjelaskan dan bukan memprediksi.

Adaptasi mencakup 3 karakteristik, yaitu konsep historisitas, kekhususan, dan redundansi.

- a. Historisitas (*Historicity*) : Adaptasi adalah sebuah proses riwayat; tanggapan didasarkan pada pengalaman masa lalu, baik pribadi maupun genetik. Pola genetik setiap individu adalah unik. Keunikan ini dikembangkan lebih lanjut oleh pengalaman individu.
- b. Kekhususan (*Specificity*) : Adaptasi juga bersifat spesifik. Setiap sistem memiliki respons yang sangat spesifik. Respons fisiologis yang “mempertahankan pasokan oksigen ke otak berbeda dengan respons fisiologis yang mempertahankan kadar glukosa darah yang sesuai”. Respons tertentu terpanggil untuk bertindak karena adanya tantangan tertentu;

tanggapannya bersifat khusus untuk tugas tersebut.

- c. Redudansi (*Redudancy*) : Sistem redundansi bersifat protektif dan adaptif. Jika satu sistem tidak beradaptasi, sistem lain akan mengambil alih. Levine menunjukkan bahwa sistem redundan dapat berfungsi dalam jangka waktu tertentu; ada yang bersifat korektif, sedangkan ada pula yang memungkinkan dilakukannya kembali respons yang sebelumnya gagal. Pilihan berhasil atau gagal tersedia bagi individu untuk memastikan terjadinya adaptasi yang berkelanjutan.

2. Konservasi

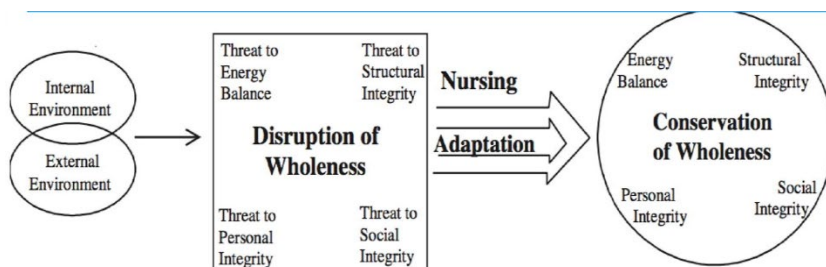
Produk adaptasi adalah konservasi. Konservasi adalah konsep universal, hukum alam, yang berkaitan dengan pertahanan keutuhan dan integritas system (Deswita, 2012). “Konservasi membela keutuhan sistem kehidupan dengan memastikan kemampuan mereka menghadapi perubahan secara tepat dan mempertahankan identitas unik mereka”. Konservasi menggambarkan bagaimana sistem yang kompleks terus berfungsi dalam menghadapi tantangan yang berat; hal ini tidak hanya memberikan kelangsungan hidup saat ini tetapi juga vitalitas masa depan melalui menghadapi tantangan dengan cara yang paling ekonomis. Inti dari konservasi adalah keberhasilan penggunaan respons dengan biaya paling sedikit. “Konservasi jelas merupakan konsekuensi dari sistem umpan balik negatif yang berlipat ganda, saling berinteraksi, dan tersinkronisasi yang memberikan stabilitas organisme hidup”. Selama sistem secara fisiologis stabil, atau seimbang, sistem umpan balik negatif dapat berfungsi dengan biaya minimal. Sumber daya energi dilestarikan untuk digunakan ketika diperlukan untuk memulihkan keseimbangan. Homeostasis adalah keadaan konservasi, keadaan penghematan energi yang tersinkronisasi.

Menurut George (2014), Levine menggambarkan empat tingkat perilaku sebagai berikut:

- a. **Respon “fight-or-flight”** dari Cannon (1939), yaitu reaksi simpatik adrenokortikal yang memberikan kesiapan fisiologis dan perilaku dalam menghadapi tantangan lingkungan yang tiba-tiba dan tidak dapat dijelaskan.
- b. **Respon inflamasi-imun (*inflammatory*)**, yang kita andalkan untuk pemulihan keutuhan fisik dan penyembuhan.
- c. **Respons stres** Selye (1956), yang digambarkan sebagai pertahanan terpadu yang terjadi sepanjang waktu dan “dipengaruhi oleh akumulasi pengalaman individu”.
- d. **Sistem persepsi** Gibson (1966), di mana indera tidak hanya menyediakan akses terhadap sumber energi lingkungan namun juga mengubah sumber-sumber ini menjadi pengalaman yang bermakna; orang tidak hanya melihat, mereka juga melihat; mereka tidak hanya mendengar, mereka mendengarkan. Tingkat perilaku ini mendukung individu sebagai partisipan aktif terhadap lingkungan, bukan hanya sebagai makhluk reaktif. Tingkat responsnya tidak berurutan melainkan berlebihan dan terintegrasi dalam diri individu.

Peran perawat dalam konservasi adalah membantu orang tersebut dalam proses “menjaga kebersamaan” menjadi orang yang seutuhnya melalui upaya yang paling sedikit biayanya (Wahyuni, 2020). Levine mengusulkan empat prinsip konservasi berikut:

1. Konservasi energi
2. Konservasi integritas struktural
3. Konservasi integritas personal
4. Konservasi integritas sosial



(Mefford, 2004)

Gambar 1. Diagram Model Konseptual :
Teori Konservasi Levine

1. Konservasi energi merupakan dasar dari hukum kekekalan alam yang universal. Levine menyatakan bahwa energi tidak tersembunyi; “hal ini benar-benar dapat diidentifikasi, diukur, dan dikelola”. Dalam praktik keperawatan, pengukuran tanda vital merupakan pengukuran parameter energi harian. Misalnya, suhu tubuh merupakan indikasi panas (energi) yang dihasilkan oleh sel-sel hidup saat mereka melakukan tugasnya. Konservasi energi didorong melalui pembatasan aktivitas bagi pasien penyakit jantung atau rencana dimulainya kembali aktivitas secara bertahap pasca operasi. Penting bahwa, bahkan saat istirahat, banyaknya energi dikeluarkan melalui aktivitas yang diperlukan untuk mendukung kehidupan. Levine menyatakan, “Konservasi energi terlihat jelas pada orang yang sangat sakit, yang mana tubuh menghabiskan sumber energinya untuk proses penyembuhan”.
2. Konservasi integritas struktural berfokus pada proses penyembuhan. “Penyembuhan adalah pertahanan keutuhan”. Perawat mendukung integritas struktural melalui upaya untuk membatasi cedera dan dengan demikian membatasi jaringan parut melalui posisi dan rentang gerak (ROM) yang tepat untuk mencegah kelainan bentuk tulang, area tekanan, atau hilangnya tonus otot.

3. Konservasi integritas personal berfokus pada rasa diri— “pengetahuan yang sangat pribadi, unik dan rahasia yang digunakan untuk mendefinisikan diri sendiri”. Levine menggambarkan identifikasi aktualisasi diri Goldstein (1963) yaitu penjangkauan ke dalam diri seseorang, bukan penjangkauan ke luar. Manusia mempunyai keduanya, hal-hal yang dapat dibagi untuk public atau orang lain, dan hal yang bersifat sangat pribadi hanya untuk dirinya sendiri. Setidaknya sebagian dari diri pribadinya tidak diketahui bahkan oleh orang terdekatnya sekalipun. Diri “didefinisikan, dipertahankan, dan dijelaskan hanya oleh jiwa yang memilikinya. Diri pribadi itu unik dan utuh. Seseorang hanya dapat berbagi sebagian darinya dengan orang lain”. Dengan cara ini pemisahan antara diri sendiri dan orang lain tetap terjaga.
4. Konservasi integritas sosial melibatkan definisi diri yang melampaui individu dan mencakup keyakinan setiap orang. Individu menggunakan hubungan mereka untuk mendefinisikan diri mereka sendiri. Identitas seseorang terhubung dengan keluarga, teman, komunitas, tempat kerja, sekolah, budaya, etnis, agama, pekerjaan, pendidikan, dan status sosial ekonomi. Tujuan dari konservasi integritas sosial ini untuk meningkatkan hubungan individu dengan masyarakat agar tercapai hubungan yang baik. Konservasi integritas sosial ini difokuskan untuk membantu keluarga, membantu individu dalam beribadah, memberikan hubungan yang baik dengan meningkatkan hubungan interpersonal.

Teori Levine dan Metaparadigma Keperawatan

Menurut Alligood & Tomey, (2010) Levine melakukan pengembangan teori tentang model konservasi. Levine dengan terampil menjalin keyakinannya tentang manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan sepanjang diskusinya tentang konservasi dan adaptasi.

1. Manusia

Dalam kaitannya dengan manusia, Levine menyatakan bahwa ketika seseorang sedang dipelajari, fokusnya harus pada keutuhan. Ia juga menegaskan bahwa seseorang tidak dapat dipahami di luar konteks tempat dan waktu di mana ia berfungsi atau terlepas dari pengaruh segala sesuatu yang terjadi di sekitarnya. Manusia tidak hanya dipengaruhi oleh keadaan mereka saat ini, mereka juga “dibebani oleh pengalaman seumur hidup,” yang telah terekam dalam jaringan tubuh serta pikiran dan jiwa. Manusia terus-menerus beradaptasi dalam interaksinya dengan lingkungannya. Proses adaptasi menghasilkan konservasi. Manusia mempunyai kebutuhan akan keperawatan ketika mereka menderita dan dapat mengesampingkan kemandirian dan menerima jasa orang lain.

2. Lingkungan

Lingkungan merupakan suatu tahap pada individu dengan terus menerus dan dapat aktif agar terlibat dalam menjalani kehidupan yang lebih baik lagi. Setiap individu akan memiliki lingkungan secara sendiri baik lingkungan internal bahkan lingkungan eksternal (Alligood & Tomey, 2010).

Lingkungan internal seperti keadaan fisiologis maupun patologis.

- a. Homeostasis: suatu kondisi dari pembagian energi (energy sparing) yang juga menyediakan dasar yang perlu untuk mensinkronkan faktor fisiologis dan psikologis yang banyak. Homeostasis juga merupakan suatu keadaan konservasi.
- b. Homeorrhesis: suatu aliran yang terstabilisasi ketimbang suatu kondisi yang statis. Homeorrhesis mendeskripsikan pola adaptasi, yang memungkinkan tubuh individu untuk mempertahankan keadaan kesejahteraan dengan

perubahan yang cepat yang berasal dari lingkungan.

Lingkungan eksternal seperti perseptual, operasional, dan konseptual ;

- a. Lingkungan operasional terdiri dari kekuatan-kekuatan alam yang tidak terdeteksi dan menimpa individu.
- b. Lingkungan persepsi terdiri dari informasi yang direkam oleh organ indera.
- c. Lingkungan konseptual dipengaruhi oleh bahasa, etnis, budaya, ide, dan kognisi.

Levine juga mengatakan, meski dengan definisi, lingkungan sulit diukur. Namun, karena adaptasi dan konservasi didasarkan pada interaksi manusia dengan lingkungan, upaya untuk memahami lingkungan dan perannya dalam kesulitan yang dihadapi seseorang sangatlah penting. Konteks sosial juga penting untuk mempertimbangkan keutuhan seseorang. Levine memasukkan “warisan etnis dan budaya, ceruk ekonomi, peluang yang diabaikan atau dimanfaatkan” dalam konteks sosial.

3. Kesehatan

Levine menunjukkan bahwa kesehatan dan penyakit adalah pola perubahan adaptif. Kesehatan merupakan kemampuan individu agar melakukan tugas dan fungsi secara normal. Kesehatan tidak hanya ditemukan dari keadaan patologis, kesehatan juga diartikan sebagai tercapainya kebutuhan tubuh secara menyeluruh sehingga tercapai keberhasilan adaptasi yang lebih optimal. Perubahan status kesehatan itu tidak hanya dilihat dari perubahan fungsi kebutuhan fisiologis sehingga dapat terjadi gangguan pada beberapa prinsip konservasi lainnya (Alligood & Tomey, 2010).

4. Keperawatan

Bagi Levine tujuan keperawatan adalah untuk merawat orang lain ketika mereka perlu dirawat.

Ketergantungan yang diciptakan oleh kebutuhan ini bersifat sementara. Keperawatan terjadi dimanapun ada individu yang membutuhkan perawatan sampai tingkat tertentu. Levine membahas fakta bahwa orang yang memberikan asuhan keperawatan mempunyai tanggung jawab khusus dalam memenuhi kebutuhan pasien. Keperawatan meliputi tindakan untuk meningkatkan interaksi manusia. Interaksi manusia tergantung pada komunikasi, berakar pada kemandirian organik dari individu dalam hubungannya dengan orang lain (Siregar, 2020).

Teori Levine dan Proses Keperawatan

Konsep adaptasi, konservasi, dan integritas Levine dapat digunakan untuk memandu perawatan pasien dalam proses keperawatan.

Tabel 5.1. Aplikasi Model Konservasi Levine dalam Proses Keperawatan

Proses Keperawatan	Aplikasi dalam Praktik
Pengkajian	<p>Pengumpulan data (observasi dan wawancara) dari pengaruh lingkungan internal dan eksternal. Perawat mengamati respon, membaca laporan medis, mengevaluasi diagnostik, dan keluarga (dukungan) tentang kebutuhan. Mengkaji fisiologis dan patofisiologis dengan lingkungan internal dan faktor-faktor di tingkat persepsi, operasional, dan konseptual dari lingkungan eksternal yang mempengaruhi individu. Dengan prinsip-prinsip konservasi, perawat mengkaji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konservasi energi (keseimbangan suplai energi dan kebutuhan) 2. Konservasi integritas structural (system pertahanan tubuh) 3. Konservasi integritas personal (perasaan pasien tentang harga diri dan kepribadian) 4. Konservasi integritas sosial (kemampuan pasien untuk berpartisipasi dalam system sosial)
Tropikognosis	<p>Diagnosis keperawatan memberikan makna fakta-fakta provokatif yang ditemukan. Tropikognosis adalah penilaian asuhan keperawatan melalui proses ilmiah untuk melakukan pengamatan dan memilih data</p>

	yang relevan untuk membentuk pernyataan hipotesis tentang keadaan pasien.
Hipotesis	Mengarahkan intervensi keperawatan dengan tujuan menjaga keutuhan dan mempromosikan adaptasi. Perawat mengusulkan hipotesis tentang masalah dan solusi yang menjadi rencana perawatan.
Intervensi	Perawat menggunakan hipotesis untuk mengarahkan perawatan. Hipotesis yang diajukan serta desain intervensi berdasarkan prinsip-prinsip konservasi: konservasi energi, integritas struktural, integritas orang, dan integritas sosial. Harapannya adalah bahwa pendekatan ini akan menjaga keutuhan dan mempromosikan adaptasi.
Evaluasi	Pengamatan respon pasien terhadap intervensi. Hasil dari pengujian hipotesis dievaluasi dengan menilai respon manusia, hipotesis didukung atau tidak. Konsekuensi dari perawatan yang terapeutik atau mendukung: tindakan terapeutik dapat meningkatkan kesejahteraan; langkah-langkah dukungan memberikan kenyamanan. Jika hipotesis tidak didukung, rencana tersebut direvisi dan hipotesis baru diusulkan.

Sumber: Schaefer (2014); Kurniawan (2017).

Kekuatan dan Keterbatasan Teori Levine

Menurut George (2014), kekuatan utama karya Levine adalah universalitasnya. Konsepnya berlaku bagi seluruh umat manusia dimanapun berada. Levine juga menunjukkan ketika keperawatan diperlukan, hal itu dibutuhkan oleh orang yang berada dalam keadaan sulit karena penyakit yang bersedia menjadi ketergantungan sehubungan dengan keadaan sulit tersebut. Dengan demikian, penggunaan pekerjaan ini tidak terbatas pada lingkungan tertentu tetapi dapat digunakan dimanapun ada perawat dan pasien.

Penggunaan kata-kata yang hati-hati oleh Levine juga merupakan sebuah kekuatan. Pemilihan terminologinya yang cermat memberikan kejelasan kepada pembaca. Levine memberikan hubungan yang jelas dengan karya-karya orang lain (disiplin tambahan) dan tentunya membantu pembaca memahami bagaimana karya-karya

ini dapat digunakan dengan cara yang spesifik untuk keperawatan.

Penekanannya pada keutuhan pribadi, pentingnya integritas, sangat berguna. Selain itu, pernyataannya bahwa adaptasi adalah sebuah proses, bukan sebuah nilai, membantu kita memahami bahwa adaptasi adalah sebuah keadaan, bukan sebuah keadaan positif atau negatif. Levine menggambarkan adaptasi sebagai jembatan antar lingkungan.

Keterbatasan dapat dianggap sebagai kebutuhan setiap perawat untuk membuat alat penilaiannya sendiri untuk menggunakan prinsip konservasi Levine. Hal ini juga dapat dipandang sebagai memberikan fleksibilitas dan memungkinkan setiap perawat untuk menciptakan kesesuaian pribadi dengan prinsip-prinsip tersebut.

Teori Myra Levine telah berkembang dari sebuah publikasi yang tujuan awalnya adalah pengorganisasian konten keperawatan medis-bedah untuk memfasilitasi pembelajaran siswa. Teorinya menghubungkan konsep adaptasi, konservasi, dan integritas. Adaptasi adalah proses terjadinya konservasi. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungannya. Interaksi inilah yang menimbulkan perlunya adaptasi. Ketika lingkungan berubah, manusia harus beradaptasi. Adaptasi yang berhasil akan mencapai kesesuaian terbaik dengan lingkungan dan akan dilakukan dengan cara yang menghemat energi, integritas struktural, integritas pribadi, dan integritas sosial. Tujuan konservasi adalah kesehatan, atau integritas—keutuhan individu. Teori ini telah diuji melalui penelitian, dan kegunaannya telah dibuktikan dalam praktik klinis dan pendidikan.

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theories and their work*. Mosbey: Elsevier.
- Deswita. (2012). Aplikasi model konservasi Levine dalam asuhan keperawatan untuk pemenuhan kebutuhan oksigenasi di rumah sakit. *Ners Jurnal Keperawatan*, 8(2), 154-160.
- George, J.B. (2014). *Nursing theories : The base for professional nursing practice*. England, sixth edition : Pearson Education Limited.
- Kurniawan, D.E., Kristianto, H., & Suharsono, T. (2017). Aplikasi model konservasi Levine dalam asuhan keperawatan pasien selulitis. Seminar Nasional dan Workshop Publikasi Ilmiah “Strategi Pengembangan Profesionalisme Perawat melalui Peningkatan Kualitas Pendidikan dan Publikasi Ilmiah, *Jurnal RS Baptis Kediri*. hal 40-48.
- Mariyam., Rustina, Y., & Waluyanti, F.T. (2013). Aplikasi teori konservasi Levine pada anak dengan gangguan pemenuhan kebutuhan oksigenasi di ruang perawatan anak. *Jurnal Keperawatan Anak*, 1(2), 104-112.
- Schaefer, K.M. (2014a). Levine’ s conservation model in nursing practice. In M. A. Alligood (Ed.), *Nursing theory: Utilization & application* (5th ed.). St. Louis, Missouri Elsevier.
- Schaefer, K.M. (2014b). The conservation model. In M. A. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis, Missouri Elsevier.
- Wahyuni, F. (2020). Peranan ASI terhadap sepsis dalam asuhan keperawatan pada bayi premature (integrasi teori konservasi Levine). Purwokerto : Pena Persada.

Profil Penulis

Ns. Fitri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.An



Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan anak berawal sejak penulis berada dibangku kuliah jenjang Profesi Ners di STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang. Pada tahap ini penulis menjalani praktek klinik di Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan Lainnya. Hal tersebut membuat penulis sangat tertarik saat berada pada siklus Keperawatan Anak. Dua tahun berikutnya, penulis melanjutkan Pendidikan pasca sarjana dengan peminatan Keperawatan Anak pada Tahun 2014 dan menyelesaikan tahap Pendidikan tersebut sampai Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Anak. 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 dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

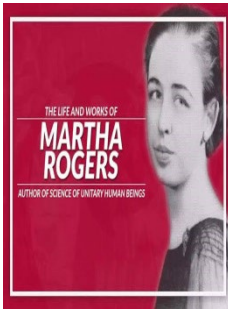
Email Penulis: fitriwahyuniss@gmail.com

MODEL KONSEPTUAL MARTHA E. ROGER : KESATUAN MANUSIA (*UNITARY HUMAN BEINGS*)

Ns. Devanda Faiqh Albyn, M.Kep

Holding PT. Perkebunan Nusantara

Biografi Martha Elizabeth Roger



Martha Elizabeth Roger lahir pada tanggal 12 Mei 1914 di Dallas, Texas. Beliau memulai karir sarjananya ketika beliau masuk di Universitas Tennessee di Knoxville pada tahun 1931. Beliau masuk sekolah keperawatan di RSU Knoxville pada September 1933. Beliau menerima gelar Diploma Keperawatan pada tahun 1936 dan menerima gelar B.S dari *George Peabody College* di Masville pada tahun 1937. Pada tahun 1945 beliau mendapat gelar MA dalam bidang pengawasan kesehatan masyarakat dari Fakultas Keguruan Universitas Columbia, New York. Beliau menjadi Eksekutif Direktur dari pelayanan keperawatan di Phoenix, AZ. Beliau meninggalkan Arizona pada tahun 1951 dan kembali melanjutkan sekolah di Universitas Johns Hopkins, Baltimore MD dengan memperoleh gelar MPH tahun 1952 dan Sc.D tahun 1954. Beliau di tetapkan menjadi Kepala Bagian Keperawatan di New York University pada tahun 1954. Secara resmi beliau

mengundurkan diri sebagai Professor dan Kepala Bagian Keperawatan pada tahun 1975 setelah 21 tahun dalam pelayanan. Pada tahun 1979 beliau pensiun dengan hormat dengan memakai gelar Professornya dan terus aktif mengembangkan dunia keperawatan sampai beliau meninggal pada 13 maret 1994.

Martha Elizabeth Rogers adalah seorang penemu Teori *Human Beings* beliau merupakan seorang profesor dibidang keperawatan. Tujuan dari teori ini untuk memahami perubahan manusia serta potensi yang dimiliki untuk meningkatkan kehidupan manusia yang lebih baik lagi. Dalam teorinya, Martha Rogers (1970), mempertimbangkan manusia (kesatuan manusia) sebagai sumber energi yang menyatu dengan alam semesta. Manusia berada dalam interaksi yang terus menerus dengan lingkungan (lutjens,1995). Selain itu, manusia merupakan satu kesatuan utuh memiliki integritas diri dan menunjukkan karakteristik yang lebih dari sekedar gabungan dari beberapa bagian (Rogers 1970). Manusia yang utuh merupakan "Empat sumber dimensi energi yang diidentifikasi oleh pola dan manifestasi karakteristik spesifik yang menunjukkan kesatuan dan yang tidak dapat di tinjau berdasarkan bagian pembentuknya" (Maminer – Toey,1994). Keempat dimensi yang di gunakan oleh Martha E. Rogers sumber energi, keterbukaan, keteraturan dan pengorganisasian, dan dimensionalitas manusia digunakan untuk menentukan prinsip mengenai bagaimana manusia berkembang.

Definisi Keperawatan Menurut Martha E. Rogers

Keperawatan adalah ilmu humanisti/humanitarian yang menggambarkan dan memperjelas bahwa manusia dalam strategi yang utuh dan dalam perkembangan hipotesis secara umum dengan memperkirakan prinsip – prinsip dasar untuk ilmu pengetahuan praktis. Ilmu keperawatan adalah ilmu kemanusiaan, mempelajari tentang alam dan hubungannya dengan perkembangan manusia. Rogers mengungkapkan bahwa aktivitas yang di dasari prinsip – prinsip kreatifitas, seni dan imajinasi.

Aktifitas keperawatan dinyatakan Rogers merupakan aktifitas yang berakar pada dasar ilmu pengetahuan abstrak, pemikiran intelektual, dan hati nurani. Rogers menekankan bahwa keperawatan adalah disiplin ilmu yang dalam aktifitasnya mengedepankan aplikasi keterampilan, dan teknologi. Aktivitas keperawatan meliputi pengkajian, intervensi, dan pelayanan rehabilitatif senantiasa berdasar pada konsep pemahaman manusia/individu seutuhnya.

Tujuan Teori Martha E. Rogers

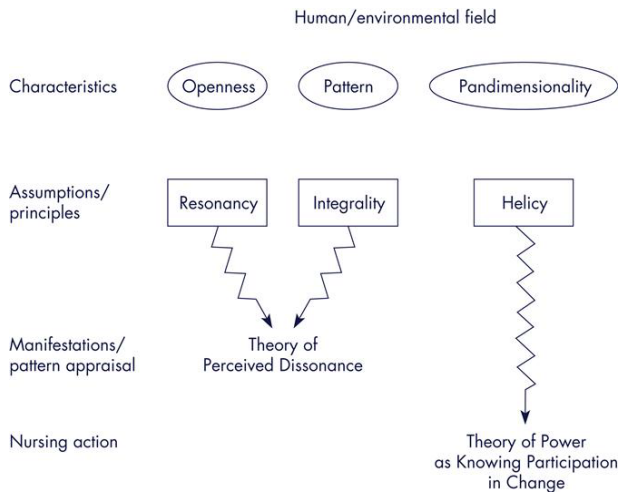
Untuk meningkatkan pengetahuan tentang Teori Model Keperawatan menurut Martha E. Rogers serta dapat mengaplikasikannya dalam praktik keperawatan. Teori Rogerian secara khusus, merupakan konseptualisasi kesejahteraan. perawat mampu melakukan asuhan keperawatan dengan cara yang lebih holistik. Kapan pasien yang tampak gelisah, perawat menggunakan teknik relaksasi, kapan pasien yang tidak stabil atau mengalami krisis, perawat berusaha untuk bersikap tenang, berpikir positif saat bertindak, serta memiliki kesempatan memberikan perawatan yang nyaman pada pasien yang menghadapi kematian. Komunikasi terapeutik dengan sentuhan perhatian spritual sangat membantu dalam pemberian asuhan keperawatan.

Teori Rogers memiliki peran yang penting dalam kehidupan. Beberapa peneliti mengembangkan teori Rogers dalam penelitian yang dilakukan. Adapun hasil penelitian berdasarkan asumsi dari teori Rogers sebagai berikut:

Teori Rogers menyatakan bahwa tujuan dari perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan untuk semua orang dimanapun mereka berada. Kesejahteraan dengan kesadaran berdasarkan pemahaman atas prinsip-prinsip hemodinamik yaitu *Helicy*, *resonasi* dan *integralitas*.

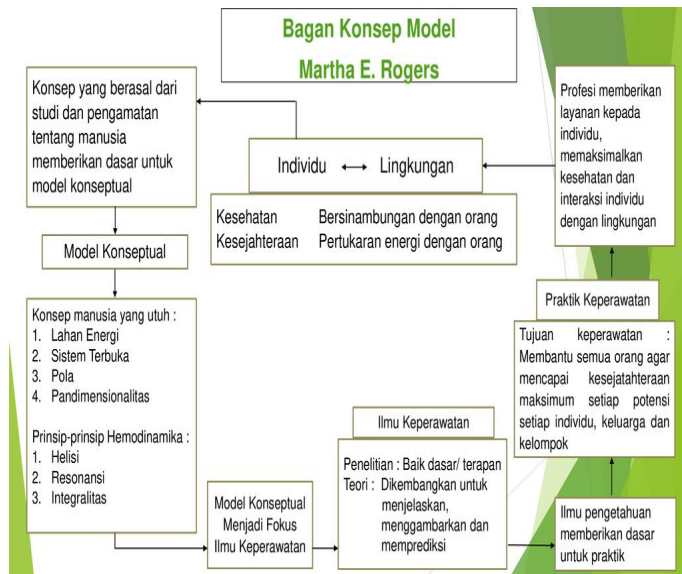
Prinsip-Prinsip Hemodinamika

Teori menyatakan bahwa dalam keperawatan dipergunakan prinsip hemodinamika untuk melayani manusia, yaitu :



1. Integritas (*Integrity*), adalah proses berhubungan yang menguntungkan antar manusia dan lingkungannya secara berkesinambungan.
2. Resonansi (*Resonancy*), Prinsip ini membicarakan tentang alam dan perubahan yang terjadi antara manusia dan lingkungan. Resonansi dapat dijelaskan sebagai suatu pola-pola gelombang yang ditunjukkan dengan perubahan-perubahan dari frekuensi terendah ke frekuensi yang lebih tinggi pada gelombang perubahan.
3. *Helicy*, Prinsip yang menyatakan bahwa keadaan alami dan hubungan manusia dan lingkungan adalah berkesinambungan, inovatif, ditunjukkan dengan peningkatan jenis pola-pola perilaku manusia dan lingkungan yang menimbulkan kesinambungan, menguntungkan, merupakan interaksi yang simultan antara manusia dan lingkungan bukan menyatakan ritmitasi.

Paradigma Teori Rogers



1. Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu profesi yang terdiri dari ilmu dan seni. Rogers memfokuskan keperawatan pada subyek manusia dan alam semesta yang merupakan tempat tinggal manusia dan sifat asuhan keperawatan, yang meliputi manusia dan lingkungan. Tujuan dari keperawatan adalah mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan bagi setiap orang. Sedangkan seni dalam keperawatan merupakan bentuk kreativitas dari aplikasi ilmu keperawatan untuk kehidupan manusia yang lebih baik lagi.

2. Manusia

Menurut Rogers manusia adalah sistem terbuka yang senantiasa berinteraksi dengan lingkungan. Manusia didefinisikan sebagai suatu unit yang utuh, yang memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Dalam konsep keperawatan manusia dan lingkungan dipersepsikan sebagai lahan energi yang terintegrasi satu sama lain.

3. Kesehatan

Rogers menggunakan istilah kesehatan sebagai suatu konsep yang didefinisikan berdasarkan budaya atau individu. Sehat dan sakit merupakan manifestasi dari suatu pola yang mencerminkan perilaku hidup sehat dari setiap individu. Hal ini memperlihatkan usaha manusia untuk mencapai kesehatan maksimal berdasarkan konsep hidup sehat yang baik.

4. Lingkungan

Menurut Rogers lingkungan sebagai suatu yang tidak dapat diperkecil, dan merupakan lahan energi yang tidak dibatasi oleh ruang dan waktu yang diidentifikasi sebagai suatu pola, memiliki manifestasi karakteristik yang berbeda serta saling berhubungan dengan manusia.

Asumsi Dasar

Dasar teori Rogers adalah ilmu tentang asal usul manusia dan alam semesta seperti antropologi, sosiologi, agama, filosofi, perkembangan sejarah dan mitologi. Teori Rogers berfokus pada proses kehidupan manusia secara utuh. Ilmu keperawatan adalah ilmu yang mempelajari manusia, alam dan perkembangan manusia secara langsung.

Berdasarkan pada kerangka konsep yang dikembangkan oleh Roger ada 5 asumsi mengenai manusia, yaitu :

1. Manusia merupakan makhluk yang memiliki kepribadian unik, antara satu dan lainnya berbeda di beberapa bagian. Secara signifikan mempunyai sifat-sifat yang khusus jika semuanya jika dilihat secara bagian perbagian ilmu pengetahuan dari suatu subsistem tidak efektif bila seseorang memperhatikan sifat-sifat dari sistem kehidupan manusia. Manusia akan terlihat saat bagiannya tidak dijumpai.

2. Berasumsi bahwa individu dan lingkungan saling tukar-menukar energi dan material satu sama lain. Beberapa individu mendefinisikan lingkungan sebagai faktor eksternal pada seorang individu dan merupakan satu kesatuan yang utuh dari semua hal.
3. Bahwa proses kehidupan manusia merupakan hal yang tetap dan saling bergantung dalam satu kesatuan ruang waktu secara terus menerus. Akibatnya seorang individu tidak akan pernah kembali atau menjadi seperti yang diharapkan semula.
4. Perilaku pada individu merupakan suatu bentuk kesatuan yang inovatif.
5. Manusia bercirikan mempunyai kemampuan untuk abstrak, membayangkan, bertutur bahasa dan berfikir, sensasi dan emosi. Dari seluruh bentuk kehidupan di dunia hanya manusia yang mampu berfikir dan menerima dan mempertimbangkan luasnya dunia.

Berdasar pada asumsi-asumsi terdapat 4 batasan utama yang ditunjukkan oleh Martha E Roger : Sumber energi, Keterbukaan., Pola-pola perilaku, Ukuran – ukuran 4 dimensi. Martha E. Roger mengemukakan empat konsep besar tersebut dan menghadirkan lima asumsi tentang manusia. Tiap orang dikatakan sebagai suatu yang individu utuh. Manusia dan lingkungan selalu saling bertukar energi. Proses yang terjadi dalam kehidupan seseorang tidak dapat diubah dan berhubungan satu sama lain pada dimensi ruang dan waktu. Hal tersebut merupakan pola kehidupan.

Penerapan Teori Martha E. Rogers

Jika profesi keperawatan dipandang sebagai kepedulian pada umat manusia, prinsip-prinsip homeodinamik memberikan pedoman untuk memprediksi sifat dan arah perkembangan individu sebagai respon terhadap masalah kesehatan. Diharapkan, praktik keperawatan profesional kemudian akan meningkatkan dinamika integrasi manusia dan lingkungannya, untuk

memperkuat hubungan dan integritas bidang manusia, dan untuk mengarahkan pola dari bidang manusia dan lingkungan terkait kesehatan (Rogers, 1992).

Untuk berhasil menggunakan prinsip-prinsip homeodinamik, diperlukan pertimbangan perawat dan melibatkan perawat dan klien dalam proses keperawatan. Jika sesuatu atau seseorang di luar individu adalah bagian dari lingkungan, maka perawat akan menjadi bagian dari lingkungan klien. Keperawatan, adalah bekerja dengan klien, bukan kepada atau untuk klien. Keterlibatan ini dalam proses keperawatan oleh perawat menunjukkan kepedulian terhadap semua orang bukan dari satu aspek, satu masalah, atau segmen terbatas pemenuhan kebutuhan. Dalam tahap keperawatan, semua fakta dan opini tentang klien dan lingkungan dikumpulkan. Karena keterbatasan kita dalam mengukur dan alat pengumpulan data, informasi yang dikumpulkan sesering mungkin dari suatu pemisahan diri atau bagian lainnya. Namun, untuk melaksanakan pedoman, analisis data harus dalam keadaan yang mencerminkan keutuhan, yang mungkin dicapai dengan menanyakan beberapa pertanyaan dan mendapat respon dari data yang ada.

Hubungan Teori Keperawatan Martha E. Rogers Dengan Riset Keperawatan

Model konseptual abstrak yang di kemukakan Martha E Rogers secara langsung memiliki hubungan dengan riset dan pengembangan ilmu keperawatan. Model konseptualnya memberikan arah dan stimulus untuk aktifitas keilmuan tersebut. Model keperawatan Rogers menunjukkan betapa uniknya realita profesi keperawatan. Peneliti yang memiliki asumsi dan pemahaman seperti konsep Martha E Rogers akan menemukan mendapatkan pandangan yang jelas tentang seperti apakah sesungguhnya bekerja sebagai perawat. Secara jelas dalam konsepnya Martha E Roger menunjukkan bahwa kebutuhan kritis dalam keperawatan adalah merupakan dasar pengetahuan

dalam aktifitas penelitian keperawatan. Hubungan Teori Keperawatan Martha E. Rogers Dengan Pendidikan Keperawatan. Pada tahun 1963, Rogers mencetuskan ide untuk mendirikan kembali program undergraduated dan graduated dalam pendidikan keperawatan. Hal ini adalah di lakukannya sebagai refleksi terhadap evolusi perubahan dalam ilmu keperawatan. Konsistensi terhadap definisi yang ia berikan untuk keperawatan bahwa keperawatan adalah profesi yang di pelajari, unik serta memiliki batang tubuh pengetahuan, maka ia sangat menganjurkan bagi perawat untuk menempuh pendidikan dalam keperawatan. Hubungan Teori Keperawatan Martha E. Rogers Dengan Praktik Keperawatan. Martha E Rogers mengungkapkan bahwa teori yang diambilnya dari konsepnya sangat mungkin untuk di terapkan dalam praktik keperawatan. Malinski (1986) mencatat ada tujuh trend yang ada dalam praktik keperawatan, yang kesemuanya berdasar pada konsep teori yang di kemukakan Martha E Rogers :

1. Pemberian kewenangan penuh dalam hubungan perawat klien
2. Menerima perbedaan sebagai sesuatu yang wajar
3. Penyesuaian terhadap pola
4. Menggunakan modalitas gelombang seperti lampu musik, pergerakan dalam proses penyembuhan.
5. Menunjukkan suatu perubahan yang positif
6. Memperluas fase pengkajian dalam proses keperawatan
7. Menerima hubungan yang menyeluruh dalam hidup

Teori Rogers berfokus pada hubungan antara manusia dan lingkungan, Teori Rogers yang bersifat abstrak dapat memberikan kontribusi dari lahirnya teori-toeri baru yang berfokus pada manusia sebagai makhluk yang utuh. Pengembangan teori ini dapat diterapkan dalam kehidupan serta menghasilkan turunan teori yang dapat di teliti dengan berbagai alat ukur. Pada intinya Martha E. Rogers memandang perawat sebagai ilmu dan

mendukung adanya penelitian keperawatan. Oleh sebab itu keperawatan mengembangkan pengetahuan dari ilmu-ilmu dasar dan fisiologi, begitu juga dengan ilmu keperawatan itu sendiri, ilmu keperawatan bertujuan untuk memberikan inti dari pengetahuan abstrak untuk mengembangkan penelitian ilmiah dan analisis logis dan kemampuan menerapkannya dalam praktik keperawatan. Inti pengetahuan ilmiah keperawatan merupakan hasil penemuan terbaru mengenai keperawatan secara humanistik. Secara umum, pembaca diharapkan mampu menelaah dan mempelajari setiap konsep dan model keperawatan yang sudah berkembang dan mampu membandingkan teori dan model praktik yang sesuai dengan ilmu keperawatan itu sendiri sehingga tidak bertentangan dengan etika, norma dan budaya.

Daftar Pustaka

Alligood, Martha Raile.(2006). Nursing Theory : Utilization and Application 3th edition. mosby elseiver : United Stated of America

Currentnursing.com

Hidayat Aziz Alimul. A. 2009, pengantar konsep dasar keperawatan edisi 2, Salemba medika, Jakarta.

Kozier, B. Et al. (1995). Fundamentals of nursing; concepts, process, and practice. Fifth Edition, California; Addison Wesley.

Marriner-Tomey &Alligood (2006). Nursing Theorist and Their Work. Seventh edition. St.Louis: Mosby-Year Book, Inc.

Merriner, Ann. 1986. Nursing Theory and Their Work. Masby Company. Mubarak, Iqbal Wahit. 2005. Pengantar Keperawatan Komonitas 1. Cv Sagung Seto. Jakarta.

Perry & Potter. 2005. Fundamental of Nursing, Concept, Process, and Practice: Edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta

Perry and Potter. Fundamental Keperawatan. EGC

Profil Penulis

Ns. Devanda Faiqh Albyn, M.Kep



Lahir di Pematang, 28 Maret 1994 bekerja di Holding PT. Perkebunan Nusantara III (Persero) diamanahi jabatan Koordinator Organization Health Care System (HSE & Paramedic) Divisi Sumber Daya Manusia (SDM), Sub Divisi Perencanaan Tenaga Kerja (Manpower Planning) dan Organisasi Perusahaan Holding PT. Perkebunan Nusantara III (Persero) kantor Pusat Jakarta. Riwayat Pendidikan : Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Banyuwangi tahun 2016 dengan Konsentrasi Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) lalu melanjutkan Program studi Profesi (Ners) di STIKES Banyuwangi 2018 dengan peminatan Keperawatan Gawat Darurat, saat ini penulis sedang melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan Jiwa dengan konsentrasi K3 di Universitas Brawijaya selesai di tahun 2023. Riwayat Karir : Memulai 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 Pendidikan Ners melanjutkan berkarir di bidang Keperawatan Holistic dan Paliatif Care dari Pasien dengan Kondisi Sehat hingga “End of Life Care” di Klinik hingga Rumah Sakit, Executive Room Nurse dan Perawat Kesehatan Kerja di Perusahaan untuk total pengalaman kerja di bidang keperawatan 10 tahun (2014-sekarang). Berkesempatan mengikuti Penyusunan Profil K3 Nasional 2022 bersama KEMENAKER RI dan Penyusunan Pedoman Kesehatan Reproduksi Pekerja di Tempat Kerja bersama KEMENKES RI. Aktif dalam penulisan Buku Kesehatan sekaligus Bedah Buku, hingga Publikasi Jurnal Ilmiah baik Nasional dan Internasional Conference.

Organisasi :

Anggota Dosen Kolaborasi Lintas Perguruan Tinggi (DKLPT); Indonesian Paramedic Association; Ketua Departemen Kesejahteraan dan Ventura di Himpunan Perawat Kesehatan Kerja (PERKESJA) Indonesia; Relawan Bhakti BUMN; Tim Satgas Bencana BUMN

Sertifikasi Kompetensi:

Penulis dan Editor Profesional (Penulisan Buku Nonfiksi) - LSP PEP; Human Capital Management (Staff) dan Industrial Relation Practitioner; Management, Public Speaking,

Komunikasi dan Leadership; Tenaga Pelatih Kesehatan (TPK); Ahli K3 Umum; K3 Area Perkantoran; HIPERKES Paramedis; MCU & FFT; First Aid, DAMKAR, Disaster, dan Emergency Response Plan; Vaksinator; Swab PCR dan Antigen; EKG, GELS dan ACLS; Sirkumsisi; Mindfulness

Email: dfaiqhalbyn@gmail.com

MODEL KONSEPTUAL DOROTHEA OREM : DEFISIT PERAWATAN DIRI

Ns. Ria Desnita,M.Kep.,Sp.Kep.,MB

Stikes Mercubaktijaya Padang

Dalam perkembangannya, keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang senantiasa berkembang seiring dengan pengakuan profesionalnya. Pelayanan keperawatan merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan yang bersifat komprehensif meliputi biopsikososiokultural dan spiritual yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat, baik dalam keadaan sehat maupun sakit dengan pendekatan proses keperawatan. Praktik keperawatan berdasarkan teori merupakan penerapan pengetahuan berbagai teori, model, dan prinsip dari berbagai disiplin ilmiah, perilaku, humanistik, dan keperawatan dalam praktik klinik. model/teori keperawatan memerlukan kerangka kerja yang luas untuk saling mengaitkan berbagai aspek situasi kesehatan yang kompleks. Karena klien individual, keluarga, dan komunitas masing-masing mempunyai masalah kesehatan yang unik, maka perawat harus memilih model/teori keperawatan yang paling sesuai dengan kondisi pasien.

Salah satu teori keperawatan yang telah digunakan dan terus dikembangkan saat ini adalah teori Dorothea E. Orem mengenai *self-care deficit*. Model teori ini

menjelaskan tentang hubungan manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan yang saling mempengaruhi. Orem menggunakan pendekatan individu, dimana perawat dan pasien bekerjasama untuk mengidentifikasi kebutuhan dan kemampuan pasien dalam mencapai kesembuhan atau kesehatan yang optimal. Dalam teori ini dijelaskan bahwa perawat berupaya untuk memandirikan pasien, mereka hanya memberikan bantuan jika pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri.

Sejarah dan Latar Belakang

Dorothea Elizabeth Orem merupakan salah satu *theorist* keperawatan Amerika terkemuka, lahir di Baltimore, Maryland pada tahun 1914 ia merupakan anak kedua dari dua bersaudara (Marinner, 2001). Orem memulai karir keperawatan di *Providence Hospital School of Nursing* di Washington DC, tempat dimana dia memperoleh diploma keperawatan pada awal 1930. Orem menerima BSc di pendidikan keperawatan dari *The Catholic University of America* (CUA) pada tahun 1939, dan pada tahun 1946 Orem menerima gelar *Master of Science* dari universitas yang sama (Alligood & Tomey, 2010).

Pada kurun waktu tersebut ia mengerjakan tugas pribadi, menjadi staf keperawatan, mengajar, dan menjadi *Director Assistant Providence Division of the School of Nursing CUA*. Dari tahun 1949 sampai 1957, orem menjadi konsultan perawat di Indiana. Selama kurun waktu inilah Orem mulai membangun kembali definisi-definisinya mengenai keperawatan dan praktik keperawatan. Orem mempublikasikan buku pertamanya yang berjudul *Nursing: Concept of Practice* pada tahun 1971. Setelah pensiun pada tahun 1984, Orem beserta teman sejawatnya terus bekerja untuk mengembangkan *Self-Care Deficit Nursing Theory* (SCDNT) (Alligood & Tomey, 2010). Menurut Orem (2001), *Self-Care Deficit Nursing Theory* terdiri dari tiga teori yang berhubungan, yaitu:

1. Teori *self-care*, mendiskripsikan mengapa dan bagaimana seseorang merawat dirinya sendiri.
2. Teori *self-care deficit*, mendiskripsikan dan menjelaskan mengapa seseorang dapat dibantu oleh tindakan keperawatan.
3. Teori *nursing system*, mendiskripsikan dan menjelaskan hubungan-hubungan yang harus dibawa dan dijaga bagi seorang perawat untuk lebih produktif.

Tinjauan Teori Dorothea E. Orem

Orem memberi label bagi teorinya (*Self Care Deficit Theory Of Nursing*) sebagai teori umum. Teori umum ini disusun atas tiga teori yang berhubungan yaitu teori *self-care*, teori *self care deficit*, dan teori sistem-sistem keperawatan (Marriner, 2001).

1. Perawatan diri (*Self-Care*)

Menurut Orem (2001), *self-care* terdiri dari praktek aktivitas-aktivitas orang-orang yang matang dan *mature* menginisiasi dan menunjukkan kepentingan mereka sendiri dalam memelihara kehidupan, menjaga fungsi kesehatan, melanjutkan pengembangan personal, dan kesejahteraan dengan mengetahui syarat-syarat yang diperlukan untuk fungsi dan pengembangan regulasi. *Self-care* merupakan sebuah fungsi pengaturan manusia dimana setiap individu harus mengambil keputusan menampilkan diri mereka sendiri atau ditampilkan untuk memelihara kehidupan, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan. *Self-care* adalah sebuah sistem aksi. Perluasan dari konsep *self-care*, *self-care demand*, and *self-care agency* menjadi dasar untuk memahami syarat-syarat tindakan dan keterbatasan-keterbatasan tindakan dari seseorang yang mungkin bermanfaat dari keperawatan. *Self-care* harus dipelajari dan harus ditunjukkan dengan pertimbangan yang mendalam dan terus menerus dalam kecocokan dengan kebutuhan pengaturan dari masing-masing individu. Kebutuhan-kebutuhan ini

dihubungkan dengan tahap-tahap pertumbuhan dan perkembangan mereka, status kesehatan, status perkembangan mental, level pengeluaran energi, dan faktor-faktor lingkungan (Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 2001; Alligood & Tomey, 2010). Kebutuhan perawatan diri merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengatur fungsi dan perkembangan. Kebutuhan perawatan diri tersebut meliputi :

a. Kebutuhan perawatan diri universal (*Universal self-care requisites*)

Tujuan dari kebutuhan universal ditemukan pada *self-care* atau *dependent care*, dan mereka memiliki ciri khas mereka pada apa yang diketahui dan divalidasi tentang struktur dan fungsi integritas manusia pada berbagai macam tahap dari siklus kehidupan. Delapan *self-care requisites* yang direkomendasikan cocok pada laki-laki, perempuan, dan anak-anak antara lain:

- 1) Memelihara kecukupan pengambilan udara
- 2) Memelihara kecukupan pengambilan makanan
- 3) Memelihara kecukupan pengambilan air
- 4) Pembekalan perawatan dengan proses eliminasi dan pembuangan kotoran
- 5) Memelihara keseimbangan antara aktivitas dan istirahat
- 6) Memelihara keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial
- 7) Pencegahan bahaya atau resiko pada kehidupan manusia, fungsi, dan kesejahteraan manusia
- 8) Promosi fungsi dan perkembangan kehidupan dengan kelompok-kelompok sosial dalam memenuhi potensi manusia, pengetahuan keterbatasan-keterbatasan

manusia, dan hasrat kemanusiaan yang normal.

- 9) Biasanya digunakan sebagai suatu pemikiran dari pentingnya manusia yang dihubungkan dengan genetik, dasar karakteristik, dan bakat dari masing-masing individu (Orem, 2001; Alligood & Tomey, 2010).

- b. Kebutuhan perkembangan perawatan diri (*Developmental self-care requisites*)

Developmental self-care requisites (DSCRs) dibedakan dari *universal self-care requisites* pada edisi ke dua dari *Nursing: Concept of Practice*.

Tiga bidang dari DSCRs yang telah diidentifikasi meliputi:

- 1) Ketentuan dari kondisi-kondisi yang mendukung perkembangan
- 2) Pemakaian pada pengembangan diri
- 3) Pencegahan atau penanggulangan dampak dari kondisi manusia dan situasi kehidupan yang dapat merugikan perkembangan manusia (Orem, 1980 ; Alligood & Tomey, 2010)

- c. Kebutuhan deviasi kesehatan perawatan diri (*Health deviation self-care requisites*)

Self-care requisites ini ada untuk orang yang mengalami sakit atau terluka, seseorang yang memiliki bentuk-bentuk spesifik dari kondisi-kondisi patologis atau penyakit, termasuk kerusakan dan kecacatan dan seseorang yang sedang menerima pengobatan medis. Karakteristik dari penyimpangan kesehatan dicerminkan sebagai kondisi lamanya individu memerlukan perawatan yang diperlukan selama mereka hidup dengan efek dari kondisi patologis sepanjang durasi kehidupannya. Dampak dari penyakit atau luka tidak hanya pada mekanisme struktur dan psikologis yang spesifik, tetapi juga

berhubungan dengan fungsinya sebagai manusia. Ketika fungsi yang berhubungan dipengaruhi dengan serius, perkembangan individu juga akan mengalami kerusakan serius, baik permanen maupun sementara. Pada tahapan abnormal kesehatan, *self-care requisites* terbangun dari tahapan penyakit dan pengukuran yang digunakan untuk diagnosis maupun pengobatan. Proses keperawatan mengukur untuk mempertemukan penyimpangan kesehatan kebutuhan perawatan diri yang harus dibuat komponen-komponen aksi dari sistem perawatan diri individu secara mandiri maupun tidak (Alligood & Tomey, p.270,2010).

d. Kebutuhan perawatan diri terapeutik (*Therapeutic self-care requisites*)

Permintaan perawatan diri secara terapeutik terdiri dari penyajian akhir pengukuran perawatan pada waktu yang spesifik atau sampai durasi waktu tertentu dimana individu memerlukan pengetahuan tentang kebutuhan perawatan diri, memberikan perlakuan tertentu pada suatu kondisi dengan metode yang sesuai, meliputi:

- 1) Mengontrol dan mengatur faktor-faktor yang dibutuhkan individu, yaitu nilai-nilai yang mengatur dalam fungsi tubuh manusia, seperti kebutuhan udara, air, dan makanan.
- 2) Memenuhi kebutuhan elemen aktivitas, meliputi pemeliharaan, promosi, pencegahan, dan pembekalan (Orem, 2001).

Kebutuhan *therapeutic self-care* atau *self-care agency* menurut Orem (2001) diklasifikasikan dalam *Basic Conditional Factor* atau sepuluh faktor yang berhubungan dengan kondisi dasar dan memberikan efek nilai pada kebutuhan individu, antara lain:

- 1) Umur
- 2) Jenis kelamin
- 3) Status perkembangan
- 4) Status kesehatan
- 5) Kondisi tempat tinggal
- 6) Faktor sistem kesehatan
- 7) Faktor sistem keluarga
- 8) Faktor sosial dan budaya
- 9) Ketersediaan sumber daya
- 10) Faktor lingkungan luar

2. Defisit perawatan diri (*Self-Care Deficit*)

Ide inti dari teori defisit perawatan diri adalah keperluan-keperluan seseorang untuk perawatan yang dihubungkan dengan subjektivitas dari kematangan seseorang untuk menghubungkan kesehatan atau menghubungkan keterbatasan-keterbatasan aksi dalam perawatan kesehatan. *Self-care deficit* adalah suatu istilah yang mengekspresikan hubungan antara kemampuan aksi dari individu dan kebutuhan mereka untuk perawatan. Keterbatasan dapat disebabkan oleh kondisi sakit, cedera atau akibat efek pemeriksaan atau terapi medis. Variabel yang mempengaruhi defisit perawatan diri antara lain kemampuan perawatan diri dan tuntutan perawatan diri terapeutik, dimana tindakan keperawatan diperlukan untuk memenuhi kebutuhan yang ada. Teori defisit perawatan diri Orem menjelaskan tidak hanya pada saat keperawatan diperlukan, tetapi juga bagaimana orang dapat dibantu melalui lima metode pemberian bantuan bertindak atau melaksanakan untuk memandu, mengajarkan, mendukung dan menciptakan lingkungan yang meningkatkan kemampuan individu untuk memenuhi tuntutan saat ini dan di masa yang akan datang (Alligood & Tomey, 2010).

3. Sistem keperawatan (*Nursing System*)

Teori sistem keperawatan bertujuan bahwa keperawatan adalah aksi kemanusiaan. Sistem keperawatan adalah sistem-sistem aksi yang didesain dan diproduksi oleh para perawat pada pelatihan agensi keperawatan mereka untuk individu dengan berbagai keterbatasan kesehatan pada *self-care* atau *dependent care*. Sistem keperawatan mengatur tindakan keperawatan dan pasien dengan memperhatikan kondisi sebagai berikut:

- a. Pasien memiliki keterbatasan fisiologi atau psikologi untuk mengatur pergerakan yang baik dari kebutuhan perawatan diri.
- b. Pasien membatasi pengeluaran energi bagi kebutuhan perawatan diri akibat status kesehatannya.
- c. Kurangnya pengetahuan atau kemampuan pasien atau ketidaksiapan psikologi untuk menunjukkan tindakan perawatan diri.

Berdasarkan kondisi di atas, maka variasi dari sistem keperawatan menurut Orem (2001) mengidentifikasi tiga tipe sistem perawatan, yaitu:

- a. Sistem kompensasi keseluruhan/*wholly compensatory nursing system*

Sistem ini diperlukan untuk individu yang tidak mampu mengontrol dan memantau lingkungan mereka serta memproses informasi

- b. Sistem kompensasi sebagian/*partly compensatory nursing system*

Sistem ini dirancang untuk individu yang tidak mampu melakukan beberapa aktivitas perawatan diri.

- c. Sistem suportif-edukatif (perkembangan)/*supportive-educative (developmental) nursing system*

Sistem ini dirancang untuk seseorang yang perlu belajar melakukan tindakan perawatan diri dan membutuhkan bantuan.

Fokus dalam ketiga teori Orem adalah perawatan diri yang didefinisikan sebagai aktivitas atau upaya individu memulai dan menunjukkan keperluan mereka sendiri dalam memelihara hidup, kesehatan dan kesejahteraan (Orem, 1985). Perawatan diri tidak terbatas pada seseorang yang memberikan perawatan untuk dirinya sendiri. Hal ini termasuk perawatan yang ditawarkan orang lain untuk keperluan orang yang membutuhkan perawatan. Perawatan mungkin ditawarkan oleh anggota keluarga atau orang lain hingga orang tersebut mampu untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Perawatan diri mempunyai tujuan dan berperan terhadap integritas struktural, fungsi dan perkembangan manusia (Orem, 1985; Alligood & Tomey, 2010).

Penerapan Teori *Self Care* Orem pada Asuhan Keperawatan

Pada sub bab ini akan dibahas penerapan teori *Self Care* Orem pada tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dengan menggunakan teori *Self Care* Orem terdiri dari pengkajian faktor kondisi dasar, pengkajian kebutuhan perawatan diri secara universal, kebutuhan pengembangan keperawatan diri dan kebutuhan perawatan diri dari gangguan kesehatan.

a. Pengkajian faktor kondisi dasar

Pengkajian faktor kondisi dasar meliputi umur, jenis kelamin, status perkembangan, tingkat pendidikan, status kesehatan, sistem perawatan kesehatan, riwayat penyakit keluarga, pola hidup

dan lingkungan. Pada pengkajian status kesehatan terdiri dari status kesehatan saat ini, alasan dan keluhan dirawat saat ini, riwayat penyakit sebelumnya serta pengobatan sebelumnya. Riwayat penyakit terdahulu sudah berapa lama, apakah kontrol teratur terhadap diet dan pengobatan, komplikasi atau penyakit lain yang menyertai dan pengontrolannya, obat-obat rutin yang biasa dikonsumsi.

- b. Pengkajian kebutuhan perawatan diri secara universal

Pengkajian kebutuhan perawatan diri secara universal terdiri dari: pengkajian pernafasan dan sirkulasi, pengkajian cairan dan elektrolit, pengkajian kebutuhan nutrisi, pengkajian eliminasi, pengkajian aktivitas dan istirahat, pengkajian perlindungan dan kenyamanan, pengkajian keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial, pengkajian terhadap resiko yang mengancam hidup.

- c. Pengkajian pernafasan dan sirkulasi. Pengkajian pernafasan meliputi ventilasi, respirasi, pertukaran dan transportasi gas. Pengkajian sirkulasi mencakup penilaian tekanan darah, nadi, saturasi oksigen, suhu, akral, CRT, tanda-tanda sianosis, tanda anemis serta pemeriksaan fungsi jantung.
- d. Pengkajian cairan dan elektrolit. Pengkajian cairan meliputi mengkaji intake cairan pasien dalam 24 jam, output cairan dalam 24 jam serta output urin. Pengkajian cairan juga dilihat dari hasil pemeriksaan fisik berupa nilai tekanan darah, JVP, adanya edema, asites, tanda dehidrasi. Pengkajian cairan dan elektrolit juga didapatkan dari hasil pemeriksaan laboratorium dan gambaran EKG. Hasil laboratorium juga dapat dilihat berdasarkan nilai ureum, kreatinin, natrium, kalium, kalsium, fosfor, klorida. Dari gambaran EKG juga dapat dilihat manifestasi

gangguan elektrolit seperti hiperkalemia/hpokalemia, hipokalsium/hiperkalsium.

- e. Pengkajian nutrisi. Pengkajian nutrisi meliputi pengkajian antropometri, nilai biokimia terkait status nutrisi, tanda-tanda klinis adanya masalah nutrisi serta kebutuhan nutrisi pasien. Pada pengkajian antropometri perlu dikaji tinggi badan, berat badan pasien dan lingkar lengan atas. Bila pasien mengalami edema maka perlu diketahui berat badan kering atau sebenarnya pada pasien agar perhitungan kebutuhan nutrisi dapat ditentukan dengan tepat. Nilai biokimia terkait nutrisi meliputi nilai hemoglobin, protein total dan nilai albumin. Pada pengkajian nutrisi juga perlu dikaji kebiasaan makan pasien, adanya keluhan mual, adanya muntah, makanan yang disukai dan tidak disukai pasien. Pada tanda-tanda klinis adanya masalah nutrisi dapat dilihat dari konjungtiva, turgor kulit, bising usus.
- f. Pengkajian eliminasi. Pengkajian eliminasi mencakup pengkajian buang air kecil dan buang air besar. Pengkajian terkait buang air kecil meliputi pola BAK, karakteristik urin yang keluar, produksi urin yang keluar, hasil pemeriksaan laboratorium protein urin, nilai ureum dan kreatinin yang menggambarkan laju filtrasi glomerulus. Pengkajian buang air besar meliputi frekuensi BAB, konsistensi BAB, apakah ada melena, adanya keluhan konstipasi serta frekuensi bising usus.
- g. Pengkajian aktivitas dan istirahat. Pengkajian aktivitas istirahat meliputi penilaian tingkat kesadaran dan GCS, kemampuan mobilisasi dan beraktivitas, adanya gangguan tidur. Pengkajian juga dilakukan untuk mengetahui pola aktivitas dan istirahat pasien sebelum sakit.
- h. Pengkajian perlindungan dan kenyamanan. Pengkajian ini meliputi adanya keluhan nyeri

pada pasien, adanya infeksi serta kondisi kulit pasien.

- i. Pengkajian diri dan interaksi sosial. Pengkajian meliputi adanya kecemasan, stress, depresi pada pasien, penerimaan terhadap kondisi penyakit, dukungan dari keluarga dan lingkungan sosial serta tingkat ketergantungan pasien terhadap orang lain.
- j. Pengkajian terhadap resiko yang mengancam hidup. Pengkajian ini meliputi adanya resiko cedera dan jatuh pada pasien.
- k. Pengkajian kebutuhan pengembangan perawatan diri.
- l. Pengkajian meliputi kemampuan pasien dalam mempertahankan kondisi yang meningkatkan pencegahan komplikasi lanjut dari penyakitnya serta kemampuan pasien dalam mengatasi gejala yang dirasakan akibat penyakitnya. Misalnya kemampuan pasien dalam melakukan perawatan kulit untuk mencegah kulit kering, kemampuan pasien mengelola aktivitas untuk mencegah kelelahan, kemampuan pasien untuk melawan penurunan nafsu makan karena adanya mual.
- m. Pengkajian kebutuhan perawatan diri dari gangguan kesehatan
- n. Pengkajian kebutuhan perawatan diri dari adanya komplikasi lain penyerta pada pasien meliputi kemampuan pasien dalam menjalani perawatan dan pengobatan, kepatuhan dalam memajemen diet dan cairan, kepatuhan menjalani terapi pengobatan. Kebutuhan perawatan diri pada pasien berkaitan dengan pencegahan gangguan kesehatan atau komplikasi lanjut dari penyakit seperti adanya edema, sindroma uremik, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit hingga penurunan kesadaran.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat disesuaikan dengan pengkajian yang didapatkan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan diberikan berdasarkan diagnosa dan tujuan keperawatan yang ingin dicapai. Tujuan keperawatan berdasarkan teori *Self Care* Orem adalah untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri. Intervensi keperawatan dengan menggunakan pendekatan teori *Self Care* Orem mendorong pasien sebagai individu yang melakukan perawatan diri (*self care agent*). Pola perawatan diri yang dapat dilakukan pasien meliputi bantuan sepenuhnya (*wholly compensatory*), bantuan sebagian (*partially compensatory*) atau dorongan dan edukasi (*education nursing system*).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari intervensi keperawatan. Poin implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan aktivitas keperawatan yang disusun. Dalam implementasi keperawatan dengan menggunakan teori *Self Care* Orem diperlukan keterlibatan pasien, keluarga serta perawat dalam perawatan pasien. Pelaksanaan implementasi juga didasarkan pada kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri dan melakukan perawatan dirinya, jika pasien tidak mampu maka implementasi dilakukan dengan bantuan perawat ataupun perawat mengajarkan keluarga untuk membantu pasien.

5. Evaluasi

Berdasarkan teori *Self Care* Orem, pasien memerlukan kemandirian untuk melakukan perawatan diri terkait masalah kesehatannya sehingga proses evaluasi keperawatan difokuskan pada kemampuan pasien untuk mempertahankan kemampuan dan kebutuhan perawatan dirinya, kemampuan pasien mengatasi defisit perawatan

dirinya dan sejauh mana kemampuan pasien dan keluarga untuk melakukan perawatan diri. Evaluasi dinilai berdasarkan kemampuan pasien, keterlibatan keluarga serta perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan terkait kebutuhan dan kemampuan perawatan diri pasien.

Daftar Pustaka

- Aligood, Martha R & Tomey, Marriner A,. (2010). Nursing Theorists and Their Work 7th ed. St.Louis : Mosby Inc, USA
- Barbara. (1994). Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation Fourth Edition. J.B. Lippincott Company: Philadelphia
- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (2nd ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Master, K. (2012). Nursing theories: A framework for professional practice. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.
- Orem, D. E., (1985). Nursing : Concept of practice. (3rd Ed.). New York : McGraw-Hill.
- Orem, D. E., (2001). Nursing : Concept of practice. (6th Ed.). St. Louis : Mosby Inc.
- Sitzman, K.L., & Eichelberger, L.W. (2011). Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning (2nd ed). Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher.

Profil Penulis



Ns. Ria Desnita, M.Kep, Sp.Kep.MB,

lahir di Tungkar, Kabupaten 50 Kota, Sumatera Barat pada tanggal 18 Desember 1988. Lulus S1 Keperawatan dan Profesi Ners dari Fakultas Keperawatan Universitas Andalas (2012) dan menyelesaikan Program Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada tahun 2017 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis memulai karir sebagai dosen sejak Desember 2012 di Prodi S1 Keperawatan STIKes MERCUBAKTIJAYA PADANG hingga sekarang (2012 – sekarang). Penulis mengajar mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah dan juga membimbing praktek profesi Keperawatan Medikal Bedah. Penulis aktif mengikuti kegiatan seminar dan pelatihan keperawatan, penelitian dan pengabdian masyarakat dengan fokus Keperawatan Medikal Bedah. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat penulis sudah dipublikasikan di jurnal nasional dan internasional.

Email: ria.desnita18@gmail.com

MODEL KONSEPTUAL IMOGENE M. KING: KERANGKA KERJA SISTEM INTERAKSI

Kornelis Nama Beni, S. Kep., Ns., M. Kep

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maranatha Kupang

Pendahuluan

Perkembangan keperawatan di Indonesia tidak terlepas dari pengaruh perkembangan keperawatan secara global. Dengan jelas dapat diamati bahwa secara berkelanjutan keperawatan di Indonesia mengalami perkembangan yang pesat, baik dibidang pendidikan maupun di tatanan praktek keperawatan. Pada masa lalu keperawatan dilakukan lebih berdasarkan intuisi dan tradisi sehingga keperawatan dianggap hanya sebagai kiat tanpa komponen ilmiah dan landasan keilmuan yang kokoh. Salah satu komponen penting pengembangan disiplin keperawatan adalah riset keperawatan, karena riset keperawatan sangat diperlukan untuk menyelesaikan masalah keperawatan dan mengembangkan atau memvalidasi teori yang sangat dibutuhkan sebagai landasan dalam praktek keperawatan serta pengembangan tubuh ilmu pengetahuan keperawatan.

Imogene M. King mengawali teori ini melalui studi literatur dalam keperawatan, ilmu-ilmu perilaku terapan, diskusi dengan beberapa teman sejawat dan menghadiri beberapa konferensi serta alasan-alasan

induktif dan deduktif dari beberapa pemikiran-pemikiran kritis. Dari informasi yang terkumpul tersebut, kemudian King memformulasikan kedalam suatu kerangka kerja konseptual pada tahun 1971. King mengidentifikasi kerangka kerja konseptual sebagai sebuah kerangka kerja sistem terbuka, dan teori ini sebagai suatu pencapaian tujuan. King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya. Bahwa manusia seutuhnya sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi yang lain bahwa keperawatan berfokus pada interaksi manusia dengan lingkungannya dan tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu dan kelompok dalam memelihara kesehatannya. Kerangka kerja konseptual terdiri dari tiga sistem interaksi yang dikenal dengan *Dynamic Interacting Systems*, meliputi: *Personal systems* (individuals), *interpersonal systems* (groups) dan *social systems* (keluarga, sekolah, industri, organisasi sosial dan sistem pelayanan kesehatan). Dalam tulisan ini mencoba untuk menyajikan hasil analisa *Theory of Goal Attainment* yang diperkenalkan oleh Imogene M. King. King memperkenalkan sebuah teori keperawatan pada tahun 1971 yang terkait suatu model konseptual yang saling berinteraksi yang terdiri atas tiga sistem (King, 1981 dalam Christensen J. P, 2009).

Teori Imogene M. King

1. Teori pencapaian tujuan imogene m. King

Konsep yang terkait dengan sistem personal adalah mereka yang memiliki interaksi ataupun berinteraksi dengan individu/seorang sedangkan konsep yang terkait dengan sistem interpersonal adalah mereka yang memiliki interaksi atau berinteraksi dengan beberapa orang/ lebih dari satu orang. Adapun konsep yang berkaitan dengan sistem sosial adalah mereka yang memiliki pengetahuan yang lebih yang dimiliki oleh perawat, tujuannya agar dapat lebih berperan dengan lingkungan yang memiliki

sistem yang lebih besar (King dalam Tomey & Alligood, 2006). Pada sistem interpersonal, perawat bersama pasien akan melakukan interaksi hanya dalam suatu area (*space*). Dalam pendapatnya Dr. King mengatakan bahwa untuk mencapai suatu tujuan keperawatan pemahaman intensitas dari interpersonal sangat menentukan pencapaian tersebut. Di bawah ini beberapa teori yang dipaparkan oleh Imogene King:

- a. Sistem personal merupakan individu yang dapat melakukan interaksi dan mampu menyerap suatu informasi dari lingkungannya yang dilihat sebagai sistem terbuka. Sedangkan pengertian dari individu yaitu seseorang yang merupakan anggota masyarakat, berfikir rasional, memiliki rasa, mampu dalam berinteraksi, memiliki kontrol diri, mempunyai hak dan memiliki respon terkait hal-hal yang terjadi serta berorientasi dengan waktu dan tindakan. Adapun pemahaman yang singkat terkait sistem personal yakni: persepsi, kontrol diri, gambaran diri, jarak dan waktu, serta tumbuh kembang.
- b. Sistem interpersonal merupakan interaksi yang dilakukan dua orang atau lebih dalam suatu grup dalam interaksi ini lebih ditekankan tentang konsep peran interaksi, komunikasi, transaksi, stress dan coping.
- c. Sistem sosial adalah sebuah sistem yang dinamis yang bertujuan agar keselamatan lingkungan tetap terjaga. Dalam Sistem ini, interaksi, persepsi dan kesehatan merupakan hal yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat. Tujuan dari sistem sosial yaitu agar organisasi kesehatan lebih dapat memahami konsep organisasi, kekuatan, wewenang serta dapat mempertimbangkan dalam pengambilan sebuah keputusan.

2. Asumsi-asumsi utama Imogene M. King

Imogene M. King mengasumsikan model konsep dan teori keperawatan secara eksplisit maupun implisit:

a. Asumsi Eksplisit:

- 1) Fokus sentral dari keperawatan adalah interaksi dari manusia dan lingkungannya, dengan tujuan untuk kesehatan manusia.
- 2) Individu adalah sosial, rasional, reaksi, penerimaan, kontrol, berorientasi pada kegiatan waktu.
- 3) Proses interaksi dipengaruhi oleh persepsi, tujuan, kebutuhan, dan nilai klien serta perawat.
- 4) Manusia sebagai pasien mempunyai hak untuk mendapatkan informasi, berpartisipasi dalam membuat keputusan yang mempengaruhi kehidupannya, kesehatan, dan pelayanan komunitas dan menerima atau menolak keperawatan.
- 5) Tanggung jawab dari anggota tim kesehatan adalah memberikan informasi kepada individu tentang semua aspek kesehatan untuk membantu mereka membuat atau mengambil keputusan.
- 6) Tujuan dari memberi pelayanan kesehatan dan menerima pelayanan mungkin tidak sama.

b. Asumsi Implisit

- 1) Pasien ingin berpartisipasi secara aktif dalam proses keperawatan.
- 2) Pasien sadar, aktif, dan secara kognitif mampu berpartisipasi dalam pembuatan atau pengambilan keputusan.
- 3) Individu mempunyai hak untuk mengetahui tentang dirinya sendiri.

- 4) Individu mempunyai hak untuk menerima atau menolak pelayanan kesehatan

3. Teori Imogene King Dan Metaparadigma

King dalam (Alligood, Martha Raile, 2017) memperkenalkan beberapa asumsi sebagai dasar konseptualnya yaitu:

a. Keperawatan

Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi yang ditemukan dalam system perawatan kesehatan masyarakat. Tujuan keperawatan adalah menolong individu mempertahankan kesehatannya sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Keperawatan dipandang sebagai proses interpersonal aksi, reaksi, interaksi dan transaksi sehingga model keperawatan King dikenal sebagai *An Interaction Model*.

b. Individu

Asumsi spesifik King mengenai individu adalah individu sebagai makhluk sosial, individu sebagai makhluk berakal, individu sebagai makhluk rasional, individu sebagai makhluk perasa, individu sebagai makhluk pengontrol, individu sebagai makhluk yang bertujuan, individu sebagai makhluk berorientasi tindakan, dan individu sebagai makhluk berorientasi waktu. Menurut King, individu mempunyai hak untuk mengetahui berbagai hal menyangkut dirinya, hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka, serta hak untuk menerima atau menolak perawatan kesehatan.

c. Kesehatan

Kesehatan dipandang sebagai bagian dinamis dalam lingkaran kehidupan, sedangkan penyakit merupakan bagian dalam lingkaran kehidupan tersebut. Kesehatan memengaruhi upaya

adaptasi yang terus-menerus terhadap kondisi stress, baik internal maupun eksternal, melalui pemanfaatan optimum sumber daya manusia guna meraih potensi maksimal bagi kehidupan keseharian.

d. Lingkungan

King menyatakan bahwa pemahaman mengenai tata cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan merupakan inti bagi perawat. Sistem terbuka berimplikasi pada terciptanya interaksi antara system dan lingkungan yang memengaruhi perubahan lingkungan secara konstan.

4. Konsep interaksi imogene m. King

Kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya atau human being merupakan individu yang akan selalu melakukan interaksi dengan lingkungannya yang disebut sebagai sebuah sistem terbuka merupakan dasar pemikiran yang dipaparkan oleh King. Dalam asumsinya terkait manusia seutuhnya akan selalu berpatokan pada kontrol, sosial, tujuan, perasaan, reaksi, orientasi pada waktu dan orientasi pada kegiatan. Dari pernyataannya terkait human being, King telah memberikan asumsi yang lebih spesifik terkait hubungan interaksi perawat dan pasien, di antaranya:

- a. Pemahaman dari perawat serta pasien akan mempengaruhi dalam proses interaksi.
- b. Proses interaksi juga dapat dipengaruhi dari tujuan, kebutuhan-kebutuhan serta nilai yang dimiliki oleh perawat dan pasien
- c. Seorang individu berhak memahami diri sendiri
- d. Seorang pasien berhak terlibat dalam pengambilan keputusan

- e. Tenaga kesehatan bertanggung jawab jika memberikan informasi pasien kepada tenaga kesehatan lainnya (pertukaran informasi)
- f. Seorang pasien berhak menerima ataupun menolak untuk dilakukannya perawatan.
- g. Tujuan dapat berbeda antara tenaga kesehatan dan penerima layanan kesehatan (Christensen J.P,2009),

5. Model Konsep Imogene King

King memahami model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan system terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan, sehingga King mengemukakan dalam model konsep interaksi. Dalam mencapai hubungan interaksi, King mengemukakan konsep kerjanya yang meliputi (King dalam Rofii, M, 2021):

a. Sistem Personal

Menurut King setiap individu adalah sistem personal (sistem terbuka). Untuk sistem personal konsep yang relevan adalah persepsi (*perception*), diri (*self*), pertumbuhan dan perkembangan (*growth and development*), citra diri (*body image*), ruang (*space*), dan waktu (*time*).

1) Persepsi (*perception*)

Persepsi adalah gambaran seseorang tentang objek, orang dan kejadian-kejadian. Persepsi berbeda dari satu orang ke orang lain dan hal ini tergantung dengan pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan dan status emosi. Karakteristik persepsi adalah universal atau dialami oleh semua, selektif untuk semua orang, dan subjektif atau personal.

2) Diri (*self*)

Diri adalah bagian dalam diri seseorang yang berisi bendabenda dan orang lain. Diri

adalah individu atau bila seseorang berkata “AKU”. Karakteristik diri adalah individu yang dinamis, sistem terbuka dan orientasi pada tujuan.

3) Pertumbuhan dan perkembangan (*growth and development*)

Tumbuh kembang meliputi perubahan sel, molekul dan perilaku manusia. Perubahan ini biasanya terjadi dengan cara yang tertib, dan dapat diprediksikan walaupun individu itu bervariasi, dan sumbangan fungsi genetik, pengalaman yang berarti dan memuaskan. Tumbuh kembang dapat didefinisikan sebagai proses diseluruh kehidupan seseorang dimana dia bergerak dari potensial untuk mencapai aktualisasi diri.

4) Citra diri (*body image*)

King mendefinisikan citra diri sebagai cara bagaimana orang merasakan tubuhnya dan reaksi-reaksi lain untuk penampilannya.

5) Ruang (*space*)

Ruang adalah universal sebab semua orang punya konsep ruang, personal atau subjektif, individual, situasional, dan tergantung dengan hubungannya dengan situasi, jarak dan waktu, transaksional, atau berdasarkan pada persepsi individu terhadap situasi. Definisi secara operasional, ruang meliputi ruang yang ada untuk semua arah, didefinisikan sebagai area fisik yang disebut territory dan perilaku orang yang menempatinya.

6) Waktu (*time*)

King mendefinisikan waktu sebagai lama antara satu kejadian dengan kejadian yang lain, merupakan pengalaman unik setiap orang

b. Sistem Interpersonal

King mengemukakan sistem interpersonal terbentuk oleh interaksi antar manusia. Interaksi antar dua orang disebut Dyad, tiga orang disebut Triad, dan empat orang disebut Group. Konsep yang relevan dengan sistem interpersonal adalah interaksi, komunikasi, transaksi, peran dan stres.

1) Interaksi

Interaksi didefinisikan sebagai tingkah laku yang dapat diobservasi oleh dua orang atau lebih di dalam hubungan timbal balik.

2) Komunikasi

King mendefinisikan komunikasi sebagai proses dimana informasi yang diberikan dari satu orang ke orang lain baik langsung maupun tidak langsung, misalnya melalui telepon, televisi atau tulisan. Ciri-ciri komunikasi adalah verbal, non verbal, situasional, perceptual, transaksional, tidak dapat diubah, bergerak maju dalam waktu, personal, dan dinamis. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis dalam menyampaikan ide-ide satu orang ke orang lain. Aspek perilaku nonverbal yang sangat penting adalah sentuhan. Aspek lain dari perilaku adalah jarak, postur, ekspresi wajah, penampilan fisik dan gerakan tubuh.

3) Transaksi

Ciri-ciri transaksi adalah unik, karena setiap individu mempunyai realitas personal berdasarkan persepsi mereka. Dimensi temporal-spatial, mereka mempunyai pengalaman atau rangkaian-rangkaian kejadian dalam waktu.

4) Peran

Peran melibatkan sesuatu yang timbal balik dimana seseorang pada suatu saat sebagai pemberi dan disaat yang lain sebagai penerima. Ada 3 elemen utama peran yaitu, peran berisi perilaku yang di harapkan pada orang yang menduduki posisi di sistem sosial, prosedur atau aturan yang ditentukan oleh hak dan kewajiban yang berhubungan dengan prosedur atau organisasi, dan hubungan antara 2 orang atau lebih berinteraksi untuk tujuan pada situasi khusus.

5) Stress

Definisi stress menurut King adalah suatu keadaan yang dinamis dimanapun manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stressor. Stress adalah suatu yang dinamis sehubungan dengan sistem terbuka yang terus-menerus terjadi pertukaran dengan lingkungan, intensitasnya bervariasi, ada dimensi yang temporal-spatial yang dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, individual, personal, dan subjektif.

c. Sistem Sosial

King mendefinisikan sistem sosial sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan. Konsep yang relevan dengan sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status dan pengambilan keputusan.

1) Organisasi

Organisasi bercirikan struktur posisi yang berurutan dan aktifitas yang berhubungan dengan pengaturan formal dan informal seseorang dan kelompok untuk mencapai tujuan personal atau organisasi.

2) Otoritas

King mendefinisikan otoritas atau wewenang, bahwa wewenang itu aktif, proses transaksi yang timbal balik dimana latar belakang, persepsi, nilai-nilai dari pemegang mempengaruhi definisi, validasi dan penerimaan posisi di dalam organisasi serta berhubungan dengan wewenang.

3) Kekuasaan

Kekuasaan adalah universal, situasional, atau bukan sumbangan personal, esensial dalam organisasi, dibatasi oleh sumber-sumber dalam suatu situasi, dinamis dan orientasi pada tujuan.

4) Pembuatan Keputusan

Pembuatan atau pengambilan keputusan bercirikan untuk mengatur setiap kehidupan dan pekerjaan, orang, universal, individual, personal, subjektif, situasional, proses yang terus menerus, dan berorientasi pada tujuan

5) Status

Status bercirikan situasional, posisi ketergantungan, dan dapat diubah. King mendefinisikan status sebagai posisi seseorang didalam kelompok atau kelompok dalam hubungannya dengan kelompok lain di dalam organisasi dan mengenali bahwa status berhubungan dengan hak-hak istimewa, tugas-tugas, dan kewajiban.

Ketiga sistem tersebut membentuk hubungan personal antara perawat dan pasien/klien. Hubungan perawat dan pasien/klien merupakan sarana dalam pemberian asuhan keperawatan, di mana proses interpersonal dinamis yang ditampilkan oleh perawat dan pasien/klien dipengaruhi oleh perilaku satu dengan yang lain, demikian juga oleh sistem asuhan kesehatan yang berlaku. Tujuan perawat adalah memanfaatkan komunikasi untuk membantu pasien/klien dalam menciptakan dan mempertahankan adaptasi positif terhadap lingkungan. Manusia sebagai makhluk yang berorientasi terhadap

waktu tidak lepas dari masa lalu dan sekarang yang dapat mempengaruhi masa yang akan datang dan sebagai makhluk sosial manusia akan hidup bersama dengan orang lain yang akan berinteraksi satu dengan yang lain.

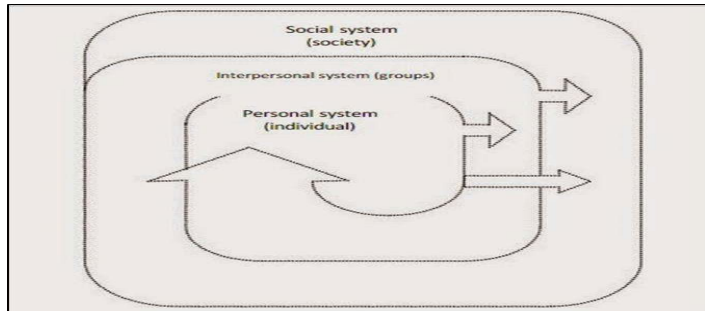
Berdasarkan hal tersebut, maka manusia memiliki 3 kebutuhan dasar yaitu :

1. Kebutuhan informasi kesehatan yang tidak mampu pada saat diperlukan dan dapat digunakan.
2. Kebutuhan untuk perawatan yang bertujuan untuk mencegah penyakit.
3. Kebutuhan untuk perawatan ketika manusia tidak dapat membantu/merawat diri mereka sendiri.

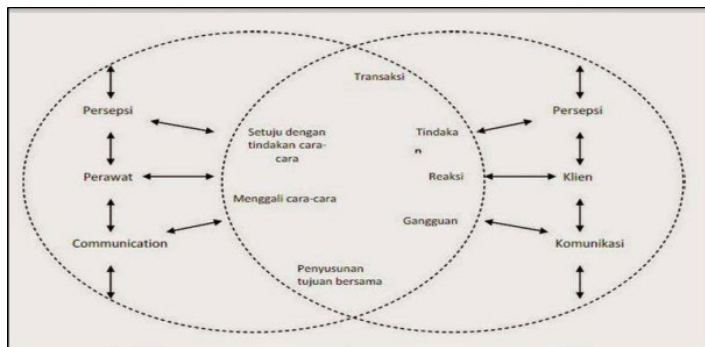
Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, King mengemukakan pendekatan teori yang terdiri dari komponen berikut ini:

- a. Reaksi adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat dari adanya aksi dan merupakan respon dari individu.
- b. Interaksi merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan klien yang terwujud dalam komunikasi.
- c. Transaksi merupakan kondisi dimana antara perawat dengan klien terjadi suatu persetujuan -

dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan (Murwani A, 2009).



Gambar 8.1 Bentuk Interaksi system yang dinamis (Alligood, Martha Raile, 2017)



Gambar 8.2 Skema Teori Pencapaian Tujuan oleh King dari King, 1981, dalam Christensen, P. J, 2009)

Penerapan Teori King dalam Keperawatan Aplikasi Teori Imogene King dalam Asuhan Keperawatan

Menurut King, pengumpulan data klien yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, suku, obat-obatan, status sosial dan riwayat diet. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam empat tahap kegiatan, yang meliputi : pengumpulan data, analisa data, sistematika data dan penentuan masalah. Adapula yang menambahkannya dengan kegiatan dokumentasi data (meskipun setiap langkah dari proses keperawatan harus selalu didokumentasikan juga). Dalam kasus ini ditahap pengkajian telah dilakukan wawancara dan observasi

kepada klien dimana didapatkan informasi tentang nama klien, umur, suku serta pendidikan terakhir.. Semua data yang didapat ini merupakan gaya hidup yang tidak sehat, yang dapat menyebabkan infeksi TB Paru dalam tubuh meningkat. Dalam tahap ini klien telah memberikan informasi dalam pengumpulan data serta klien sudah mengetahui tujuan dari pengkajian yang dilakukan.

Menurut King, dalam tahap perumusan diagnosa didapatnya diagnosa keperawatan berdasarkan keputusan bersama antara perawat dan klien untuk mencapai tujuannya. Dimana dalam hal ini tujuannya yaitu untuk menghilangkan batuk berdahak pada penyakit TB Paru. Setelah didapatkan data dan informasi tentang keadaan kesehatan klien, maka didapatkanlah diagnosa keperawatan yaitu : “Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas.

Menurut King intervensi yang dilakukan harus sesuai dengan keputusan bersama klien, dimana intervensi dilakukan untuk mencapai tujuan yaitu menghilangkan batuk berdahak pada TB Paru. Rencana asuhan keperawatan seperti mengajarkan untuk batuk efektif, menganjurkan untuk selalu minum air hangat kukuh di pagi hari dan menganjurkan untuk minum obat yang teratur sesuai jadwalnya serta mengajari untuk tidak meludah/membuang dahak tidak pada tempatnya yang telah disediakan. Intervensi yang diberikan adalah memberikan pendidikan yang mendukung untuk mengatasi batuk berdahak dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit TB Paru.

Menurut King, setelah disusun perencanaan yang telah disepakati oleh klien dan perawat, maka implementasi dapat dilakukan dari rencana tersebut. Implementasi dapat dilakukan dengan baik dimana telah direncanakan bersama-sama, maka didapatkan pula hasil yang baik, hal ini disebabkan adanya perencanaan yang matang serta adanya kesepakatan bersama dalam pelaksanaan kegiatan. Menurut teori King dijelaskan bahwa dalam melakukan suatu tindakan perlu adanya perumusan strategi dan berdasarkan keputusan bersama untuk

kegiatan serta bagaimana agar tindakan yang kita lakukan mencapai suatu tujuan. Strategi yang digunakan yaitu pendidikan kesehatan, memberikan informasi tentang makanan pantangan untuk penyakit TB Paru dan terapi untuk mengatasi batuk berdahak implementasi yang telah dilakukan untuk dignosa Ketidakefektifan kebersihan jalan nafas berhubungan dengan sekresi mucus yang kental, dianjurkan untuk batuk yang efektif, dianjurkan untuk minum air hangat kukuh di pagi hari dan dianjurkan untuk minum obat yang teratur sesuai jadwalnya serta pasien mampu untuk meludah / membuang dahak pada tempatnya yang telah disediakan. Menurut King adanya kerjasama dari klien maka mahasiswa dapat melakukan implementasi yang sebelumnya telah direncanakan, sehingga kegiatan yang dilakukan mahasiswa dapat diterima klien (Milya, H, 2017)

Aplikasi Teori Imogene King dalam Praktik Keperawatan

Teori King berfokus pada interaksi perawat - klien dengan pendekatan sistem. Kekuatan pada model ini adalah partisipasi klien dalam menentukan tujuan yang akan dicapai, mengambil keputusan, dan interaksi dalam menerima tujuan dari klien. Teori ini sangat penting pada kolaborasi antara tenaga kesehatan professional. Teori ini juga dapat digunakan pada individu, keluarga, atau kelompok dengan penekanan pada psikologi, sosialkultural, dan konsep interpersonal. Beberapa contoh kasus yang menggunakan teori King dalam praktik klinik adalah (Meleis, 2007): 1. Klien lansia dengan kecelakaan perdarahan pada otak. 2. Klien dengan penyakit ginjal. 3. Caring dalam keluarga. 4. Penyelesaian masalah memfasilitasi pengembangan kesehatan lingkungan kerja. Teori dan model keperawatan King dapat diaplikasikan dalam pengkajian komunitas dengan agregat lansia yang mengacu pada tiga sistem, yaitu: 1) Input (masukan), Lansia dalam pengertian sebagai input dalam framework tersebut adalah terdiri dari 3 sistem, yaitu lansia sebagai sistem personal (individu),

lansia sebagai sistem interpersonal (kelompok kecil) dan lansia sebagai sistem sosial (kelompok besar, komunitas, organisasi). Beberapa faktor yang menjadi penyebab terjadinya TB paru pada lansia diantaranya yaitu lingkungan yang lembap dan padat serta kumuh, status gizi kurang sehingga imunitas tubuh menurun, pendidikan yang mengakibatkan persepsi tentang pencegahan dan pengobatan penyakit TB yang masih kurang serta jenis kelamin perempuan lebih beresiko mengalami TB paru.

Interaksi antar anggota keluarga yang didalamnya terdapat penderita TB paru juga sangat berpengaruh. Hal tersebut sesuai dengan teori King bahwa terdapat 9 fokus pemberian pemenuhan kebutuhan pada tiap manusia, yaitu interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, waktu dan ruang. 2) Proses, Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT (Obat Anti Tuberkulosis). Proses terbagi menjadi 3 yaitu: a) Pencegahan primer: Tujuannya adalah memberikan pengetahuan dan promosi kesehatan, serta mengubah persepsi masyarakat yang kurang tepat tentang pengobatan TB paru.

Meliputi : pemberian penyuluhan (health education) dan membentuk kader peduli penderita TB paru, modifikasi lingkungan lembap dan padat, b) Pencegahan sekunder: Prinsip dasarnya adalah deteksi dini penyakit dengan skrining dan pengobatan segera dengan memberikan pengobatan yang tepat, sehingga penderita dapat sembuh tepat waktu, c) Pencegahan tersier: tujuannya adalah mengurangi dan mencegah sequele dan disfungsi, mencegah serangan ulang, meringankan akibat penyakit dan memeperpanjang hidup. Dilakukan dengan kegiatan pembentukan Pengawas Menelan Obat (PMO) pada keluarga dan pembentukan perkumpulan atau komunitas lansia penderita TB Paru, 3) *Output* (Hasil) , Hasil yang diharapkan dalam

theory goal attainment King pada lansia dengan TB paru adalah : Kepatuhan berobat lansia penderita TB paru meningkat,tingkat kesembuhan penderita TB Paru bertambah, peningkatan pengetahuan, skill dan perilaku, terbentuk komunitas/ perkumpulan lansia penderita TB paru dan adanya dukungan keluarga, contohnya PMO.

Kelebihan Teori dan Model Keperawatan Imogene King

1. Teori King muncul dari adanya gabungan beberapa konsep literatur keperawatan dan diskusi dengan ahli keperawatan yang lain
2. Teori model keperawatan King dapat digunakan pada area klinik dan non klinik terutama pada aspek psikologis dan sosial. Teori King pernah digunakan dibeberapa bagian praktek keperawatan, yaitu di aplikasikan pada klien dewasa dengan masalah orthopedik.

Kekurangan Teori dan Model Keperawatan Imogene King

Teori ini tidak dapat diterapkan pada klien yang tidak mampu berinteraksi dengan perawat, seperti klien dalam kondisi penurunan kesadaran, bayi baru lahir, klien yang mengalami gangguan kejiwaan.

Sebelum perawat mengaplikasikan teori ini, perawat harus memahami terlebih dahulu dua asumsi dasar King yaitu *human being* dan *conceptual framework*.

Daftar Pustaka

- Alligood, Martha Raile. 2017. Pakar teori keperawatan dan karya mereka. Jakarta: ELSEVIER
- Christensen, Paula J. 2009. Nursing Process: Application of Conceptual Models, 4th ed. Mosby-Year Book, Inc: St. Louis.
- King, I. M. 1981. A theory of nursing Sistem, Concepts, Process. New York: John Wiley and Sons
- Meleis, A.I., 2007. Theoretical Nursing: Development & Progress. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Milya, H, 2017. Aplikasi Teori Model Imogene King Tentang Motivasi Kesembuhan Dengan Kepatuhan Minum Obat Tb Paru Pada Tn. J Di Kelurahan Kandang. Journal of Nursing and Public Health, Volume 5 No. 2.
- Murwani, Arita. 2009. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Yogyakarta: Citramaya.
- Rofii, M. 2021. Teori Dan Falsafah Keperawatan Edisi 1, Semarang: FK Undip.
- Tomey, Alligood. 2006. Nursing Theorist and Their Work. Sixth edition. Toronto: The CV Mosby company St. Louis.

Profil Penulis



Kornelis Nama Beni, S. Kep., Ns., M. Kep

Penulis adalah Dosen Tetap di STIKes Maranatha Kupang dan sebagai Sekretaris Bidang Pelayanan Keperawatan di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang. Penulis Lahir di Pukaone pada tanggal 05 Oktober 1985. Penulis merupakan anak keempat dari lima bersaudara. Penulis memperoleh gelar S.Kep.,Ns dari Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2015. Gelar M. Kep (Magister Keperawatan) dari Universitas Airlangga Surabaya tahun 2020. Penulis memulai karier sebagai perawat di RSUD Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang tahun 2006 sampai sekarang, tahun 2016-2017 menjadi Kepala Ruangan dan sejak tahun 2020-sekarang menjadi Sekretaris Bidang Keperawatan. Penulis menjadi dosen tetap di STIKes Maranatha Kupang sejak tahun 2015-sekarang. Selain menjadi perawat dan dosen, penulis juga aktif di organisasi profesi PPNI sebagai Sekretaris DPD PPNI Kota Kupang. Ketertarikan penulis pada penulisan saat mulai bergabung dengan Media Sains Indonesia untuk menulis Book Chapter. Beberapa book chapter yang telah ditulis oleh penulis adalah Hukum Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan dan Manajemen Mutu Dalam Pelayanan Keperawatan.

Email Penulis: nbeni1432@gmail.com

MODEL KONSEPTUAL BETTY NEUMAN: KONSEP *HEALTH CARE SYSTEM*

Ns. Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo., S.Kep., M.Kes.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua

Pendahuluan

Pada tahun 1970 Dr. Betty Neuman merancang "alat pengajaran" untuk digunakan oleh mahasiswa pascasarjana. Dia mengembangkan dan mengkoordinasikan kursus yang diminta oleh mahasiswa pascasarjana keperawatan UCLA yang akan memberikan gambaran umum tentang isi kursus. Fakultas terpilih mempresentasikan kursus ikhtisar, yang membentuk program baru untuk pengajaran khusus klinis di berbagai bidang seperti keperawatan psikiatri dan gerontologis. Tujuan dari kursus ini adalah untuk membantu mahasiswa pascasarjana dalam membuat pilihan program spesialis perawat klinis yang tepat. Evaluasi mahasiswa selama 2 tahun menegaskan nilai "alat" untuk penyatuan mata kuliah dan integrasi konten kuliah fakultas. Ini juga memberikan perspektif komprehensif untuk melihat situasi klien secara keseluruhan. Dr. Neuman dan rekannya menerbitkan diagram berjudul "Pendekatan Pribadi Total terhadap Masalah Pasien," evaluasi kursus, dan hasilnya dalam Penelitian Keperawatan edisi musim semi tahun 1972. Sampai saat ini, diagram tersebut tetap tidak berubah tetapi sekarang dikenal sebagai "model sistem Neuman".

Karya awalnya menjelaskan kepada keperawatan pentingnya mengambil pandangan holistik klien melalui identifikasi lima variabel sistem klien dan pentingnya keterhubungannya dengan lingkungan.

Pekerjaan klinis perawat dapat menghasilkan kegembiraan pribadi dan kepuasan kerja dan juga dapat menyebabkan kelelahan. Ketahanan telah ditunjukkan sebagai sifat penting bagi mereka yang bekerja di bidang keperawatan karena stres yang terlibat. Model Sistem Neuman berkonsentrasi pada faktor stres yang dapat membahayakan kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Salah satu aspek unik dari profesi keperawatan adalah perawat memberikan dukungan kepada pasien melalui saat-saat paling intim dalam kerentanan dan rasa sakit, seperti prosedur pembedahan dan trauma, tragedi dan kelemahan, serta kehilangan pribadi dan fisik. Dalam semua ini, perawat memberikan dukungan fisik, emosional, dan psikologis untuk pasien mereka. Tugas-tugas tersebut memberikan tekanan dan ketegangan emosional dan fisik pada perawat yang dapat mempengaruhi kesehatan pribadi, kesejahteraan psikologis, dan hubungan interpersonal mereka (Hannoodee & Dhamoon, 2023).

Terdapat contoh berdasarkan filosofi dasar “hidup saling membantu” (Neuman, 1995), model Neuman adalah model holistik perspektif sistem yang berfokus pada jenis stresor itu dapat membahayakan kesehatan atau kesejahteraan seseorang mekanisme yang dapat mengurangi dampak stres sama sekali. Neuman mengembangkan model tersebut dengan keyakinan bahwa penyembuhan klien bisa terjadi diperkuat melalui intervensi keperawatan spesifik yang terfokus dalam menghilangkan atau mengurangi stres. Dari perspektif ini, terdapat tujuan keperawatan yaitu untuk mengurangi stresor (atau potensi terjadinya stressor) melalui penggunaan primer, sekunder, atau tersier, intervensi pencegahan yang berupaya mempertahankan, mencapai, atau mempertahankan tingkat kesehatan optimal bagi klien (S. B. Turner & a. S. D. Kaylor, 2015). Model Sistem Neuman dikembangkan untuk

menciptakan struktur yang menggambarkan klien keperawatan sebagai sistem yang kompleks, dalam pertukaran energi yang konstan dengan lingkungannya, yang terdiri dari beberapa bagian yang saling terkait. Ini telah banyak digunakan dalam praktik, pendidikan, penelitian, dan administrasi (Montano, 2021). O'Modelo de Neuman diterapkan di berbagai bidang, seperti program pendidikan, untuk mengarahkan praktik seseorang dengan gangguan kognitif dan keluarga yang membutuhkan terapi intensif (Wandekoken & de Siqueira, 2014). Model Neuman menciptakan pandangan holistik klien dalam kaitannya dengan kesehatan, lingkungan, dan disiplin keperawatan (Neuman & Fawcett, 2011). Betty Neuman menggambarkan Model Sistem Neuman sebagai "perspektif unik berbasis sistem terbuka yang memberikan fokus pemersatu untuk mendekati berbagai permasalahan. Sebuah sistem bertindak sebagai batasan untuk satu klien, grup, atau bahkan beberapa grup; itu juga dapat didefinisikan sebagai masalah sosial. Sistem klien dalam interaksi dengan lingkungan menggambarkan domain masalah keperawatan.

Betty Neuman – *Biography and Career*

Menurut Betty Neuman Penting untuk melihat pasien dari sudut pandang holistik. Seorang pasien bukan sekedar penyakit atau cedera yang sedang dirawat, namun seseorang secara keseluruhan. Faktanya, setiap aspek dari seorang pasien dapat berkontribusi pada cara pasien tersebut menangani pengobatan dan pemulihan, dan semua itu harus dipertimbangkan saat merawat pasien. Dalam teori keperawatan Betty Neuman, pasien dirawat dari perspektif holistik untuk memastikan mereka dirawat sebagai manusia dan bukan sekedar penyakit.

Merefleksikan pengembangan berkelanjutan model sistem Neuman (NSM) sejak dimulainya pada tahun 1970, Simposium Model Sistem Neuman Dua Tahunan ke-13 (Juni 2011) menampilkan presentasi mengenai inovasi dalam pendidikan, praktik, dan penelitian

berbasis NSM dari kedua pemula. dan para ahli. Pada simposium tersebut, Dr. Neuman dengan rendah hati mengungkapkan rasa terima kasihnya kepada semua pihak atas antusiasme mereka dalam menggunakan model tersebut dan menyatakan bahwa, meskipun ia menciptakan model tersebut, penggunaan inovatifnya oleh para pendidik, praktisi, dan penelitalah yang menjadi dasar keberhasilannya (Gigliotti, 2012).

1. Biography of Betty Neuman



Sumber Gambar <https://nurseslabs.com/betty-neuman-systems-model-nursing-theory/#h-nursing-career-of-betty-neuman>

Betty Neuman Lahir di Lowel, Ohio pada tahun 1924, Betty Neuman memperoleh diploma sebagai Perawat Terdaftar pada tahun 1947 dari Sekolah Keperawatan Rumah Sakit Rakyat di Akron, Ohio. Beliau melanjutkan untuk menyelesaikan gelar Bachelor of Science in Nursing pada tahun 1957 dan Master of Science in Mental Health, keduanya dari University of California-Los Angeles pada tahun 1966. Ia juga memperoleh gelar Ph.D. dalam psikologi klinis dari Pacific Western University pada tahun 1985. Pada tahun 1992, Neuman dianugerahi gelar Doktor Kehormatan Sastra di Neumann College di Aston, Pennsylvania. Akhirnya, pada tahun 1998, Grand Valley State University di Michigan memberinya gelar Honorary Doctor of Science.

2. *Career of Betty Neuman*

Setelah mendapatkan gelar Master, Neuman mulai bekerja sebagai perawat. Secara khusus, dia adalah pelopor dalam keterlibatan keperawatan dalam kesehatan mental komunitas. Saat dia mengembangkan model sistemnya, dia bekerja sebagai dosen di Universitas California-Los Angeles di bidang keperawatan kesehatan komunitas. Karena pekerjaannya di bidang keperawatan, Neuman dinobatkan sebagai Anggota Kehormatan Fellowship of American Academy of Nursing. Buku pertama Betty Neuman, *The Neuman Systems Model*, diterbitkan pada tahun 1982. Buku tersebut mencakup format proses keperawatan dan rencana perawatan, dan merupakan pendekatan total terhadap perawatan klien. Edisi terbaru diterbitkan pada tahun 1989, 1995, 2002, dan 2010. Setelah modelnya dipublikasikan, Neuman menghabiskan waktunya mendidik perawat dan profesor tentang model tersebut melalui pekerjaannya sebagai penulis dan pembicara

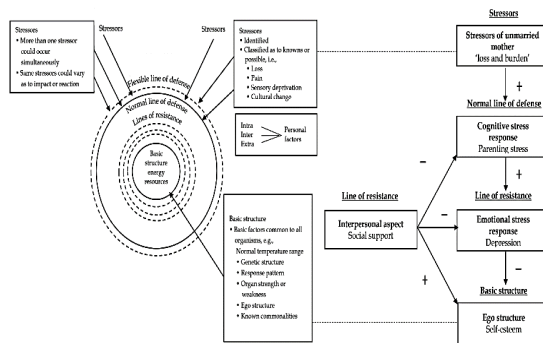
Konsep Teori dan Model Betty Neuman dalam Praktik Keperawatan

1. Teori dan model betty neuman dalam praktik keperawatan

Model konseptual yang dikemukakan oleh Betty Neuman merupakan model konseptual sistem pelayanan kesehatan, model konseptual yang menggambarkan praktik keperawatan yang menekankan pengurangan stres dengan memperkuat pertahanan yang fleksibel atau normal atau tangguh dengan tujuan pelayanan masyarakat. Teori keperawatan Betty Neuman berjudul *Systems Model Theory* didasarkan pada stres dan reaksi terhadap faktor stresor. Dalam teori ini, keluarga dipandang sebagai suatu sistem terbuka yang berupaya menjaga keseimbangan antara berbagai faktor lingkungan, dengan tujuan yang lebih besar untuk menjaga stabilitas melalui penyelidikan dampak

invasi stresor, membantu sistem untuk melakukan penyesuaian yang diperlukan. untuk kesejahteraan optima. Bagi Betty Neuman, sistem mempunyai garis pertahanan terhadap faktor pemicu stres: garis pertahanan normal, yang menjaga individu dalam keadaan sejahtera atau stabil; dan garis pertahanan yang fleksibel, yang merupakan sistem dinamis, fleksibilitas ada sehingga seseorang dapat beradaptasi terhadap pemicu stres, bertindak sebagai penyangga dan filter, ketika lingkungan menawarkan dukungan. Penting untuk memahami hambatan perlindungan dari sistem ini untuk memperkuat hambatan tersebut dalam upaya mencapai stabilitas kesehatan individu (Lima, Monteiro, Coriolano, Linhares, & Cavalcanti, 2020).

Model sistem Neuman didasarkan pada model seseorang hubungan dan respon terhadap stres. Tiga kuncinya konsep dalam teori Neuman meliputi stres, homeostasis.(Akhlaghi, Babaei, & Abolhassani, 2020).



Gambar 1-A.
Neuman's systems model (Neuman, 2011).

Gambar 1-B.
Structure of the relationships among stress-related variables in unmarried mothers (Kim et al., 2020)

2. Konsep Utama Model Sistem Neuman

Bagian ini akan mendefinisikan metaparadigma keperawatan dan konsep utama dalam Model Sistem Neuman Betty Neuman (Nurseslabs, 2023).

a. Manusia

Manusia merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan kekuatan lingkungan internal dan eksternal atau pemicu stres. Manusia terus berubah, bergerak menuju keadaan dinamis dengan stabilitas sistem atau penyakit dengan derajat yang berbeda-beda.

b. Lingkungan

Lingkungan hidup merupakan arena vital yang erat dengan sistem dan fungsinya. Lingkungan dapat dipandang sebagai semua faktor yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh sistem. Dalam Model Sistem Neuman mengidentifikasi tiga lingkungan yang relevan: (1) internal, (2) eksternal, dan (3) diciptakan.

- 1) Lingkungan internal ada dalam sistem klien. Semua kekuatan dan pengaruh interaktif yang hanya berada dalam batas-batas sistem klien membentuk lingkungan ini.
- 2) Lingkungan eksternal ada di luar sistem klien.
- 3) Lingkungan yang diciptakan secara tidak sadar dikembangkan dan digunakan oleh klien untuk mendukung coping protektif.

c. Kesehatan

Dalam teori keperawatan Neuman, Kesehatan didefinisikan sebagai kondisi atau tingkat stabilitas sistem dan dipandang sebagai suatu kontinum dari kesehatan ke penyakit. Ketika kebutuhan sistem terpenuhi, kesehatan yang optimal akan terwujud. Ketika kebutuhan tidak terpenuhi, penyakit muncul. Ketika energi yang

dibutuhkan untuk menunjang kehidupan tidak tersedia, kematian pun terjadi.

d. Perawatan

Perhatian utama keperawatan adalah menentukan tindakan yang tepat dalam situasi yang berhubungan dengan stres atau mengenai kemungkinan reaksi klien atau sistem klien terhadap stresor. Intervensi keperawatan bertujuan untuk membantu sistem beradaptasi atau menyesuaikan dan mempertahankan, memulihkan, atau mempertahankan beberapa tingkat stabilitas antara variabel sistem klien dan stresor lingkungan, dengan fokus pada konservasi energi.

e. Sistem terbuka

Suatu sistem yang di dalamnya terdapat aliran masukan dan proses, keluaran dan umpan balik yang berkesinambungan. Ini adalah sistem kompleksitas yang terorganisir, di mana semua elemen berinteraksi.

f. Ketat Dasar dan Sumber Daya Energi

Struktur dasar, atau inti pusat, terdiri dari faktor-faktor dasar kelangsungan hidup yang umum pada suatu spesies. Faktor-faktor ini meliputi variabel sistem, ciri-ciri genetik, serta kekuatan dan kelemahan bagian-bagian sistem.

g. Variabel Klien

Neuman memandang klien individu secara holistik dan mempertimbangkan variabel secara simultan dan komprehensif

- 1) Variabel fisiologis mengacu pada struktur dan fungsi tubuh.
- 2) Variabel psikologis mengacu pada proses mental dan hubungan.

- 3) Variabel sosio kultural mengacu pada fungsi sistem yang berhubungan dengan harapan dan aktivitas sosial dan budaya.
- 4) Variabel perkembangan mengacu pada proses-proses yang berkaitan dengan perkembangan sepanjang umur.
- 5) Variabel spiritual mengacu pada pengaruh keyakinan spiritual.

Semua variabel tersebut ada dan berkaitan dengan struktur dasar (sifat genetik, kekuatan/kelemahan sistem tubuh) dan sumber energi (kemampuan kognitif, sistem nilai), serta garis pertahanan yang fleksibel, garis pertahanan konvensional, dan garis perlawanan.

- 1) Garis pertahanan yang fleksibel

Mekanisme pelindung seperti akordeon yang mengelilingi dan melindungi garis pertahanan normal dari invasi pemicu stres.

- 2) Garis pertahanan biasa

Tingkat kesehatan adaptasi yang berkembang seiring waktu dan dianggap normal untuk klien atau sistem individu tertentu; itu menjadi standar untuk penentuan penyimpangan kesehatan.

- 3) Garis perlawanan

Faktor perlindungan diaktifkan ketika stresor telah menembus garis pertahanan normal sehingga menimbulkan gejala reaksi.

3. Bentuk Logika Teori Model Neuman

Bentuk Neuman menggunakan logika deduktif dan induktif dalam mengembangkan teori modelnya yang telah dipertimbangkan terlebih dahulu. Betty Neuman menemukan teori modelnya dari berbagai teori dan disiplin ilmu. Teori juga merupakan hasil dari pengamatan dan pengalaman selama ia bekerja di pusat Kesehatan mental keperawatan

4. Model Betty Neuman dalam lingkungan komunitas

Model konseptual dari Neuman memberikan penekanan pada penurunan stress dengan cara memperkuat garis pertahanan diri keperawatan ditujukan untuk mempertahankan.

Neuman Systems Model and Evidence-Based Support

Memahami konteks sosial kesehatan dan pemberian layanan kesehatan dari perspektif pemikiran multilevel menawarkan perawat kesempatan untuk memprioritaskan penelitian dan intervensi yang mengatasi masalah kesehatan di seluruh rangkaian perawatan.

1. Model Sistem Neuman sebagai Kerangka Konseptual Ketahanan Perawat

Berdasarkan hasil penelitian, karena faktor stres yang terlibat dalam bidang keperawatan, ketahanan telah diidentifikasi sebagai sifat penting bagi mereka yang bekerja dalam profesi ini. Perawat harus menghadapi banyak masalah yang dapat menyebabkan kelelahan dan kelelahan. Model Sistem Neuman berfokus pada jenis pemicu stres yang dapat membahayakan kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Hasil penelitian ini menawarkan Model Sistem Neuman sebagai kerangka konseptual untuk mengeksplorasi ketahanan perawat, dan untuk menjelaskan strategi yang mendorong pembangunan ketahanan pada perawat.

Ketahanan terhadap stress telah dikaitkan dengan pemberdayaan psikologis, meningkat keterampilan komunikasi, resolusi konflik di tempat kerja yang efektif, dan retensi perawat yang lebih tinggi (Pines et al., 2012). Di dalam menerapkan Model Sistem Neuman pada konsep ketahanan pada perawat, seseorang harus mempertimbangkan individu perawat sebagai faktor utama sistem klien dan mengeksplorasi interaksi variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual yang berkontribusi terhadap kesehatan

sistem (pembangunan ketahanan karakteristik) atau tekanan sistem (kurang ketahanan karakteristik) (S. B. Turner & S. D. Kaylor, 2015)

2. *Neuman Systems Model With Depressed Patients*

Program coping with depression berdasarkan model sistem Neuman terhadap strategi coping, harga diri, dan tingkat depresi pasien depresi, dilakukan penelitian terkontrol secara acak. Dua kelompok-intervensi dan kontrol-dibentuk dalam penelitian Untuk kelompok intervensi, psikoedukasi individu berdasarkan model sistem Neuman dan melibatkan teknik terapi perilaku kognitif (program mengatasi depresi) diberikan dalam enam sesi. Psikoedukasi berdasarkan model sistem Neuman efektif dalam menurunkan tingkat depresi, meningkatkan tingkat harga diri, meningkatkan keterampilan pemecahan masalah, mendorong individu untuk mencari dukungan sosial untuk strategi coping, dan menurunkan penggunaan strategi penghindaran (Basogul & Buldukoglu, 2020).

3. *Systems Model With Nurse-Led Interprofessional Collaborative Practice*

Berdasarkan hasil penelitian, Neuman Systems Model Perspective of Nurse-Led Interprofessional Praktik Kolaboratif telah diciptakan untuk memberikan kerangka kerja bagi perawatan lansia yang tinggal di komunitas. Sebagai langkah pertama dalam pengembangannya, model baru ini akan digunakan untuk memandu studi metode campuran yang mengevaluasi interprofessional intervensi praktik kolaboratif untuk orang lanjut usia yang tinggal di komunitas (Montano, 2021). Model Neuman menciptakan pandangan holistik tentang klien dalam hubungannya terhadap kesehatan, lingkungan, dan disiplin keperawatan (Neuman & Fawcett, 2011). Memahami IPCP yang dipimpin perawat dalam kerangka model sangat penting untuk mengevaluasinya efektivitas sebagai model perawatan.

Pengalaman hidup para ahli teori mempengaruhi landasan filosofis dan perkembangan teori itu sendiri (Meleis, 2012). Neuman mengembangkan lensa keperawatannya untuk mencakup kepedulian terhadap kliennya sebagai orang yang berada di lingkungan mereka lingkungan dan mempertimbangkan tidak hanya mereka kesejahteraan fisik tetapi juga kesejahteraan mental mereka. Neuman menggarisbawahi pentingnya pendekatan perawat terhadap seni keperawatan dari perspektif kesehatan masyarakat dan komunitas (Fawcett, 2001). Prinsip dan nilai-nilai ini melekat di dalamnya NSM dan konsisten dengan prinsip IPCP (Montano, 2021).

Paradigma yang mendasari model ini adalah salah satunya kesehatan sistem klien dalam kaitannya dengan lingkungan stresor dan reaksi klien terhadap stresor tersebut (Fawcett, 2001). Neuman menghargai kondisi mental kliennya dan dinamika lain yang berperan dalam kehidupan mereka. Hal ini terlihat dari perannya sebagai terapis keluarga pernikahan bahwa dia menyadari pentingnya keluarga klien dan sistem pendukung. Neuman dimotivasi oleh para siswa di Program Konsultasi Mental/Kesehatan Masyarakat, yang dia merasa perlu dihadapkan pada berbagai permasalahan itu.

Tabel 9.1. Concept Definition in the NSM Organized by Nursing's Metaparadigm

Metaparadigm Domain	Concept	Definition
<i>Person Person</i>	<i>Client Basic Structure</i>	Individu, kelompok atau komunitas, agregat yang lebih besar atau bahkan alam semesta Faktor kelangsungan hidup berkaitan dengan variabel sistem dan karakteristik individu serta mewakili sumber energi klien
<i>Environment</i>	<i>Environment</i>	Mengelilingi, mempengaruhi,

Tabel 9.1. Concept Definition in the NSM Organized by Nursing's Metaparadigm

Metaparadigm Domain	Concept	Definition
<i>Lingkungan</i>		dan dipengaruhi oleh klien, sebagai sistem terbuka
	<i>Internal Environment</i>	Terkandung dalam sistem klien
	<i>Created Environment</i>	Mobilisasi komponen struktural yang tidak disadari klien seperti faktor energi, stabilitas, dan integritas
<i>Health Kesehatan</i>	<i>Health Kesehatan</i>	Stabilitas sistem yang menunjukkan bahwa semua kebutuhan klien terpenuhi. Ini adalah rangkaian kesehatan hingga penyakit yang berkorelasi dengan jumlah energi yang tersedia untuk mendukung sistem.
	<i>Stressors</i>	Mengandung potensi mengganggu stabilitas sistem klien
	<i>Intrapersonal Stressors</i>	Terjadi di sistem klien
	<i>Interpersonal Stressors</i>	Terjadi di lingkungan eksternal sistem klien, tetapi antara satu atau lebih sistem komunikasi
	<i>Extrapersonal Stressors</i>	Terjadi di luar batasan klien, seperti masalah sosial atau iklim ekonomia
	<i>Lines of Resistance</i>	Diaktifkan ketika stressor menembus garis pertahanan normal dan menimbulkan gejala untuk melindungi struktur dasar dan membantu proses rekonstitusi untuk menjaga stabilitas
	<i>Normal Line</i>	Tingkat adaptasi kesehatan

Tabel 9.1. Concept Definition in the NSM Organized by Nursing's Metaparadigm

Metaparadigm Domain	Concept	Definition
	<i>of Defense</i>	yang berkembang dari waktu ke waktu dan menjadi standar penentuan deviasi kesehatan a
	<i>Flexible Line of Defense</i>	Rekonstitusi terjadi setelah reaksi stres dan mewakili kembalinya dan pemeliharaan stabilitas melalui keberhasilan mobilisasi sumber daya energia
	<i>Feedback</i>	Proses di mana energi, materi, dan informasi sebagai keluaran sistem memberikan umpan balik untuk tindakan perbaikan guna meningkatkan, mengubah, atau menstabilkan sistem.
	<i>Degree of Reaction</i>	Jumlah ketidakstabilan sistem akibat invasi stresor
<i>Nursing</i>	<i>Nursing</i>	Peduli dengan semua stressor aktual dan potensial yang mempengaruhi klien di lingkungannya
	<i>Prevention as Intervention</i>	Cara tindakan keperawatan dan faktor penentu masuknya klien dan pemberi perawatan ke dalam sistem pelayanan kesehatan
	<i>Primary Prevention</i>	Terjadi sebelum reaksi terhadap stressor
	<i>Secondary Prevention</i>	Pengobatan gejala setelah reaksi terhadap stres
	<i>Tertiary Prevention</i>	Pemeliharaan kesehatan setelah perawatan

Sumber: A Adapted From Neuman & Fawcett (2011) Dalam (Montano, 2021)

Teori keperawatan Betty Neum disebut Teori Model Sistemik yang didasarkan pada stres dan respons terhadap stresor. Menurut teori ini, keluarga dipandang sebagai suatu sistem terbuka yang berupaya menjaga keseimbangan antara berbagai faktor lingkungan, dengan tujuan utama menjaga stabilitas dengan mempelajari dampak dari faktor-faktor tersebut yang menyebabkan stres yang mengganggu, sehingga membantu sistem tersebut melakukan tindakan yang diperlukan. penyesuaian. untuk kesehatan yang optimal. Bagi Betty Neuman, sistem memiliki garis pertahanan melawan pemicu stres: garis pertahanan yang biasa menjaga individu tetap sehat atau stabil; dan garis pertahanan yang fleksibel, merupakan sistem dinamis dan fleksibel yang ada bagi seseorang untuk beradaptasi terhadap pemicu stres, bertindak sebagai penyangga dan penyaring ketika lingkungan mendukung.

Daftar Pustaka

- Akhlaghi, E., Babaei, S., & Abolhassani, S. (2020). Modifying Stressors Using Betty Neuman System Modeling in Coronary Artery Bypass Graft: a Randomized Clinical Trial. *J Caring Sci*, 9(1), 13-19. doi:10.34172/jcs.2020.003
- Basogul, C., & Buldukoglu, K. (2020). Neuman Systems Model With Depressed Patients: A Randomized Controlled Trial. *Nurs Sci Q*, 33(2), 148-158. doi:10.1177/0894318419898172
- Gigliotti, E. (2012). Honoring Dr. Betty Neuman's contributions to nursing science. *Nurs Sci Q*, 25(4), 297-299. doi:10.1177/0894318412457064
- Hannoodee, S., & Dhamoon, A. S. (2023). Nursing Neuman Systems Model. In *StatPearls. Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Amit Dhamoon declares no relevant financial relationships with ineligible companies.*
- Kim, S., Bang, K. S., Lee, G., Lim, J., Jeong, Y., & Song, M. K. (2020). [Stressors and Stress Responses of Unmarried Mothers Based on Betty Neuman's Systems Model: An Integrative Review]. *Child Health Nurs Res*, 26(2), 238-253. doi:10.4094/chnr.2020.26.2.238
- Lima, L., Monteiro, E., Coriolano, M. W. L., Linhares, F. M. P., & Cavalcanti, A. (2020). Family fortresses in Zika Congenital Syndrome according to Betty Neuman. *Rev Bras Enferm*, 73(2), e20180578. doi:10.1590/0034-7167-2018-0578
- Montano, A. R. (2021). Neuman Systems Model With Nurse-Led Interprofessional Collaborative Practice. *Nurs Sci Q*, 34(1), 45-53. doi:10.1177/0894318420965219
- Nurseslabs. (2023). Betty Neuman: Neuman Systems Model.

- Turner, S. B., & Kaylor, a. S. D. (2015). Neuman Systems Model as a Conceptual Framework for Nurse Resilience. *Nursing Science Quarterly*, 5, Vol. 28(3). doi:DOI: 10.1177/0894318415585620
- Turner, S. B., & Kaylor, S. D. (2015). Neuman Systems Model as a Conceptual Framework for Nurse Resilience. *Vaccines (Basel)*, Vol 28, 213-217. doi:DOI: 10.1177/0894318415585620
- Wandekoken, K. D., & de Siqueira, M. M. (2014). [Implementation of the nursing process to a crack user based on Betty Neuman model]. *Rev Bras Enferm*, 67(1), 62-70. doi:10.5935/0034-7167.20140008

Profil Penulis



Ns. Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo, S.Kep., M.Kes.

Lahir Di Malino 06 Juni 1992 Anak kedua . Nama Ayah Wahyu & Ibu Mery. Beragama Kristen Protestan, Suku: Jawa-Toraja. Status Menikah dengan Fian Tandisau S.T.Saat ini berprofesi sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua Sebagai Dosen Home Base Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dengan jabatan akademik/fungsional: lektor 200 (penata/iiic) dengan status dosen tersertifikasi. Saya memulai pendidikan SD di SD Inpres Malino Kabupaten Gowa, SMP Negeri 20 Makassar, SMA Katolik Cendrawasih Makassar kemudian melanjutkan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan Stikes Nani Hasanuddin Makassar lulusan tahun 2013 melanjutkan Profesi Ners di Stikes Nani Hasanuddin Makassar lulusan tahun 2015 , Magister Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi Universitas Muslim Indonesia lulusan 2017 dan merupakan mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan Komunitas Universitas Padjadjaran (Angkatan 2022). Saya berharap penulisan buku ini dapat bermanfaat bagi banyak orang khususnya untuk membangun keperawatan komunitas berbasis evidence based practice

Email Penulis: Yunihutomo92@Gmail.Com

MODEL KONSEPTUAL SISTER CALISTA ROY:MODEL ADAPTASI

Ns.Defrima Oka Surya,M.Kep,Sp.Kep.Kom

Stikes Mercubaktijaya Padang

Riwayat dan Sumber Model Konsep Adaptasi Roy

Sister Calista Roy adalah seorang anggota dari Sisters of Joseph of Carondelet. Roy dilahirkan pada tanggal 14 Oktober 1939 di Los Angeles, California. Roy mendapatkan Bachelor of Art Nursing pada tahun 1963 dari Mount Saint Mary's College di Los Angeles dan Magister Saint in Pediatric Nursing pada tahun 1966 di University of California, Los Angeles. Kemudian Roy melanjutkan pendidikannya di bidang sosiologi dan mendapatkan master's degree pada tahun 1973 dan doktoral pada tahun 1977 dari University of California (Tomey & Alligood, 2010).

Dalam sebuah seminar dengan Dorrothy E. Johnson, Roy tertantang untuk mengembangkan sebuah model konseptual untuk keperawatan. Sambil bekerja sebagai staff perawat anak, Roy telah mencatat great resiliency of *children* dan kemampuan mereka beradaptasi sebagai respon terhadap perubahan fisik dan psikologis. Roy kemudian mengesankan adaptasi sebagai model konseptual yang cocok untuk keperawatan. Roy mengembangkan konsep dasar modelnya ketika dia lulus dari University of California Los Angeles, dari tahun 1964-1966. Roy mulai menerapkan modelnya pada tahun 1968 ketika Mount Saint Mary's College memakai

kerangka kerja adaptasi sebagai dasar filosofis dari kurikulum keperawatan. Model adaptasi Roy pertama kali dipublikasikan pada *Nursing Outlook* tahun 1970 dengan judul “ *Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing* (Tomey & Alligood, 2010).

Roy mengkombinasikan kerja Harry Helson, seorang ahli fisiologis psikologis, dengan definisi sistem Raport untuk melihat manusia sebagai sistem adaptif, dan mulai membangun pengertian konsepnya. Helson mengartikan respon adaptif sebagai fungsi dari stimulus yang datang dan derajat adaptasi. Stimulus dapat berasal dari lingkungan eksternal atau internal. Derajat adaptasi dibentuk oleh dorongan tiga jenis stimulus yaitu stimulus fokal, stimulus konseptual dan stimulus residual. Sementara itu adaptasi merupakan proses dari respon positif terhadap perubahan lingkungan. Dengan teori adaptasi Helson sebagai dasar, Roy kemudian mengembangkan dan mendefinisikan lebih lanjut model dan teorinya dengan konsep dan teori dari Dohrenwend, Lazarus, Mechanic dan Selye, dan mempresentasikannya sebagai kerangka kerja untuk praktik keperawatan, riset dan pendidikan (Tomey & Alligood, 2010).

Model Adaptasi Roy

Pengembangan model adaptasi Roy didasari oleh asumsi filosofis dan ilmiah yang mendasari konsep dari model adaptasi. Asumsi ilmiah yang mendasari model adalah teori sistem dan teori level adaptasi. Menurut kedua teori ini, sistem adaptif manusia dipandang sebagai bagian interaktif yang bertindak dalam kesatuan untuk beberapa tujuan. Sistem adaptif manusia bersifat kompleks dan berespons terhadap berbagai stimulus lingkungan untuk mencapai adaptasi. Dengan kemampuannya beradaptasi terhadap lingkungan, manusia mempunyai kapasitas untuk menciptakan perubahan pada lingkungan. Asumsi filosofis yang mendasari model yaitu humanisme dan *veritativity*. Humanisme meyakini sangat penting untuk mengetahui dan menilai orang dan pengalaman manusia, bahwa keduanya saling berbagai dalam kekuatan yang kreatif.

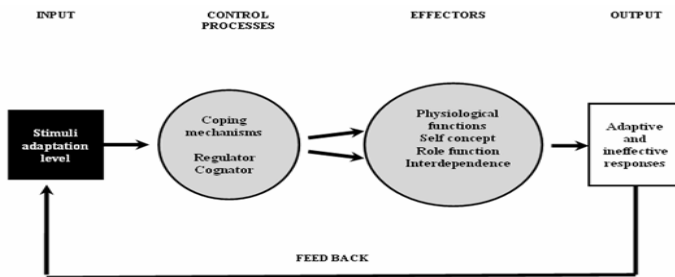
Veritivity meyakini adanya tujuan, nilai dan makna dari semua kehidupan manusia (Roy & Andrews, 1991; Tomey & Alligood, 2010).

Konsep utama dalam model konseptual adaptasi Roy adalah manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.

1. Manusia

Menurut Roy, manusia holistik (bio-psikososial) dan merupakan sistem adaptif. Sebagai sistem adaptif, manusia dan lingkungan secara konstan saling mempengaruhi. Sistem manusia terdiri dari individu, kelompok, keluarga, organisasi atau masyarakat (Tomey & Alligood, 2010).

Manusia merupakan fokus utama keperawatan, penerima asuhan keperawatan. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem adaptif dengan aktivitas kognator dan regulator, dan bertindak untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara adaptasi (fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependen) (Roy & Andrews, 1991; Tomey & Alligood, 2010). Sebagai sistem hidup, manusia secara terus menerus berinteraksi dengan lingkungan. Antara sistem dan lingkungan terjadi pertukaran informasi, masalah dan energi. Karakteristik dari sistem termasuk adanya input, kontrol, output dan proses umpan balik (Gonzalo, 2011).



Gambar 10.1 Person as an adaptive system.
(Sumber: Tomey & Alligood, 2010)

2. Input

Sebagai sistem hidup yang terbuka, manusia menerima masukan (stimulus) dari lingkungan. Stimulus didefinisikan sebagai segala sesuatu yang dapat menimbulkan respon, point interaksi dari sistem manusia dan lingkungan. Stimulus dapat berasal dari lingkungan eksternal ataupun lingkungan internal. Tiga kelas stimulus yang dibentuk dari lingkungan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus internal yang signifikan diidentifikasi sebagai level adaptasi (Roy & Andrews, 1991). Level adaptasi merupakan kondisi dari proses kehidupan sistem adaptif manusia yang digambarkan dalam tiga level, yaitu integrasi, kompensasi dan kompromi, akibat adanya stimulus fokal, kontekstual dan residual penting dalam suatu situasi. Kumpulan kerusakan dari stimulus menentukan level adaptasi (Fawcett, 2005). Stimulus fokal merupakan stimulus internal atau eksternal yang paling segera menimbulkan kewaspadaan dan dihadapi sistem manusia, sebagai penyebab yang mempengaruhi sistem manusia. Stimulus kontekstual merupakan semua stimulus yang muncul pada situasi yang berkontribusi mempengaruhi stimulus fokal, stimulus terhadap sistem manusia tapi bukan merupakan fokus perhatian dan energi individu, sebagai faktor predisposisi. Stimulus residual merupakan faktor lingkungan didalam atau diluar sistem manusia yang pengaruhnya tidak disadari atau tidak jelas terhadap situasi saat ini (Roy & Andrews, 1991; Fawcett, 2005; Tomey & Aliigood, 2010).

Level adaptasi integrasi menggambarkan struktur dan fungsi dari proses kehidupan bekerja secara menyeluruh sesuai dengan kebutuhan manusia. Level kompensasi menggambarkan kondisi kognator dan regulator (atau stabilizer dan inovator) telah teraktivasi akibat adanya perubahan pada proses integrasi. Level kompromi merupakan level adaptasi yang dihasilkan dari tidak adekuatnya proses

kehidupan integrasi dan kompensasi, merupakan sebuah masalah adaptasi (Roy & Andrews, 1991). Proses kehidupan integrasi dapat berubah menjadi proses kompensasi yang merupakan usaha untuk memunculkan kembali adaptasi. Jika proses kompensasi tidak adekuat, akan menghasilkan timbulnya proses kompromi (Fawcett, 2005).

3. Proses kontrol

Merupakan mekanisme coping manusia sebagai sistem adaptif. Mekanisme coping merupakan cara alami (genetis) atau didapat (dipelajari) yang saling berinteraksi (mempengaruhi dan berespon terhadap) dengan perubahan lingkungan, yang dikategorikan menjadi subsistem regulator dan kognator (untuk individu) atau subsistem stabilizer dan inovator (untuk kelompok) (Roy & Andrews, 1991; Fawcett, 2005).

Subsistem regulator merupakan tipe dasar dari proses adaptasi melalui sistem saraf, kimia dan endokrin. Subsistem kognator merupakan proses adaptasi melalui empat sistem kognitif-emosi yaitu persepsi dan pemrosesan informasi, belajar, keputusan dan emosi. Subsistem stabilizer merupakan subsistem yang berhubungan dengan sistem pemeliharaan dan termasuk membuat struktur, nilai, dan aktivitas harian dimana anggota mencapai tujuan utama kelompok dan berkontribusi untuk mencapai tujuan bersama masyarakat. Subsistem inovator merupakan subsistem yang melibatkan struktur dan proses untuk perubahan dan perkembangan sistem sosial manusia (Roy & Andrews, 1991; Fawcett, 2005)

4. Efektor

Merupakan perilaku yang dapat diamati sebagai hasil dari aktivitas mekanisme coping, cara adaptasi, wujud dari respon sistem manusia terhadap stimulus yang ditampilkan melalui empat mode adaptif yaitu mode fisiologis-fisik, mode konsep diri-identitas kelompok, mode fungsi peran dan mode

interdependensi (Roy & Andrews, 1991; Fawcett, 2005; Tomey & Alii good, 2010).

- a. Mode Fisiologis-fisik. Mode fisiologis (untuk individu) berhubungan dengan subsistem regulator. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas fisiologis, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fisiologis tingkat dasar (oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat dan perlindungan) dan kebutuhan dengan proses yang kompleks (sensasi; cairan, elektrolit dan keseimbangan asam basa; fungsi neurologis dan fungsi endokrin). Mode fisik (untuk kelompok) yang dibutuhkan untuk mempertahankan integritas usaha (*operating integrity*) meliputi sumber finansial yang adekuat, kemampuan anggota kelompok dan ketersediaan fasilitas fisik.
- b. Mode konsep diri-identitas kelompok. Mode konsep diri (individu) berhubungan dengan subsistem kognator. Kebutuhan konsep diri berhubungan dengan upaya untuk mempertahankan integritas psikis dan spiritual, dengan fokus pada aspek psikologis dan spiritual manusia.. Konsep diri terdiri dari dua komponen yaitu *physical self*, yaitu bagaimana seseorang memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya, dan *personal self*, yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral-etik dan spiritual diri orang tersebut. Mode identitas kelompok menggambarkan bagaimana orang-orang dalam kelompok menerima diri mereka sendiri berdasarkan umpan balik dari lingkungan, terdiri dari hubungan interpersonal yang efektif, budaya yang mendukung, moral yang positif, penerimaan kelompok, hubungan yang didasari oleh prinsip dan hubungan yang menggerakkan nilai (*value-driven relationship*). Kebutuhan dasar dari identitas kelompok adalah integritas identitas.

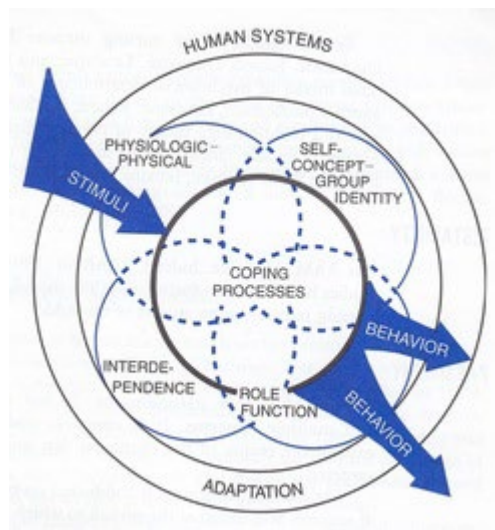
- c. Model Fungsi Peran, juga berhubungan dengan subsistem kognator. Fokus pada bagaimana seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya, peran primer, sekunder atau tersier, yang tercermin dari perilaku instrumental (performa/perilaku fisik aktual) dan ekspresif (perasaan, sikap, suka atau tidak suka bahwa seseorang memiliki peran atau terhadap performa peran). Kebutuhan dasar dari mode fungsi peran adalah integritas sosial.
- d. Mode Interdependensi, berhubungan dengan subsistem kognator. Fokus pada hubungan yang erat antara manusia, saling memberi dan menerima seperti cinta atau kasih sayang, perhatian, menjaga, menghargai, waktu, keterampilan, ilmu, materi, nilai, komitmen dan bakat. Terdiri dari *support system*, orang lain yang penting, afeksi dan perkembangan. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Kebutuhan dasar dari mode interdependensi adalah integritas hubungan.

5. *Output*

Menunjukkan seberapa baik sistem beradaptasi dalam interaksinya dengan lingkungan, yang ditampilkan dalam bentuk respon perilaku. Perilaku didefinisikan sebagai aksi dan reaksi internal atau eksternal dalam keadaan tertentu. Perilaku meliputi semua respon dari sistem adaptif manusia, tidak hanya terbatas pada masalah, kebutuhan dan defisiensi, tapi juga termasuk kapasitas, aset, pengetahuan, kemampuan dan komitmen. Melalui proses umpan balik respon-respon memberikan input lebih lanjut pada sistem manusia. Perilaku dibedakan menjadi dua yaitu respon adaptif dan

respon tidak efektif. Respon adaptif merupakan perilaku yang meningkatkan integritas sistem manusia dalam hal tujuan adaptasi yaitu untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, penguasaan dan transformasi manusia dan lingkungan. Sementara itu respon yang tidak efektif tidak mendukung tujuan ini (Roy & Andrews, 1991; Fawcett, 2005).

Manusia sebagai suatu kesatuan dibentuk oleh enam subsistem yang saling berhubungan untuk membentuk sistem yang kompleks untuk mencapai tujuan adaptasi. Adaptasi sendiri didefinisikan sebagai proses dan outcome dimana pikiran dan perasaan manusia, sebagai individu atau kelompok, menggunakan kesadaran dengan sengaja dan memilih untuk menciptakan integrasi antara manusia dan lingkungan. Manusia tidak bisa dipisahkan dari lingkungannya, akan selalu berespon terhadap stimulus lingkungan untuk mempertahankan integritas (Roy & Andrews, 1991; Tomey & Alligood, 2010). Hubungan antara semua hal diatas terlihat pada diagram dibawah ini:



Gambar 10.2 Diagrammatic representation of human adaptive systems (sumber: (Roy & Andrews, 1991)

6. Lingkungan

Lingkungan merupakan konsep utama kedua dari model adaptasi Roy. Lingkungan dipahami sebagai dunia didalam dan disekitar manusia sebagai sistem adaptif. Lingkungan meliputi semua kondisi, keadaan dan pengaruh sekitar yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku manusia sebagai sistem adaptif. Setiap perubahan pada lingkungan menuntut peningkatan energi untuk beradaptasi terhadap situasi. Faktor lingkungan yang mempengaruhi manusia adalah stimulus fokal, kontekstual dan residual (Roy & Andrews, 1991; Tomey & Alligood, 2010).

7. Kesehatan

Kesehatan merupakan suatu keadaan dan suatu proses untuk menjadi integritas dan manusia secara utuh/keseluruhan. Kesehatan menggambarkan adaptasi, interaksi antara manusia dan lingkungan. Peningkatan adaptasi mengarah pada tingkat-tingkat yang lebih tinggi pada keadaan sejahtera atau sehat. Kesehatan dilihat dari mulai rentang kematian sampai pada puncak kesehatan/kesejahteraan. Kesehatan bukan merupakan bebas dari penyakit, terhindar dari kematian, ketidakbahagiaan dan stres, tapi kemampuan untuk mengatasi hal tersebut dengan cara yang cakap. Sakit merupakan hasil dari tidak efektifnya mekanisme koping (adaptasi) terhadap perubahan lingkungan dan kesehatan terjadi ketika manusia secara terus menerus beradaptasi. Kesehatan dan sakit merupakan hal yang tidak terhindarkan dan berdampingan dalam pengalaman hidup manusia (Tomey & Alligood, 2010).

8. Keperawatan

Keperawatan didefinisikan sebagai profesi pelayanan kesehatan yang berfokus pada pola manusia dan proses kehidupan manusia dengan suatu komitmen untuk meningkatkan kesehatan dan potensi hidup yang maksimal untuk individu, keluarga, kelompok

dan masyarakat secara umum. Menurut Roy, keperawatan merupakan ilmu dan praktik. Aktivitas keperawatan menurut Roy sebagai pengkajian terhadap perilaku dan stimulus yang mempengaruhi adaptasi. Keputusan keperawatan didasarkan pada pengkajian dan intervensi merupakan perencanaan untuk mengelola stimulus. Keperawatan terdiri dari tindakan keperawatan dan tujuan keperawatan. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan adaptasi individu dan kelompok pada empat mode adaptif, yang berkontribusi terhadap kesehatan, kualitas hidup dan kematian yang damai/terhormat. Tujuan keperawatan diraih ketika stimulus fokal berada dalam suatu area dengan tingkatan adaptasi manusia, ketika stimulus fokal tersebut berada pada area tersebut, manusia dapat membuat suatu respon efektif. Adaptasi membebaskan energi dari upaya koping yang tidak efektif dan memungkinkan individu untuk merespon stimulus yang lain. Kondisi tersebut dapat mencapai peningkatan penyembuhan dan kesehatan. Jadi peranan penting adaptasi sangat ditekankan pada konsep ini. Tindakan keperawatan diarahkan untuk meningkatkan interaksi manusia dengan lingkungan untuk meningkatkan adaptasi (Master, 2012).

Keperawatan berhubungan dengan manusia sebagai satu kesatuan yang berinteraksi dengan perubahan lingkungan dan tanggapan terhadap stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi adaptasi. Ketika stressor yang tidak biasa atau mekanisme koping yang lemah membuat upaya manusia yang biasa menjadi tidak efektif, manusia memerlukan seorang perawat. Ini diinterpretasikan bahwa aktivitas keperawatan tidak hanya diberikan ketika manusia sakit. Roy menyetujui, pendekatan holistik keperawatan dilihat sebagai proses untuk mempertahankan keadaan baik dan tingkat fungsi yang lebih tinggi (Master, 2012).

Aplikasi Model Adaptasi Roy dalam Asuhan Keperawatan

Model adaptasi Roy biasa digunakan dalam praktik keperawatan. Untuk menggunakan model dalam praktik, perawat akan mengikuti enam langkah proses keperawatan menurut Roy yaitu mengkaji perilaku sebagai manifestasi dari empat mode adaptif; mengkaji dan mengategorikan stimulus untuk perilaku tersebut; membuat diagnosis keperawatan berdasarkan state adaptasi manusia; menetapkan tujuan untuk meningkatkan adaptasi; mengimplementasikan intervensi yang diarahkan pada pengelolaan stimulus untuk meningkatkan adaptasi; dan mengevaluasi pencapaian tujuan adaptasi (Master, 2012; Sitzman & Eichelberger, 2011).

Unit analisis dari pengkajian keperawatan adalah interaksi manusia dengan lingkungan. Proses pengkajian keperawatan adalah interaksi manusia dengan lingkungan. Menurut Roy dan Andrews (1991), elemen dari proses keperawatan meliputi pengkajian tingkat pertama, pengkajian tingkat kedua, diagnosis keperawatan, penentuan tujuan, intervensi, dan evaluasi.

1. Pengkajian Perilaku (pengkajian tingkat pertama)

Pada tahap ini pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat berfokus pada sekumpulan perilaku sebagai cara adaptasi, yang merupakan wujud dari empat mode adaptasi yaitu: fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependen melalui pendekatan sistem dan memandang manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial secara utuh (holistik). Saat ini perawat perlu menggunakan teknik observasi, intuisi, pengukuran secara akurat dan keterampilan wawancara (Fawcett, 2005; Master, 2012).

2. Pengkajian Stimulus (pengkajian tingkat kedua)

Pada tahap ini perawat mengkaji stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi perilaku. Perawat menggunakan pengetahuan tentang aktivitas

regulator-kognator dan stabilizer-innovator sehingga proses koping dapat berhubungan langsung dengan peningkatan adaptasi. Teknik yang digunakan sama dengan pengkajian perilaku. Bersama dengan pasien, perawat mengidentifikasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang mempengaruhi perilaku pada empat mode adaptif. Tambahannya, perawat juga perlu mengidentifikasi stimulus tertentu dari level adaptasi, integrasi, kompensasi, kompromi, yang berkontribusi untuk perilaku adaptif atau perilaku tidak efektif (Fawcett, 2005; Master, 2012).

Proses pengkajian ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Identifikasi stimulus fokal. Stimulus fokal merupakan perubahan perilaku yang dapat diobservasi, langsung berhadapan dengan sistem adaptif manusia. Contoh pada individu yang mengalami sakit gigi. Stimulus fokalnya adalah kenyataan adanya lubang yang dalam pada gigi dan exposure terhadap saraf.
- b. Identifikasi stimulus kontekstual. Stimuli kontekstual ini berkontribusi terhadap penyebab terjadinya perilaku atau presipitasi oleh stimulus fokal, didefinisikan sebagai semua stimulus internal dan eksternal penting terhadap situasi. Faktor kontekstual yang mempengaruhi mode adaptif adalah genetic, sex, tahap perkembangan, obat, alkohol, tembakau, konsep diri, peran fungsi, interdependensi, pola interaksi sosial, koping mekanisme, stress emosi dan fisik religi, dan lingkungan fisik (Fawcett, 2005). Pada contoh diatas, permen yang lengket merupakan stimulus kontekstual, paparannya terhadap saraf menyebabkan nyeri, selain itu juga berkontribusi terhadap terjadinya lubang pada gigi.
- c. Identifikasi stimulus residual. Pada tahap ini pengaruh stimulus terhadap perilaku belum jelas, belum bisa divalidasi. Saat stimulus residual dapat divalidasi, ia dapat menjadi

stimulu fokal atau kontekstual. Pada tahap ini yang mempengaruhi adalah pengalaman masa lalu. Beberapa faktor dari pengalaman lalu relevan dalam menjelaskan bagaimana keadaan saat ini. Sikap, budaya dan karakter adalah faktor residual yang sulit diukur dan memberikan efek pada situasi sekarang. Contoh kasus diatas, tipe pasta gigi yang digunakan dan kebiasaan higiene gigi. Tapi saat dapat dikonfirmasi bahwa pasien benar tidak melakukan perawatan kebersihan gigi dengan baik, maka stimulus beruba menjadi kontekstual (Roy & Andrews, 1991).

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan keputusan tentang status adaptasi sistem manusia. Diagnosis keperawatan dirumuskan dengan mengobservasi tingkah laku klien terhadap pengaruh lingkungan. Ada tiga alternatif yang dapat digunakan dalam menetapkan diagnosis keperawatan (Roy & Andrews, 1991):

- a. Menggunakan tipologi diagnosis yang dikembangkan dan terkait dengan empat mode adaptasi contoh syok (mode fisiologis)
- b. Berdasarkan observasi respon dalam satu cara adaptasi, dengan memperhatikan stimulus yang sangat berpengaruh. Respon perilaku sebagai pernyataan masalah dan stimulus sebagai penyebab. Contoh kestabilan pola eliminasi urine setelah operasi b.d ambulasi dini dan lingkungan yang tenang
- c. Kumpulan respon dari satu atau lebih mode adaptasi dihubungkan dengan stimulus contoh klien nyeri dada saat melakukan senam, sedangkan klien adalah atlet senam akibatnya klien tidak mampu melakukan senam lagi, maka diagnosis keperawatannya kegagalan peran b.d keterbatasan fisik

Diagnosis dapat berupa diagnosis adatif (potensial), maladaptif (aktual) maupun risiko maladaptif (risiko). Jenis diagnosis keperawatan yang dikaitkan dengan empat model adaptasi, adalah (Roy & Andrews, 1991):

- a. Fisiologi, terdiri dari sembilan kelompok, yaitu: aktivitas istirahat, nutrisi, eliminasi, cairan dan elektrolit, oksigenasi dan sirkulasi, sistem endokrin, perlindungan kulit, sensori rasa serta fungsi gerak.
- b. Konsep diri, terdiri dari dua, yaitu: *physical self* dan *personal self*.
- c. Fungsi peran, ditekankan pada psikososial dalam menjalankan peran individual dan sosial.
- d. Interdependen, terkait dengan keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya.

4. Penentuan Tujuan

Tujuan keperawatan didefinisikan sebagai *establishment of clear statement of the behaviour outcome of nursing care*. Tujuan terkait dengan kemampuan klien yang tergambar dari keseluruhan tingkah laku yang menunjukkan resolusi dari masalah adaptasi, dan diarahkan untuk meningkatkan perilaku adaptif atau mengubah perilaku yang tidak efektif menjadi adaptif. Tujuan jangka panjang menggambarkan akhir dari kemampuan adaptasi klien dan kemampuan tersebut terkait dengan kemampuan klien secara menyeluruh, seperti: kemampuan hidup, tumbuh, reproduksi, dan kekuasaan. Sedangkan tujuan jangka pendek adalah tujuan yang diharapkan dari tingkah laku klien setelah dilakukan manipulasi stimulus. Pernyataan tujuan meliputi perilaku yang diobservasi, perilaku yang diharapkan akan berubah dan mempunyai waktu pencapaiannya (Roy & Andrews, 1991).

5. Intervensi

Intervensi didefinisikan sebagai pemilihan dari pendekatan keperawatan untuk meningkatkan adaptasi dengan mengubah stimulus atau memperkuat proses adaptasi. Pelaksanaannya dengan mengubah stimulus, baik fokal, kontekstual maupun residual, menentukan efek dari perubahan tersebut dan apakah efek tersebut sesuai dengan yang diharapkan atau tidak. Hal ini dilakukan dengan mempertimbangkan klien sebagai holistik (Roy & Andrews, 1991).

6. Evaluasi

Evaluasi merupakan keputusan keefektifan intervensi keperawatan dalam hubungannya dengan perilaku sistem manusia, terkait dengan kemampuan klien dalam beradaptasi dan mencegah timbulnya kembali masalah yang pernah dialami. Untuk menentukan tujuan adaptif telah tercapai atau tidak digunakan keterampilan intuisi, observasi, interview dan pengukuran (Master, 2012).

Daftar Pustaka

- Fawcett, J. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (2nd ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Gonzalo, A. (2011). Theoretical foundation of nursing: Sister Callista Roy. Diunduh dari <http://nursingtheories.weebly.com/sister-callista-roy.html>
- Master, K. (2012). Nursing theories: A framework for professional practice. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning.
- Roy, S.C., & Andrews, H. A. (1991). The Roy adaptation model. USA: Appleton & Lange.
- Sitzman, K.L., & Eichelberger, L.W. (2011). Understanding the work of nurse theorists: A creative beginning (2nd ed). Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2010). Nursing theorists and their work (7th ed). Missouri: Mosby.

Profil Penulis



Ns. Defrima Oka Surya, M.Kep, Sp.Kep.Kom

adalah dosen di Stikes Mercubaktijaya Padang. Riwayat pendidikan setelah lulus SMA adalah Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes MERCUBAKTIJAYA Padang lulus tahun 2012. Kemudian S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas beliau selesaikan tahun 2017 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis aktif sebagai pembicara seminar, aktif melakukan kegiatan penelitian dan kegiatan Pengabdian kepada Masyarakat. Penulis aktif dalam organisasi profesi Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia di Wilayah Sumatera Barat.

Email: defrima.okasurya@gmail.com

MODEL KONSEPTUAL JOSEPHINE G PATERSON DAN LORETTA T. DZERAD; TEORI HUMANISTIK JOSEPHINE G. PATERSON & LORETTA T. ZDERAD

Triyana Harlia Putri, S.KEP., NS., M.KEP

Universitas Tanjungpura

Pendahuluan

Teori keperawatan memberikan pandangan dalam mendeskripsikan keperawatan dan profesi perawat. Telah terbukti bahwa teori keperawatan dapat membantu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan karena implikasinya dapat dirasakan bagi perawat yang tergambar dari apa yang mereka lakukan untuk pasien serta alasan melakukannya (Younas & Quennell, 2019). Teori keperawatan telah diterapkan sebagai panduan dalam mengembangkan asuhan keperawatan (Mudd et al., 2020). Untuk dari itu, diperlukan informasi mengenai teori keperawatan agar tidak terjadi kekeliruan dalam penerapannya ataupun kemungkinan gap yang muncul dari teori-teori keperawatan. Chapter ini melaporkan salah teori keperawatan yaitu teori keperawatan humanistik yang di kemukakan oleh (Paterson & Zderad, 1988). Teori keperawatan humanistik telah diterapkan

pada penelitian keperawatan, pendidikan, hingga dalam sebuah praktik klinis, hal ini diharapkan agar dapat memahami serta menganalisis hubungan perawat-pasien yang terus berlanjut dalam sebuah rangkaian layanan kesehatan (Wolf & Bailey, 2013)

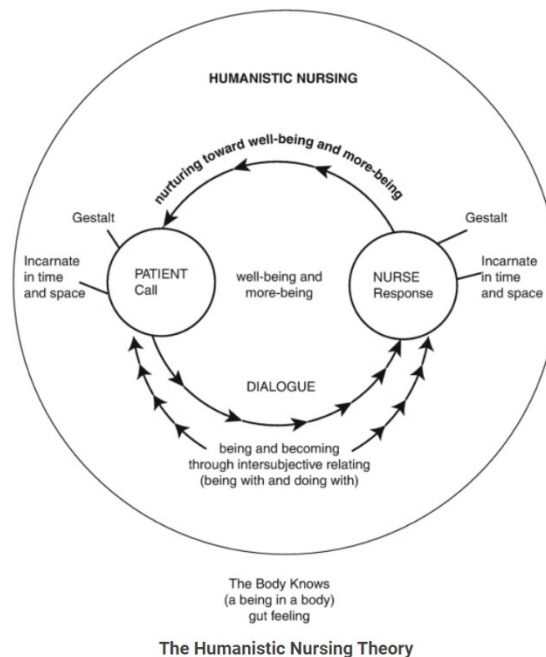
Biografi

Dr Josephine Paterson dan Dr Loretta Zderad merupakan pemuka teori keperawatan humanistic, baik Dr Josephine Paterson maupun Dr Loretta Zderad berasal dari negara Amerika. Keduanya memperoleh diploma pertama di bidang keperawatan pada sekolah keperawatan di Lenox Hill, New York, kemudian memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dan melanjutkan ke program pascasarjana. Dr Josephine Paterson menyelesaikan pascasarjananya di Johns Hopkins, sementara itu, Dr Loretta Zderad menyelesaikan pascasarjananya di Universitas Katolik Amerika. Tahun 1950, mereka berdua bekerja ditempat yang sama yaitu di Amerika pada Universitas Katolik dan diberi tugas untuk bekerja sama menciptakan program baru yang mencakup komponen kesehatan masyarakat dan komponen psikiatri dari program pascasarjana. Selama hampir 40 tahun, mereka kemudian melanjutkan ke gelar doktor pada tahun 1960an. Pada tahun 1971, mereka mulai mendefinisikan teori mereka dan apa yang menjadikannya unik sebagai pendekatan keperawatan yang dikenal dengan teori keperawatan humanistic.

Teori Keperawatan Humanistik

Dalam kerangka teori humanistik, keperawatan dan profesi perawat di gambarkan dalam sebuah korelasi 'panggilan' dan 'tanggapan'. Korelasi tersebut lebih dari sekedar hubungan satu arah subjek-objek. Namun, secara teknis dilakukan oleh perawat yang berkompeten. Seorang pasien akan mengharapakan layanan keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan diri mereka (pasien) dan perawat akan mendapatkan respon yang terbaik oleh pasien dari layanan tersebut. Teori praktik keperawatan humanistik juga memaparkan

bahwa perawat dan pasien merupakan bagian integral dalam situasi perawat-pasien, hal ini terdeskripsikan dalam sebuah pengalaman yang mempengaruhi pertemuan tersebut. Esensi dari teori humanistic keperawatan menurut Paterson dan Zderad adalah sebuah fenomena yang di alami oleh perawat dalam kesehariannya.



Sumber: Parker and Smith, 2005

Hubungan antara perawat dan pasien dalam teori humanistic memandang bahwa keperawatan adalah suatu dialog hidup yang menggabungkan transaksi intersubjektif dimana perawat dan pasien bertemu, berhubungan dan hadir secara total dalam pengalaman secara eksistensial yang mencakup keintiman dan mutualitas. Perawat menampilkan dirinya sebagai penolong yang siap membantu pasien. Perawat terbuka untuk memahami apa yang dirasakan pasien dengan tujuan perbaikan atau kesembuhan. Keterbukaan adalah kualitas penting untuk dialog keperawatan humanistik

Asumsi Dasar Teori Humanistik

Menurut buku Teori Keperawatan oleh Maleis AI (1997) terdapat beberapa asumsi dasar dari teori keperawatan humanistik dinataranya:

1. Keperawatan merupakan hubungan eksistensial antara dua manusia yang memasuki hubungan tersebut.
2. Perawat dan pasien sebagai manusia merupakan bagian dari makhluk bio-psiko-sosial yang unik dan berpotensi untuk berkembang melalui pilihan dan intersubjektivitas.
3. Pengalaman saat ini didefinisikan dari masa lalu, masa kini, dan masa depan, dan dipengaruhi dari ketiganya, meskipun demikian secara keseluruhan pengalaman tersebut lebih kecil dibandingkan masa depan.
4. Setiap pertemuan dengan manusia lainnya merupakan sebuah pertemuan yang terbuka dan mendalam, serta memiliki keintiman dan humanis. Hal tersebut juga memengaruhi anggota dari pertemuan tersebut.
5. Manusia diharapkan dapat terlibat dalam perawatannya sendiri termasuk peran dalam pengambilan keputusan, hal ini merupakan dasar sebagai manusia yang bebas untuk diri mereka sendiri.
6. Semua tindakan keperawatan dapat mempengaruhi kualitas hidup dan kematian seseorang
7. Perawat dan pasien hidup berdampingan, oleh demikian, mereka sebagai makhluk independen dan saling bergantung.
8. Seorang perawat harus memiliki rasa penerimaan diri terhadap permasalahan yang dialami dari orang lain (pasien), meskipun demikian perawat tidak boleh terpengaruhi apalagi larut dalam kondisi tersebut. Hal ini dapat ditafsirkan sebagai ketenangan, kendali, ketertiban, dan kegembiraan

9. Manusia memiliki kemampuan secara alamiah dalam memandang permasalahan dari sudut mereka dan pandangan sudut orang lain terhadap dunia.
10. Bentuk eksistensial seorang perawat dalam konteks perawatan pasien dapat tergambarkan dalam keterlibatan seluruh perawat dalam ruang dan waktu yang dapat di rasakan oleh pasien.
11. Tujuan keperawatan diantaranya untuk meningkatkan kesejahteraan yang dimanifestasikan dalam sebuah proses membuat pilihan yang bertanggung jawab oleh perawat dan pasien.
12. Fenomenanya yang muncul dalam konteks pasien-perawat adalah orang yang membutuhkan pertolongan dan orang yang membantu dalam keadaannya sendiri
13. Dalam sebuah hubungan meningkatkan kesejahteraan diperlukan keintiman dan mutualitas.

Proses Keperawatan dalam Teori Humanistik

Dalam buku *Nursing Models for Practice* (1996) Paterson dan Zderad melaporkan bahwa proses keperawatan dideskripsikan dalam sebuah fenomena pengalaman seorang perawat. Paterson dan Zderad mengembangkan lima fase dalam proses keperawatan yang menggambarkan pengalaman klinik serta menggambarkan pemahaman yang terintegrasi dalam pengetahuan. Pengembangan pengetahuan serta metode berhubungan dengan pengalaman perawat dalam praktik diantaranya:

1. Fase pra-interaksi

Fase ini dikenal dengan sebuah persiapan perawat untuk mengidentifikasi dan mengenal. Pada fase ini juga perawat bertindak menggali seluruh informasi serta bersedia mengambil risiko (kemungkinan di tolak) dan berpikiran terbuka, artinya dapat menerima keputusan untuk mendekati hal yang tidak diketahui secara terbuka. Seorang perawat bersikap terbuka serta bersiap-siap dalam

mengembangkan pengalaman mereka, perawat juga harus mempersiapkan diri serta perhatian penuh untuk pasien. Dalam tahapan ini, tujuan perawat ingin membantu serta mempersiapkan informasi untuk pasien dari sudut pandang “disini dan sekarang”

2. Fase Intuitif

Seorang perawat pada tahap ini, mencoba memahami kondisi pasien seperti dalam hubungan ‘saya’ dan ‘engkau’ yang mana perawat sebagai “saya” tidak menempatkan dirinya di atas “engkau” selaku pasien. Artinya perawat menerjemahkan kondisi pasien dalam konteks empati. Kehadiran seorang perawat yang diikuti dengan komunikasi intim dapat mempengaruhi kualitas hubungan perawat-pasien, sehingga seorang pasien dapat mengizinkan seorang perawat melihat sekilas permasalahan dalam sudut pandang “disini dan sekarang”

3. Fase ilmiah

Perawat di tahap ini mulai menganalisa serta bertindak mengamati permasalahan pasien. Pada tahapan ini juga, seorang perawat memahami dari sebuah situasi serta merefleksikan pengalaman mereka. Selain itu, mulai menganalisa situasi serta mensintesisnya menjadi sebuah ide, contoh dan referensi sehingga menghasilkan idea atau poin-poin dalam bentuk tematik. Adapun kemungkinan bentuk analisisnya yaitu berupa memilah, membandingkan, mengkontraskan, menghubungkan, menafsirkan, dan mengkategorikan.

4. Fase Sintesis

Perawat dapat membandingkan pengalaman saat ini dengan masa lalu yang telah dilewati bersama pasien. Sehingga, dengan mempertimbangkan persamaan, kemiripan atau perbedaan demikian dapat memperluas pemahaman mereka. Selain itu, pada tahapan ini dilihat dari kemampuan perawat

untuk mengintegrasikan apa yang telah di analisisnya dengan mengembangkan serta melihat diri mereka sendiri sebagai sumber pengetahuan, dalam hal ini perawat diharapkan dapat memberikan seluruh informasi yang ingin diketahui oleh pasien melalui pendidikan kesehatan maupun pengalaman mereka

5. Fase Paradoks

Pada tahap ini seorang perawat telah mengidentifikasi kontradiksi penerapan pengetahuan dan informasi dalam lingkungan praktis-klinis. Perawat berperan menyelesaikan perbedaan yang mungkin muncul selama implementasi keperawatan. Seorang perawat dapat menerima sebuah paradoks dari chaos sebuah kehidupan dan menggambarkan penemuan dari pengetahuan baru sebagai sebuah cara perawat untuk memahami serta yang bermanfaat.

Daftar Pustaka

- Butts, J.B, & Rich, K.L. (2018). Third edition: Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice. Burlington: Jones and bartlett learning
- Maleis AI. (1997). Theoretical of Nursing: Development and Progress (3rd edn). Lippincott: Philadelphia
- Mudd, A., Feo, R., Conroy, T., & Kitson, A. (2020). Where and how does fundamental care fit within seminal nursing theories: A narrative review and synthesis of key nursing concepts. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3652–3666. <https://doi.org/10.1111/jocn.15420>
- Parker ME, Smith TH. (2005). Nursing theories and nursing practice. FA Davis,p.128
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1988). Humanistic Nursing. National League for Nursing Press.
- Pearson, A. Vaughan, B., Fitzgerld, M.,(1996). Nursing models for practice. Butterworth-Heinemann Medical
- Pmhealthnp. (2023). Retrived <https://pmhealthnp.com/josephine-paterson-loretta-zderad-humanistic-nursing-theory/>
- Wolf, Z., & Bailey, D. (2013). Paterson and Zderad's Humanistic Nursing Theory: Concepts and Applications. *International Journal of Human Caring*, 17, 60–73. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.17.4.60>
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540–555. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.12670>

Profil Penulis



Triyana Harlia Putri, S.KEP., NS., M.KEP

Menjadi seorang penulis merupakan sebuah tantangan yang dimulai sejak penulis berkecimpung di dunia Pendidikan. Sejak tahun 2012, penulis menyelesaikan Pendidikan dan mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan serta Profesi Ners di Universitas Andalas, hingga memperoleh Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Jiwa di kampus yang sama sebelumnya pada tahun 2016. Dalam mewujudkan karir sebagai seorang dosen professional yang menjunjung tinggi Tri Dharma Perguruan Tinggi, Penulis aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya dalam keperawatan maupun kesehatan jiwa hingga penulis juga mengikuti berbagai kegiatan pengabdian masyarakat dalam beberapa tahun terakhir. Sejauh ini, penulis juga menulis buku serta modul yang diperuntukan untuk umum dan mahasiswa di Perguruan Tinggi tempat penulis bekerja saat ini yaitu Universitas Tanjungpura, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara Indonesia.

Email Penulis: triyana.harliaputri@ners.untan.ac.id

MODEL TEORI NOLA J PENDER: MODEL PROMOSI KESEHATAN

Minarti, S.Kep, Ns., M. Kep, Sp. Kom

Poltekkes Kemenkes Surabaya

Pendahuluan

Model promosi kesehatan merupakan sebuah perspektif teoritis yang mengeksplorasi faktor-faktor dan hubungan yang berkontribusi terhadap perilaku yang mempromosikan kesehatan untuk meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup. Model promosi kesehatan (Health Promotion Model/ HPM), yang dikembangkan pada awal tahun 1980-an oleh Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) merupakan kerangka kerja yang berfungsi sebagai panduan untuk mengeksplorasi proses biopsikososial yang kompleks yang mendorong individu untuk terlibat dalam perilaku kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan Kesehatan.

Model ini berawal dari adanya penelitian tentang 7 faktor persepsi kognitif dan 5 faktor modifikasi tingkah laku yang mempengaruhi dan meramalkan tentang perilaku kesehatan. Pusat dari HPM adalah sosial learning theory dari Albert Bandura yang menyatakan pentingnya proses pengetahuan dalam merubah perilaku. *Social learning theory*, sekarang diubah menjadi *social cognitive theory* yang mencakup *self-beliefs: self-attribution, self-evaluation, and self-efficacy*. *Self-efficacy* merupakan gagasan utama dalam HPM. HPM mengembangkan cakupan perilaku untuk meningkatkan

kesehatan dan kemampuan untuk mengaplikasikannya sepanjang hidup. Proses menyempurnakan HPM mengalami beberapa perubahan. Pertama, *Importance of health, perceived control of health and cues for action* dihapus dari model. Kedua, *definition of health, perceived health status and demographic and biological characteristics* telah dimasukkan dalam kategori *personal factors* pada tahun 1966 dalam revisi HPM. Terakhir, revisi HPM mengikuti tiga variabel baru dimana variabel tersebut membawa pengaruh kepada individu untuk tertarik dalam perilaku promosi kesehatan yang merupakan *outcome* dari HPM. (Pender, 1966 dalam Tomey & Alligood, 2006) variabel tersebut antara lain, a). *Activity-related affect*, b). *Commitment to a plan of action*, c). *Immediate competing demand and preferences*.

Konsep Kunci dalam Keperawatan sebagai Dasar untuk Model Promosi Kesehatan

Menurut Pender (2011) terdapat 5 kunci pandangan yang dapat dijadikan sebagai kunci dalam mengembangkan model promosi kesehatan yaitu:

1. Manusia adalah organisme biopsikososial yang sebagian dibentuk oleh lingkungan, tetapi juga berusaha untuk menciptakan lingkungan di mana potensi manusia yang melekat dan diperoleh dapat diekspresikan sepenuhnya. Dengan demikian, hubungan antara manusia dan lingkungan bersifat timbal balik. Karakteristik individu serta pengalaman hidup membentuk perilaku termasuk perilaku kesehatan.
2. Lingkungan adalah konteks sosial, budaya dan fisik di mana kehidupan berlangsung.
3. Lingkungan dapat dimanipulasi oleh individu untuk menciptakan konteks isyarat yang positif dan fasilitator untuk perilaku yang meningkatkan kesehatan.
4. Keperawatan adalah kolaborasi dengan individu, keluarga, dan masyarakat untuk menciptakan kondisi yang paling menguntungkan untuk

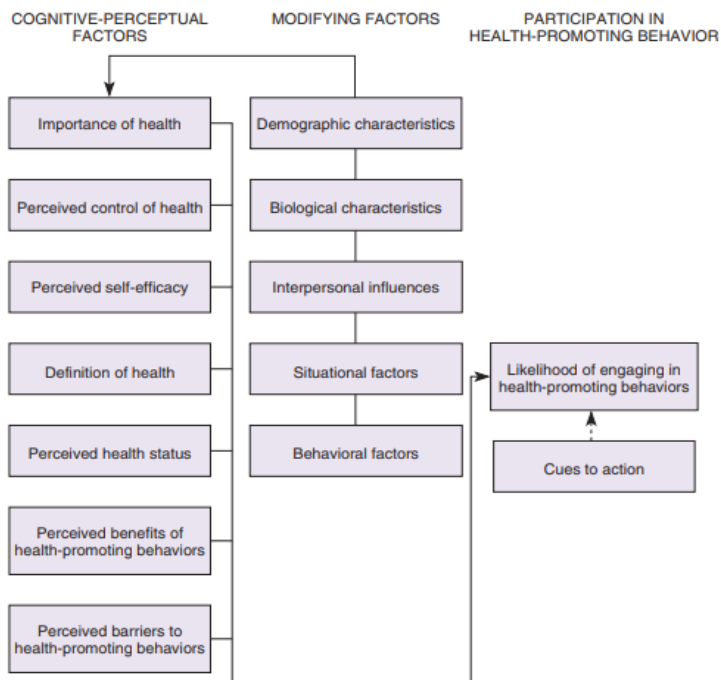
mengekspresikan kesehatan yang optimal dan kesejahteraan tingkat tinggi.

5. Kesehatan yang mengacu pada individu didefinisikan sebagai aktualisasi yang melekat dan potensi manusia yang melekat dan diperoleh melalui perilaku yang diarahkan pada tujuan, perawatan diri yang kompeten, dan hubungan yang memuaskan dengan orang lain, sementara penyesuaian dilakukan sesuai kebutuhan untuk mempertahankan integritas struktural dan keselarasan dengan lingkungan yang relevan. Kesehatan adalah kehidupan yang terus berkembang dari pengalaman. Ada beberapa definisi untuk kesehatan keluarga dan kesehatan masyarakat yang telah diusulkan oleh penulis lain.
6. Penyakit adalah kejadian yang berbeda sepanjang rentang hidup baik dalam jangka waktu pendek (akut) maupun panjang (kronis) yang dapat menghalangi atau memudahkan seseorang untuk mencapai kesehatan.

Sumber-Sumber Teoritis

Latar belakang Pender di bidang keperawatan, perkembangan manusia psikologi eksperimental, dan pendidikan membawanya untuk menggunakan perspektif keperawatan holistik, psikologi sosial, dan teori belajar sebagai dasar untuk model promosi kesehatan. Model promosi kesehatan (Gbr.1) mengintegrasikan beberapa konstruk. Inti dari model promosi kesehatan adalah teori pembelajaran sosial dari Albert Bandura (1977), yang mendalilkan pentingnya proses kognitif dalam perubahan perilaku. Teori pembelajaran sosial, yang sekarang diberi judul teori kognitif sosial, mencakup keyakinan diri berikut ini: atribusi diri, evaluasi diri, dan efikasi diri. Efikasi diri adalah konstruksi utama dari model promosi kesehatan (HPM) (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Model nilai harapan dari motivasi manusia merupakan hal yang penting dalam pengembangan model ini. Model Promosi Kesehatan memiliki konstruksi yang mirip dengan model kepercayaan kesehatan (*Health*

belief model) yang menjelaskan perilaku pencegahan penyakit; tetapi HPM berbeda dari model model kepercayaan kesehatan karena tidak memasukkan rasa takut atau ancaman sebagai sumber motivasi perilaku kesehatan. HPM diperluas untuk mencakup perilaku untuk meningkatkan kesehatan dan berlaku di seluruh rentang kehidupan (Pender, 1996; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002). Berikut model promosi kesehatan sebelum dilakukan revisi.



Gambar 12.1. Sumber: Alligood, M. R. (2018) Nursing Theorists And Their Work, Ninth Edition. St. Louis Missouri: Elsevier.

Konsep dan Definisi Utama

Konsep dan definisi utama yang disajikan disini dapat ditemukan dalam model promosi kesehatan yang telah direvisi (Pender et al., 2006), dijelaskan sebagai berikut:

1. Perilaku Terkait Sebelumnya

Perilaku terkait sebelumnya mengacu pada frekuensi perilaku yang sama atau perilaku serupa di masa lalu. Hal ini memiliki efek langsung dan tidak langsung terhadap kemungkinan terlibat dalam perilaku promosi kesehatan.

2. Faktor Pribadi

Faktor pribadi dikategorikan sebagai faktor biologis, psikologis, dan sosial budaya. Faktor-faktor ini dapat memprediksi perilaku tertentu dan dibentuk oleh sifat target perilaku yang sedang dipertimbangkan.

3. Faktor Biologis Pribadi

Termasuk dalam faktor biologis pribadi adalah variabel seperti usia, jenis kelamin, indeks massa tubuh, status pubertas, status menopause, kapasitas aerobik, kekuatan, kelincahan, dan keseimbangan.

4. Faktor Psikologis Pribadi

Faktor psikologis pribadi meliputi variabel-variabel seperti harga diri, motivasi diri, kompetensi pribadi, status kesehatan yang dirasakan, dan definisi kesehatan.

5. Faktor Sosio-kultural Pribadi

Faktor-faktor seperti ras, etnis, akulturasi, pendidikan, dan status sosial ekonomi termasuk dalam faktor sosio-kultural.

6. Kognisi dan Afek Spesifik Perilaku

Berikut ini adalah kognisi dan afek spesifik perilaku dan afek yang dianggap sebagai signifikansi motivasi utama; variabel ini dapat dimodifikasi melalui tindakan keperawatan

7. Manfaat yang Dirasakan dari Tindakan

Manfaat yang dirasakan dari tindakan adalah hasil positif yang diantisipasi yang akan dihasilkan dari perilaku kesehatan.

8. Hambatan yang Dirasakan untuk Bertindak

Hambatan yang dirasakan untuk bertindak adalah antisipasi, bayangan, atau nyata hambatan dan biaya pribadi untuk melakukan perilaku tertentu.

9. Komitmen terhadap Rencana Aksi

Komitmen ini menggambarkan konsep niat dan identifikasi strategi terencana yang mengarah pada implementasi perilaku kesehatan.

10. Tuntutan dan Preferensi yang Bersaing Segera

Tuntutan yang bersaing adalah perilaku alternatif yang mana individu memiliki kontrol yang rendah, karena ada kontinjensi lingkungan seperti pekerjaan atau keluarga tanggung jawab perawatan. Preferensi yang bersaing adalah perilaku alternatif di mana individu memiliki kontrol yang relative.

11. Efikasi Diri yang Dipersepsikan

Efikasi diri yang dirasakan adalah penilaian terhadap kemampuan pribadi untuk mengatur dan melaksanakan perilaku yang meningkatkan kesehatan. Efikasi diri yang dirasakan mempengaruhi hambatan yang dirasakan untuk tindakan, sehingga efikasi yang lebih tinggi menghasilkan persepsi yang lebih rendah hambatan terhadap kinerja perilaku.

12. Pengaruh Terkait Aktivitas

Pengaruh yang berhubungan dengan aktivitas menggambarkan perasaan positif atau perasaan positif atau negatif subjektif yang terjadi sebelum, selama, dan setelah perilaku berdasarkan sifat stimulus dari perilaku itu sendiri. Afek terkait aktivitas memengaruhi efikasi diri yang dirasakan, yang berarti semakin positif perasaan subjektif,

semakin semakin besar perasaan efikasi. Pada gilirannya, peningkatan perasaan efikasi dapat menghasilkan pengaruh positif lebih lanjut.

13. Pengaruh Interpersonal

Pengaruh ini adalah kognisi mengenai perilaku, keyakinan, atau sikap orang lain. Pengaruh interpersonal meliputi norma (ekspektasi orang lain yang signifikan), dukungan sosial (dorongan instrumental dan emosional), dan pemodelan (pembelajaran perwakilan dengan mengamati orang lain yang terlibat dalam orang lain yang terlibat dalam perilaku tertentu). Sumber utama pengaruh interpersonal adalah keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan.

14. Pengaruh Situasional

Pengaruh situasional adalah persepsi dan kognisi pribadi tentang situasi atau konteks tertentu yang dapat memfasilitasi yang dapat memfasilitasi atau menghambat perilaku. Pengaruh ini mencakup persepsi tentang pilihan yang tersedia pilihan yang tersedia, karakteristik permintaan, dan fitur estetika lingkungan di mana perilaku yang mempromosikan kesehatan diusulkan untuk dilakukan. Pengaruh situasional mungkin memiliki pengaruh langsung atau tidak langsung terhadap perilaku kesehatan.

15. Antecedent Langsung dari Perilaku dan Perilaku Hasil

Berikut ini adalah antecedent langsung dari perilaku atau hasil perilaku. Sebuah peristiwa perilaku dimulai oleh komitmen untuk bertindak kecuali jika ada yang tidak dapat dihindari atau preferensi yang bersaing yang tidak dapat ditolak, kontrol yang tinggi, seperti pilihan es krim atau apel untuk camilan.

16. Perilaku yang Meningkatkan Kesehatan

Perilaku yang meningkatkan kesehatan adalah titik akhir atau tindakan yang diarahkan untuk mencapai hasil kesehatan yang positif. positif seperti kesehatan

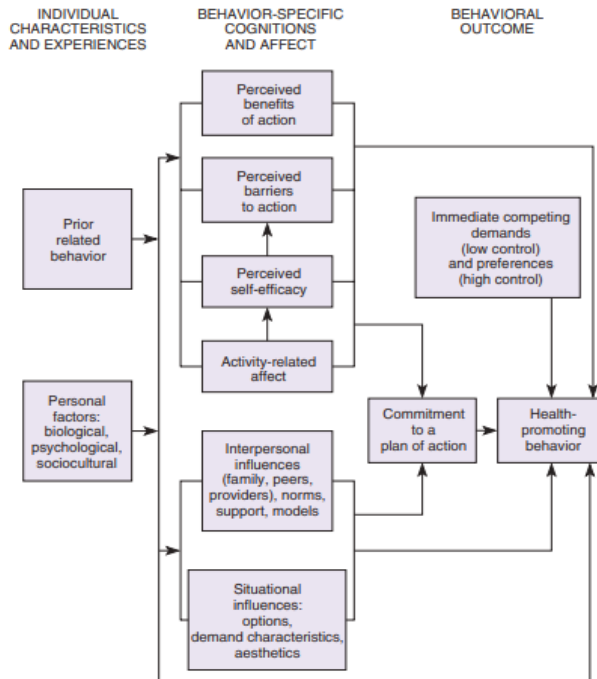
yang optimal, kepuasan pribadi, dan kehidupan yang produktif, dan kehidupan yang produktif. Contoh perilaku yang meningkatkan kesehatan adalah makan makanan yang sehat, berolahraga secara teratur, mengelola stres, mendapatkan istirahat yang cukup dan pertumbuhan spiritual, dan membangun hubungan yang positif.

Penggunaan Bukti Empiris

Dasar pemikiran untuk revisi model promosi kesehatan berasal dari penelitian. Proses penyempurnaan model promosi kesehatan, seperti yang diterbitkan pada tahun 1987, menghasilkan beberapa perubahan dalam model (lihat Gbr. 2), yaitu: Pertama, pentingnya kesehatan, kontrol yang dirasakan terhadap kesehatan, dan isyarat untuk bertindak dihapus. Kedua, definisi kesehatan, status kesehatan yang dirasakan, dan karakteristik demografis dan biologis diposisikan ulang sebagai faktor pribadi dalam revisi model promosi kesehatan tahun 1996. Ketiga, model promosi kesehatan yang telah direvisi, menambahkan tiga variabel baru yang mempengaruhi individu untuk terlibat dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan:

1. Pengaruh yang berhubungan dengan aktivitas
2. Komitmen terhadap rencana tindakan
3. Permintaan dan preferensi yang bersaing secara langsung

Model promosi kesehatan yang telah direvisi berfokus pada 10 kategori penentu perilaku yang mempromosikan kesehatan. Model yang telah direvisi ini mengidentifikasi konsep-konsep yang relevan dengan perilaku yang meningkatkan kesehatan dan memfasilitasi pembuatan hipotesis yang dapat diuji (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002), pada gambar berikut:



Gambar 12.2. Sumber: Alligood, M.R. (2018) Nursing Theor

Asumsi Utama

Asumsi-asumsi mencerminkan perspektif ilmu perilaku dan menekankan peran aktif pasien dalam mengelola perilaku kesehatan dengan memodifikasi konteks lingkungan. Asumsi utama dari model promosi kesehatan membahas orang, lingkungan, dan kesehatan sebagai berikut:

1. Orang berusaha untuk menciptakan kondisi kehidupan yang dimana mereka dapat mengekspresikan potensi kesehatan manusia yang unik kesehatan manusia yang unik.
2. Orang memiliki kapasitas untuk kesadaran diri yang reflektif, termasuk penilaian kompetensi mereka sendiri.

3. Individu menghargai pertumbuhan ke arah yang dipandang positif dan berusaha untuk mencapai keseimbangan yang dapat diterima secara pribadi antara perubahan dan stabilitas.
4. Individu berusaha untuk secara aktif mengatur perilaku mereka sendiri.
5. Individu dalam segala kompleksitas biopsikososialnya berinteraksi dengan lingkungan, secara progresif mengubah lingkungan dan berubah dari waktu ke waktu.
6. Profesional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal, yang memberikan pengaruh pada individu sepanjang rentang hidup mereka.
7. Konfigurasi ulang yang diprakarsai sendiri dari orang-lingkungan, pola-pola interaktif sangat penting untuk perubahan perilaku.

Pernyataan Teoritis

Model ini menggambarkan sifat manusia yang beragam yang berinteraksi dengan lingkungan saat mereka mengupayakan kesehatan. HPM memiliki fokus yang berorientasi pada kompetensi atau pendekatan (Pender, 1996). Promosi kesehatan dimotivasi oleh keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan dan mengaktualisasikan potensi manusia (Pender, 1996). Promosi Kesehatan dalam Pender (1982) menegaskan bahwa proses biopsikososial yang kompleks memotivasi individu untuk terlibat dalam perilaku yang diarahkan pada peningkatan kesehatan. Terdapat empat belas pernyataan teoritis yang berasal dari model tersebut (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002), yaitu:

1. Perilaku sebelumnya dan karakteristik yang diwariskan dan diperoleh mempengaruhi keyakinan, pengaruh, dan penerapan perilaku yang mempromosikan kesehatan.

2. Orang berkomitmen untuk terlibat dalam perilaku yang mereka mengantisipasi memperoleh manfaat yang dihargai secara pribadi.
3. Hambatan yang dirasakan dapat membatasi komitmen untuk bertindak, mediator perilaku, dan perilaku aktual.
4. Kompetensi yang dirasakan atau efikasi diri untuk melaksanakan suatu perilaku meningkatkan kemungkinan komitmen untuk tindakan dan kinerja perilaku yang sebenarnya.
5. Efikasi diri yang dirasakan lebih besar menghasilkan lebih sedikit yang dirasakan lebih sedikit terhadap perilaku kesehatan tertentu.
6. Afek positif terhadap suatu perilaku menghasilkan lebih banyak efikasi diri yang dirasakan, yang pada gilirannya, dapat menghasilkan peningkatan afek positif.
7. Ketika emosi atau afek positif dikaitkan dengan suatu perilaku, kemungkinan komitmen dan tindakan adalah meningkat.
8. Orang lebih mungkin untuk berkomitmen dan terlibat dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan ketika orang lain yang signifikan mencontohkan perilaku tersebut, mengharapkan perilaku tersebut terjadi, dan memberikan bantuan dan dukungan untuk memungkinkan perilaku tersebut
9. Keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan merupakan sumber pengaruh interpersonal yang penting yang dapat meningkatkan atau menurunkan komitmen dan keterlibatan dalam perilaku yang mempromosikan kesehatan.
10. Pengaruh situasional di lingkungan eksternal dapat meningkatkan atau menurunkan komitmen atau partisipasi atau partisipasi dalam perilaku yang mempromosikan kesehatan.

11. Semakin besar komitmen terhadap rencana tindakan tertentu, semakin besar kemungkinan perilaku yang mempromosikan kesehatan untuk dipertahankan dari waktu ke waktu.
12. Komitmen terhadap suatu rencana tindakan lebih kecil kemungkinannya untuk menghasilkan perilaku yang diinginkan ketika ada tuntutan yang bersaing yang tidak dapat dikontrol oleh seseorang membutuhkan perhatian segera. perhatian.
13. Komitmen terhadap suatu rencana tindakan lebih kecil kemungkinannya untuk menghasilkan dalam perilaku yang diinginkan ketika tindakan lain lebih lebih menarik dan dengan demikian lebih disukai daripada perilaku target.
14. Orang dapat memodifikasi kognisi, afek, dan lingkungan interpersonal dan fisik untuk menciptakan insentif bagi tindakan kesehatan.

Penilaian Klinis untuk Rencana Promosi Kesehatan

Model promosi kesehatan dirumuskan melalui induksi dengan menggunakan penelitian yang sudah ada untuk membentuk pola pengetahuan tentang perilaku kesehatan. Model promosi kesehatan adalah model konseptual yang darinya teori-teori tingkat menengah dapat dikembangkan. Model ini dirumuskan dengan tujuan untuk mengintegrasikan apa yang diketahui tentang perilaku promosi kesehatan untuk menghasilkan pertanyaan-pertanyaan untuk pengujian lebih lanjut. Model ini menggambarkan bagaimana kerangka kerja penelitian sebelumnya dan bagaimana konsep-konsep dapat dikembangkan untuk studi lebih lanjut, seperti Hsuan dan Pei (2021) yang melakukan penelitian dengan menerapkan Model Promosi Kesehatan Pender untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan partisipasi lansia dalam kegiatan promosi kesehatan berbasis masyarakat. Berikut merupakan contoh penilaian klinis untuk rencana promosi kesehatan berdasarkan Model Promosi Kesehatan dalam

meningkatkan aktifitas fisik dan nutrisi pada remaja (Pender, 2011, Brenda & Barbara, 2006):

1. Meningkatkan Aktivitas Fisik

Kaji tahap aktivitas fisik saat ini [pre-contemplation (PC)], contemplation (C), Planning (P), Action (A), Maintenance (M)]. Jika pada tahap C, P, atau A, lanjutkan. Jika dalam tahap M, perkuat perilaku positif. Jika dalam tahap PC, perkuat manfaat aktivitas fisik dan kaji kesiapan di lain waktu.

Perilaku Sebelumnya

Upaya apa yang pernah Anda lakukan di masa lalu untuk aktif secara fisik?

Apa yang Anda pelajari dari pengalaman ini?

Pengaruh Pribadi

Apa saja manfaat pribadi dari menjadi lebih aktif?

Masalah (hambatan) apa yang mungkin Anda alami untuk menjadi lebih aktif?

Seberapa yakin Anda (efikasi diri) bahwa Anda dapat mengatasi hambatan-hambatan ini untuk menjadi lebih aktif?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tidak Yakin

Sangat Yakin

Aktivitas fisik apa yang paling Anda sukai? (pengaruh yang berhubungan dengan aktivitas)

Pengaruh Interpersonal

Norma Sosial - Apakah ada anggota keluarga atau teman Anda yang mengharapkan Anda untuk aktif secara fisik?
Ya Tidak

Jika ya, siapa?

Dukungan Sosial - Siapa yang akan mendorong Anda untuk aktif atau ikut aktif bersama Anda?

Model Peran - Apakah ada anggota keluarga atau teman Anda yang aktif secara fisik 3-5 kali kali setiap minggu?
Ya Tidak

Jika ya, siapa dan apa yang mereka lakukan?

Pengaruh Situasional

Di mana Anda dapat aktif secara fisik melakukan apa yang Anda sukai?

Komitmen terhadap Rencana Aksi

Apakah Anda siap untuk menetapkan tujuan dan mengembangkan rencana untuk menjadi lebih aktif?
Ya Tidak

Langkah-langkah Rencana

Tuntutan dan Preferensi yang Bersaing (Pada Tindak Lanjut)

Masalah apa yang Anda hadapi dalam upaya untuk menjadi lebih aktif?

Bagaimana Anda dapat menghindari masalah-masalah ini di masa depan?

2. Meningkatkan Nutrisi

Kaji tahap praktik gizi positif saat ini [pra-kontemplasi (PC), perenungan (C), perencanaan/persiapan (P), tindakan (A), pemeliharaan (M)]. Jika dalam tahap C, P, atau A, lanjutkan. Jika dalam tahap M, perkuat perilaku positif. Jika dalam tahap PC, perkuat manfaat dari praktik gizi yang positif, dan menilai kesiapan di lain waktu.

Perilaku Sebelumnya

Upaya apa yang pernah Anda lakukan di masa lalu untuk mengonsumsi makanan sehat di tempat kerja dan di rumah?

Apa yang Anda pelajari dari upaya ini?

Pengaruh Pribadi

Apa saja manfaat pribadi dari memperbaiki kebiasaan makan Anda?

Masalah (hambatan) apa yang mungkin Anda alami saat mencoba mengonsumsi makanan yang lebih sehat (lebih banyak sayuran,

lebih banyak buah, makanan rendah lemak, dan biji-bijian sehat)?

Seberapa yakin Anda (efikasi diri) bahwa Anda dapat mengatasi hambatan-hambatan ini untuk makan sehat?

1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

Tidak

Yakin

Sangat Yakin

Makanan sehat apa yang paling Anda sukai? (pengaruh yang berhubungan dengan aktivitas)

Pengaruh Interpersonal

Norma Sosial - Apakah ada anggota keluarga atau teman Anda yang mengharapkan Anda untuk makan makanan sehat? Ya Tidak

Jika ya, siapa dan apa yang mereka lakukan?

Dukungan Sosial - Siapa yang akan mendorong Anda untuk makan makanan sehat dan menyantapnya bersama Anda?

Model Peran - Apakah ada anggota keluarga atau teman Anda yang sering makan makanan sehat sebagian besar waktu? Ya Tidak

Jika ya, siapa?

Apa yang Anda makan?

Pengaruh Situasional - Di mana Anda dapat menemukan makanan sehat yang Anda sukai?

Kerja? _____

Rumah? _____

Lain- lain? _____

Komitmen terhadap Rencana Aksi

Apakah Anda siap untuk menetapkan tujuan dan mengembangkan rencana untuk makan makanan yang lebih sehat? Ya Tidak

Langkah-Langkah Rencana Makan Sehat

Tuntutan dan Preferensi yang Bersaing (Pada Tindak Lanjut)

Masalah apa yang Anda hadapi dalam mencoba mengonsumsi makanan yang lebih sehat?

Bagaimana Anda dapat menghindari masalah ini di masa depan?

Pergerakan menuju tanggung jawab dan akuntabilitas yang lebih besar untuk praktik kesehatan secara individu agar berhasil membutuhkan dukungan profesi keperawatan melalui pengembangan praktik berbasis bukti. Model promosi kesehatan berevolusi dari program penelitian substantif dan terus memberikan arahan untuk praktik kesehatan yang lebih baik. Model ini memandu penelitian lebih lanjut di berbagai populasi, yang dapat dimanfaatkan untuk praktisi keperawatan dan pendidikan.

Daftar Pustaka

- Alligood, M.R & Tomey, A.M. (2006). *Nursing Theories and their work*, 7 th edn, Mosby Elsevier, St. Louis, Missouri
- Alligood, M.R. (2018) *Nursing Theorists And Their Work*, Ninth Edition. St. Louis Missouri: Elsevier
- Brenda J. S., Barbara, V.F. (2006). Health Promotion in Adolescents: A Review of Pender's Health Promotion Model. *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19 No. 4, October 2006, 366-373 DOI: 10.1177/0894318406292831
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16982726/>
- Hsuan, H. C., Pei, L. H., (2021). Applying the Pender's Health Promotion Model to Identify the Factors Related to Older Adults' Participation in Community-Based Health Promotion Activities
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639294/>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- Pender, N. J. (2011). *The Health Promotion Model: Manual*
https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Profil Penulis



Minarti, S. Kep. Ns; M. Kep. Sp. Kom merupakan salah satu dosen di Poltekkes Kemenkes Surabaya pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners di Surabaya. Diawali dengan masuk di Pendidikan DIII Keperawatan di Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Soetomo Surabaya, Pendidikan S1 Keperawatan di Unair dan Pendidikan terakhir adalah Magister Keperawatan Spesialis Komunitas di Universitas Indonesia lulus tahun 2007. Aktif melaksanakan tridharma perguruan tinggi yaitu di bidang pendidikan melaksanakan pengajaran sejak tahun 2007 sampai sekarang sebagai pengampu mata kuliah keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik, di samping mengajar pada mata kuliah yang lain. Selain mengajar juga melaksanakan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang didanai oleh institusi internal. Melaksanakan publikasi berupa tim penulis book chapter, monograf dan berbagai artikel baik nasional maupun internasional sebagai penulis utama maupun penulis anggota. Di bidang organisasi penulis selain menjadi anggota PPNI juga sebagai Pengurus di Organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Provinsi Jawa Timur, serta sebagai tim Narasumber Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam kegiatan Pelatihan Perawat Puskesmas.

Email Penulis: minarti@poltekkesdepkes-sby.ac.id

MODEL TEORI ROSEMARIE RIZZO PARSE: MENJADI MANUSIA

Ns. Ayu Dita Handyaningtyas, S.Kep., M.Kep.

Universitas Diponegoro

Biografi



Rosemarie Rizzo Parse lahir pada 28 Juli 1938. Parse menempuh pendidikan master dan doktoral di Duquesne University di Pittsburgh, Pennsylvania. Parse menjadi pendiri dan editor di *Nursing Science Quarterly*, dan presiden *Discovery International*, yang mendukung konferensi teori keperawatan internasional. Parse juga menjadi pendiri *Institute of Human Becoming* dan mengajarkan tentang aspek ontologis, epistemologis, dan metodologis dari pemikiran *Human Becoming* (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

Konsep Teori Keperawatan Rosemarie Rizzo Parse

Teori menurut Parse menjelaskan tentang relasi antar manusia dan lingkungannya ketika terdapat permasalahan kesehatan. Inti dari teori Parse adalah hubungan manusia dan lingkungan, peningkatan derajat kesehatan, dan kebebasan pemilihan alternatif pemecahan masalah dalam sebuah situasi. Penjelasan tersebut adalah sebagai berikut (Rofii, 2021):

1. Hubungan manusia dan lingkungan

Manusia merupakan sebuah sistem yang terbuka. Manusia memiliki usaha untuk mencari tahu dan menerima segala bentuk informasi. Manusia akan terlibat kondisi natural alam. Manusia dapat merespon kondisi di sekitarnya sesuai dengan nilai-nilai yang dimiliki (Rofii, 2021).

2. Peningkatan derajat kesehatan

Peningkatan kesehatan muncul karena situasi manusia berhubungan dan berdampak dengan manusia lain sehingga manusia memahami dirinya dengan baik (Rofii, 2021).

3. Kebebasan memilih

Manusia memiliki kebebasan dalam memilih untuk menjadi apa dan bagaimana dalam kehidupannya (Rofii, 2021).

Paradigma Keperawatan Rosemarie Rizzo Parse

1. Manusia

Parse menyatakan manusia merupakan makhluk terbuka dan bebas memilih makna dalam situasi. Makna yang diberikan terhadap situasi mencerminkan masa lalu, sekarang dan masa depan individu. Manusia merupakan makhluk utuh yang peduli dengan kualitas hidup yang dipengaruhi oleh pengalaman pada waktu lalu dan sekarang. Manusia memiliki sifat unik. Parse berpendapat manusia adalah sistem yang universal. Manusia dapat mempengaruhi maupun dipengaruhi oleh manusia lain. Manusia berinteraksi dengan lingkungan dan memiliki pemahaman yang lebih untuk memahami proses dalam kehidupan melalui manusia lain menggunakan ide, sejarah, dan budaya. Nilai dan keyakinan yang terdapat pada manusia diidentifikasi sebagai pola hubungan yang dikenali. Pola tersebut terungkap dalam ucapan, gerakan, dan diam (Melnechenko, 1995; Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

2. Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang ikut berperan pada proses timbal balik dalam kehidupan manusia. Lingkungan mencakup suatu tempat yang tidak didefinisikan tetapi berhubungan dengan kesehatan. Konsep alam semesta tidak mungkin dipisahkan dari konsep manusia. Parse memandang dua hal tersebut tidak dapat dipisahkan yaitu bergerak bersama menuju keberagaman makhluk yang lebih besar. Alam semesta dan manusia hidup berdampingan menciptakan pola-pola hubungan manusia tersebut (Melnechenko, 1995; Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

3. Kesehatan

Kesehatan adalah proses yang dihadapi individu secara dinamis dalam mempertahankan diri untuk tetap sehat. Parse berpendapat bahwa kesehatan dan manusia memiliki hubungan dalam proses kehidupan meskipun pengertian kesehatan dan manusia dijelaskan terpisah. Kesehatan adalah cara hidup sehari-hari yang dipilih. Kesehatan mengacu pada proses transformasi menjadi diri sendiri. Kesehatan mencerminkan terungkapnya nilai-nilai yang diutamakan dalam kehidupan individu. Kesehatan individu berhubungan dengan pola hidup yang dijalani (Melnechenko, 1995; Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

4. Keperawatan

Keperawatan yang dikembangkan Parse adalah ilmu dasar yang membutuhkan dukungan teori berbeda dari disiplin keilmuan lain. Keperawatan menurut Parse sebagai ilmu manusia yang landasannya terletak pada proses kesehatan manusia dan alam semesta. Praktik keperawatan tidak terfokus pada penggunaan proses keperawatan atau perbaikan masalah yang didiagnosis, tetapi diarahkan pada panduan pemilihan kemungkinan dalam perubahan proses kesehatan. Keperawatan menjadi komponen yang hadir sebagai sesuatu yang mampu

memfasilitasi proses menuju sehat terhadap komponen lain. Tujuan praktik keperawatan adalah kualitas pelayanan kesehatan. Keperawatan akan mengarahkan individu dan keluarga dalam berbagi dan menemukan makna personal dari kondisi kesehatan yang dimiliki. Peran perawat adalah mendampingi individu dalam mengeksplorasi aspek diri dan menemukan nilai-nilai dan keyakinan baru sehubungan dengan kesehatan dan kualitas hidup. Praktik keperawatan dalam teori Parse berisi hubungan timbal balik yang penuh hormat dan rela kepada klien. Kehadiran perawat yang sebenarnya bersama orang atau keluarganya bukanlah seorang pemandu, melainkan kehadiran dengan penuh perhatian yang menginspirasi dan memanggil orang lain untuk menjelaskan momen-momen bermakna dalam hidupnya (Melnechenko, 1995; Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

Tinjauan Teori Model Konseptual Rosemarie Rizzo Parse

Human Becoming Theory mewakili pendekatan secara biomedis dan bio-psycho-sosial spiritual yang diperkenalkan Parse pada tahun 1992. Teori tersebut berasal dari Man-living-health theory tahun 1981 yang dikembangkan dengan kerja sama antara teori pakar keperawatan Eropa yaitu dari Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, dan Gadamer bersama Martha E. Rogers. Tujuan Human Becoming Theory adalah untuk menguji kualitas hidup dari sudut pandang klien. Kualitas hidup dan kesehatan ditentukan oleh setiap individu dari sudut pandang individu tersebut sendiri. Makna ditemukan dalam apa yang individu ciptakan yang sesuai dengan nilai klien. Manusia menyusun makna pada tingkat multidimensi dengan merespon ritme alam semesta yang terus berubah. Human Becoming Theory menekankan persepsi klien tentang pengalaman dan kebijaksanaan untuk membuat pilihan untuk kesehatan klien tersebut sendiri (Wilson, 2016). Human Becoming Theory memiliki tiga prinsip yaitu structuring, cocreating rhythmical pattern, and cotranscendence (Risnah & Irwan, 2021).

1. *Structuring*

Structuring merupakan prinsip yang bertujuan bekerja sama dalam struktur manusia. Prinsip ini berupaya menciptakan sesuatu melalui ekspresi diri yang berkesinambungan dalam hidup berdasarkan nilai atau cara yang dipilih. Prinsip *structuring* memiliki tiga konsep, yaitu *imaging*, *valuing*, dan *languaging* (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

a. *Imaging*

Imaging merupakan pandangan individu pada realita. Parse berpendapat bahwa manusia ingin mengetahui dan mencari jawaban terhadap sesuatu. *Imaging* juga bermakna interpretasi individu terhadap sebuah makna, kemungkinan, dan akibat. Perawat dapat mengeksplorasi, menghargai, dan menjadi saksi individu dalam pembentukan, eksplorasi, integrasi, penolakan, dan interpretasi (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

b. *Valuing*

Valuing berisi tentang keyakinan individu secara personal dan pandangan dunia. Individu membuat keputusan tentang yang dipikirkan, dilakukan, dan dirasakan dari hasil konfirmasi terhadap keyakinan tersebut (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

c. *Languaging*

Languaging merupakan cara manusia mengekspresikan realita gambaran dan prioritas nilai yang dimiliki. *Languaging* dapat diamati oleh orang lain yang sering menjadi pola dalam berbagi. *Languaging* akan tampak ketika individu berbicara, ketika melakukan perpindahan, dan dalam situasi tenang. Perawat dalam hal ini dapat menanyakan arti dari perkataan, tindakan, dan gerak tubuh jika tidak mengetahui arti dari bahasa yang dimunculkan individu (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

2. *Cocreating*

Prinsip *cocreating* memiliki arti bahwa manusia memiliki pola berirama yang menyusun interaksi dengan dunia. Pola tersebut termasuk mengungkapkan-menyembunyikan, tidak terbatas-terbatas, menghubungkan-memisahkan. Manusia menciptakan pola dalam kehidupannya yang akan menginformasikan arti dan nilai personal. Manusia dapat menciptakan pilihan dalam pola yang saling berkaitan. *Cocreating* mengandung tiga konsep yaitu *revealing-concealing*, *enabling-limiting*, dan *connecting-separating* (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

a. *Revealing-Concealing* (mengungkapkan-menyembunyikan)

Konsep ini menjelaskan tentang cara manusia dalam memperlihatkan dan sembunyi, sekaligus menjadi manusia. Konsep ini juga menjelaskan cara keterbukaan individu dalam menjaga rahasia, menentukan berbagi dan menyimpan pesan tentang identitas dan apa yang dipikirkan serta diketahui. Manusia terkadang paham terkait apa yang akan disampaikan dan diucapkan. Manusia juga menyembunyikan hal dari segala situasi yang berbeda (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

b. *Enabling-Limiting* (memungkinkan-membatasi)

Konsep ini melambangkan kebebasan dan kesempatan dalam keterbatasan pilihan dalam hidup manusia. Perawat dapat membantu individu dalam mempertimbangkan pilihan dan memiliki antisipasi akibat dari pilihan tersebut (Risnah & Irwazn, 2021; Rofii, 2021).

c. *Connecting-Separating* (menghubungkan memisahkan)

Konsep *connecting-separating* memiliki arti berkaitan-bertentangan pada manusia dalam menciptakan pola yang berhubungan dan

terpisah. Berhubungan dan terpisah yang dimaksudkan adalah tentang individu yang terpisah dari komunitas untuk bergabung dan menjelaskan antar individu yang belum terpisah dan yang dapat lebih dekat. Pola yang tercipta digunakan untuk mewujudkan prioritas nilai. Perawat perlu mempelajari pola connecting-separating individu dengan bertanya hubungan penting dan proyek di antara individu (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

3. *Cotranscendence*

Prinsip *cotranscendence* menjelaskan tentang transformasi manusia. Manusia aktif terlibat dan dapat memilih pilihan yang tidak terbatas dalam menentukan sikap, pendekatan, berhubungan dengan orang lain, dan minat. Transformasi terjadi melalui originasi dan penguasaan. *Cotranscendence* memiliki tiga konsep, yaitu *powering*, *originating*, dan *transforming* (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

a. *Powering*

Konsep *powering* merupakan konsep tentang makna perjuangan dan kemauan untuk berjuang meskipun menghadapi kesulitan dan ancaman. *Powering* menjadi usaha individu dalam mendorong perilaku dengan tujuan hidup. Perawat berperan membantu klien dalam mengeksplorasi isu, konflik, dan pilihan untuk meningkatkan proses tersebut (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

b. *Originating*

Originating menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk unik dan memiliki 2 paradoks yaitu menyesuaikan diri/tidak menyesuaikan diri dan kepastian/ketidakpastian. Manusia terkadang berjuang menjadi orang lain, tetapi juga sedang berupaya menjadi unik. Perawat menjadi saksi *originating* bersama individu yang sedang berproses memilih menentukan cara yang akan

mengubah pola kesehatan (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

c. *Transforming*

Transforming berisi konsep perubahan yang dilakukan sengaja dan perpindahan pandangan hidup yang menyertai manusia. Manusia selalu berjuang untuk terhubung yang tidak biasa dengan yang biasa terjadi dalam kehidupan yang akan mengubah pemahaman. Transformasi merupakan perubahan secara kontinyu dengan proses bernilai dan kecerdasan manusia yang mampu mengubah harapan diri sendiri. Perawat perlu membantu klien dalam mengklarifikasi harapan, impian, dan arah yang diinginkan klien (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021).

Asumsi Dasar Teori Keperawatan Roesemarie Rizzo Parse

Parse tidak memisahkan asumsi teorinya terkait alam semesta. Parse menganggap alam semesta bersifat saling menyatu dan menguntungkan manusia. Asumsi Parse tentang manusia dan proses kehidupan manusia adalah sebagai berikut (Risnah & Irwan, 2021; Rofii, 2021):

1. Manusia ada selama proses pembentukan alam semesta (keberadaan, pembentukan, dan pola).
2. Manusia merupakan makhluk terbuka dan dapat menentukan arti situasi dengan bebas dan memiliki tanggung jawab terhadap keputusan.
3. Manusia merupakan bagian terkecil dan memiliki pola hubungan teratur.
4. Manusia memiliki jangkauan luas untuk melihat lebih jauh pada berbagai potensi secara multidimensi.
5. Manusia merupakan bagian terkecil dari kesehatan manusia.
6. Manusia menjadi bagian dari pembentukan manusia dan alam semesta.

7. Manusia memiliki pola yang tercipta dari prioritas nilai dan hubungan.
8. Manusia memiliki proses terhadap berbagai potensi.
9. Manusia melalui proses menjadi manusia sebagai sebuah unit.

Parse melakukan sintesis terhadap Sembilan asumsi menjadi tiga asumsi, yaitu:

1. Proses dalam menjadi manusia merupakan kebebasan individu dalam memilih pada makna situasi dalam nilai kehidupan.
2. Proses menjadi manusia merupakan pola yang tercipta teratur dalam hubungan yang menguntungkan antara manusia dan alam semesta.
3. Proses untuk menjadi manusia bersifat multidimensional yang terhubung pada berbagai potensi atau kemungkinan.

Tema hasil sintesis tersebut dikaitkan dengan teori pembentukan manusia berupa menjadi makna, keteraturan, dan melihat lebih jauh. Kemaknaan tercipta dari pesan yang diterima manusia dan diberikan kepada orang lain yang dapat melalui percakapan, bertingkah laku, dan diam. Kemaknaan dimaksudkan kemaknaan terhadap makna yang dipilih individu. Perawat tidak dapat memahami sesuatu akan berarti bagi klien sampai klien belajar kemaknaan timbul dari pandangan klien tersebut sendiri (Risnah & Irwan, 2021).

Keteraturan menjelaskan bahwa hidup manusia merupakan pola yang tidak dapat berulang kembali dan dapat berubah secara teratur jika terhubung dengan pengalaman baru. Pola manusia dapat berubah dari hasil terhubung prioritas, ide, dan keinginan baru dan konsisten melanjutkan kehidupan yang dimiliki. Manusia dikumpulkan dengan pola unik antara makna konsistensi dan perubahan (Risnah & Irwan, 2021).

Kemampuan melihat lebih jauh merupakan asumsi dasar tentang perubahan dan kemungkinan. Kemungkinan muncul dan meningkat bersama proses

manusia memilih jalan kehidupan. Pertimbangan dibutuhkan dalam melihat lebih jauh terhadap berbagai pilihan kemungkinan (Risnah & Irwan, 2021).

Aplikasi Teori Keperawatan Rosemarie Rizzo Parse

1. Aplikasi Teori pada Salah Satu Unit Paliatif di Canada

Aplikasi teori pada praktik keperawatan sangat banyak digunakan. Ahli teori keperawatan berpendapat bahwa teori dan model merupakan landasan pengetahuan keperawatan karena akan memperjelas sifat khusus keperawatan dan menentukan cara mengembangkan pengetahuan tersebut. Aplikasi teori pada salah satu unit paliatif digunakan untuk praktik yang bertujuan meningkatkan otonomi pasien pada akhir kehidupan yang akan dilewati. Penerapan *Human Becoming Theory* dipilih karena perawatan akan berpusat pada pasien dan hubungannya dengan perawatan paliatif (Tapp et al., 2016).

Perawat pada unit perawatan paliatif selama periode 12 bulan terlibat pada pertemuan dan seminar model pembelajaran Parse. Perawat melaporkan bahwa *Human Becoming Theory* membuat perawat lebih berada pada kehadiran sejati dengan membina hubungan yang manusiawi, lebih perhatian, dan menghormati pilihan dan keinginan pasien. Perawat juga lebih menghargai keberagaman, keunikan, dan martabat masyarakat (Tapp et al., 2016).

Perspektif mengenai kegunaan dan dampak *Human Becoming Theory* terhadap institusi beragam. Perspektif tersebut adalah *Human Becoming Theory* sebagai kesempatan untuk bertumbuh dan merasakan hubungan yang baik dengan kolega. *Human Becoming Theory* sebagai kesempatan untuk bertumbuh menjelaskan bahwa perawat memiliki pandangan positif mengenai penerapan integrasi dan dampak *Human Becoming Theory* di dalam institusi. Perawat yang pernah mengikuti pelatihan awal

tentang *Human Becoming Theory* berpendapat bahwa perawat lebih fokus pada tugas dan pengobatan dibandingkan tentang kualitas hidup pasien sebelum menerapkan *Human Becoming Theory*. Penerapan dan pelatihan *Human Becoming Theory* membuat perawat menyadari bahwa sikap tersebut menjadi penghalang “kehadiran” hubungan perawat dengan pasien dan kerabat. Perawat melaporkan mengalami pertumbuhan pribadi dan intelektual melalui pembelajaran *Human Becoming Theory* (Tapp et al., 2016).

Hubungan yang lebih baik dengan pasien dan kolega terkait aplikasi *Human Becoming Theory* juga dirasakan oleh perawat. Perawat berpendapat adanya perubahan dalam praktik atau institusi. Perawat menggunakan pendekatan seperti menanyakan kepada pasien apa yang dapat dilakukan atau dibutuhkan. Hubungan yang lebih bermakna dan mendalam dengan pasien dan keluarga dapat dirasakan perawat (Tapp et al., 2016).

2. Aplikasi pada Keluarga yang Berduka

Keluarga menjadi pertimbangan dalam *Human Becoming Theory*. Contoh aplikasi teori Parse pada keluarga adalah studi kasus pada keluarga yang mengalami berduka karena mengalami keguguran, kelahiran mati, atau kematian neonatal. Berduka merupakan proses yang dialami manusia ketika dihadapkan pada kehilangan dan diekspresikan sebagai paradoks ketidakhadiran dan kehadiran serta keengganan untuk melepaskan dan keinginan untuk maju dan melewati kesedihan. Penerapan teori Parse pada kasus ini berupa perawat tidak akan berusaha mengubah perasaan yang dialami, tetapi hadir bersama klien secara utuh, dan mencari kejelasan situasi dari sudut pandang keluarga. Perawat akan mendengarkan pendapat dari keluarga dan mengeksplorasi pengalaman tersebut. Perawat tidak akan memberikan nasihat namun lebih memilih memikirkan pendapat yang terungkap dalam diskusi, seiring dengan terbentuknya

hubungan perawat-klien. Perawat akan mengajukan pertanyaan untuk membantu keluarga mengeksplorasi paradoks tersebut yang teridentifikasi (Wilson, 2016).

Klien yang kehilangan mungkin akan mengungkapkan kekecewaan yang luar biasa tetapi harapan masa depan sedang dipertimbangkan. Klien mungkin akan diam,, sementara membuat rencana untuk masa depan (bergerak maju). Klien akan mengungkapkan hilangnya pilihan dan mempertimbangkan kemungkinan. Klien juga mungkin menyadari adanya kebutuhan akan bantuan namun tidak ingin menerima bantuan. Klien yang mengalami pengalaman tersebut mendefinisikan harapan sebagai kemajuan dan melewati hambatan berupa kenyamanan dan ketidaknyamanan dalam bergerak menuju dan menjauhi orang lain. Harapan ada secara bersamaan dengan tidak ada harapan terhadap situasi. Agar transendensi terjadi, keluarga melewati paradoks dalam mengantisipasi kemungkinan pada masa depan sambil menghargai momen-momen yang dikenang (Wilson, 2016).

Keluarga yang mengalami kehilangan hanya memiliki sedikit momen berharga bersama bayi. Pola yang umum terjadi pada keluarga tersebut adalah menceritakan kisah kelahiran secara berulang-ulang ketika berada di antara orang lain yang mendukung. Keluarga teringat trauma tersebut bersamaan dengan beberapa momen berharga. Klien mungkin menunjukkan keengganan untuk menggendong bayi pada awalnya atau mendorong, kemudian keengganan untuk melepaskan bayi yang meninggal dari pelukannya (memegang erat). Poin tersebut dapat menjadi bahan diskusi dengan keluarga, memberikan keluarga kesempatan untuk mendiskusikan lebih lanjut perasaan dan pengalaman yang dihadapi (Wilson, 2016).

Aplikasi teori Parse pada kasus adalah untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan. Proses

pada teori Parse memperjelas pikiran dan perasaan pada perspektif baru. Perawat memberikan kesempatan untuk eksplorasi permasalahan yang teridentifikasi untuk mengenali pilihan yang tersedia dan klien dapat memilih dengan cara yang paling sesuai dengan nilai pribadi. Perawat harus memfasilitasi proses tersebut dengan hadir secara aktual untuk dapat menerima persepsi klien tentang diri klien (Wilson, 2016).

Daftar Pustaka

- Melnechenko, K. L. (1995). Parse's theory of human becoming: An alternative guide to nursing practice for pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 12(3), 122–127. [https://doi.org/10.1016/1043-4542\(95\)90103-5](https://doi.org/10.1016/1043-4542(95)90103-5)
- Risnah, & Irwan, M. (2021). Falsafah dan teori keperawatan dalam integrasi keilmuan (Musdalifah (ed.); 1st ed.). Alauddin University Press. [http://repositori.uin-alauddin.ac.id/17880/1/Buku_FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN DALAM INTEGRASI KEILMUAN OK.pdf](http://repositori.uin-alauddin.ac.id/17880/1/Buku_FALSAFAH_DAN_TEORI_KEPERAWATAN_DALAM_INTEGRASI_KEILMUAN_OK.pdf)
- Rofii, M. (2021). Teori dan Falsafah Keperawatan (M. Rofii (ed.); Edisi 1, Vol. 5, Issue 2). Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Tapp, D., Lavoie, M., & Vonarx, N. (2016). Theory-based practice as plural interpretations: A case of the the integration of the Humanbecoming theory in a palliative care setting. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées En Formation Infirmière*, 2(2). <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1078>
- Wilson, D. R. (2016). Parse's Nursing Theory and its Application to Families Experiencing Empty Arms. *Journal of Childbirth Education*, 31(2), 29–33. <https://doi.org/10.1097/00005721-199003000-00019>

Profil Penulis



Ns. Ayu Dita Handayani, S.Kep., M.Kep.

merupakan lulusan baru berjenjang master dengan latar belakang linier pada pendidikan keperawatan. Penulis lahir di Demak pada 1 Agustus 1997. Jenjang keperawatan penulis dimulai dengan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Diponegoro pada tahun 2015. Penulis melanjutkan studinya pada Program Profesi Keperawatan di Universitas Diponegoro pada tahun 2019 setelah menamatkan sarjana. Tahun 2021 penulis melanjutkan pendidikan akademiknya menempuh Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro. Penulis memiliki ketertarikan dan peminatan pada Keperawatan Komunitas. Penulis tertarik dengan bidang karya tulis. Ketertarikan tersebut muncul ketika penulis mulai menyusun karya tulis ilmiah hasil penelitian. Penulis juga mengasah ketertarikannya tersebut dengan melibatkan diri pada kepesertaan penulisan dan kompetisi ilmiah. Hasil karya tulis tertuang dalam bentuk kepenulisan karya ilmiah dan penulisan artikel selama menempuh pendidikan di Perguruan Tinggi. Penulis juga menuangkan ide dan gagasan pada penciptaan Buku Panduan Peer Educator HIV/AIDS di LAPAS (2022), Buku Petunjuk Teknis Program Pengendalian HIV/AIDS di LAPAS (2022), Leaflet Kenali HIV/AIDS di LAPAS (2022), dan Buku Keperawatan Transkultural (Konsep dan Aplikasi) (2023).

Email Penulis: ayudita419@gmail.com

MODEL TEORI HELEN C. ERICKSON: *MODELING AND ROLE E-MODELING*

Ns. Ni Made Sintha Pratiwi, S.Kep.,M.Kep

Rumah Sakit Umum Daerah Singasana

Pendahuluan

Teori *Modeling and Role Modeling* merupakan salah satu teori keperawatan yang menjadi dasar bagi penelitian keperawatan, pendidikan keperawatan, serta praktik keperawatan profesional (Frisch, 2009; Peterson and Bredow, 2013). Teori ini dikemukakan oleh Erickson, Tomlin dan Swain (1983) dan sering digunakan dalam ranah keperawatan holistik. Sebagai salah satu teori yang sangat berkaitan erat dengan praktik keperawatan, teori *Modeling and Role Modeling* mendapat respon positif di tengah banyaknya model dan teori diciptakan oleh para akademisi yang mungkin memiliki sedikit relevansi dengan praktik keperawatan. Teori *Modeling and Role Modeling* dibangun dari berbagai konsep, yaitu teori Hierarki Kebutuhan Maslow, teori Tahapan Psikososial Erikson, Teori Perkembangan Kognitif Piaget, dan Sindrom Adaptasi Umum Seyle dan Lazarus (Erickson, 2002).

Teori *Modeling and Role Modeling* awalnya diklasifikasikan sebagai middle range theory tetapi kemudian Tomey dan Alligood menyatakan bahwa Teori *Modeling and Role Modeling* dapat berfungsi sebagai

panduan untuk praktik keperawatan karena kekhususannya, namun cukup abstrak sehingga middle range theory dapat diturunkan dari teori ini. Teori ini membuat perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan dengan tetap menghormati keunikan yang ada pada masing-masing klien. Hal ini memungkinkan terlaksananya asuhan keperawatan berbasis teori yang berfokus pada kebutuhan klien secara holistik (Peterson and Bredow, 2013). McEwin dan Wills menganggap Teori *Modeling and Role Modeling* sebagai *grand theory* dan mengkategorikannya sebagai salah satu teori proses interaktif, sementara Parker dan Smith memasukkan Teori *Modeling and Role Modeling* dalam kategori *grand theory* dalam paradigma interaktif/integratif. Untuk melakukan klasifikasi terhadap suatu teori, cara yang digunakan adalah dengan mempertimbangkan lingkup teori. Dalam *Grand Theory* terdapat konsep metaparadigma keperawatan yaitu keperawatan, kesehatan, lingkungan, dan manusia. Semua konsep tersebut terdapat dalam Teori *Modeling and Role Modeling* (McEwin , M. , & Wills, 2002; Parker , M. E. , & Smith, 2010).

Sejarah Teori *Modeling and Role Modeling*

Teori *Modeling and Role Modeling* dikenal sebagai teori “born in practice” seperti yang dipaparkan oleh Dickoff James dan Weidenback (Dickoff , J. , James , P. , & Weidenback, 1968; Peterson and Bredow, 2013). Menggunakan praktik keperawatan sebagai dasar dalam pengembangan teori keperawatan tidak hanya melihat keperawatan dari sudut pandang yang lebih luas, akan tetapi juga dapat meningkatkan relevansi antara teori dengan praktik keperawatan profesional. Melalui observasi yang dilakukan pada berbagai ranah pelayanan keperawatan, Helen Erickson menyadari seberapa pentingnya peran perawat sebagai “*healer*”. Erickson menggabungkan berbagai pengetahuan yang didapat melalui pengalaman pribadi, praktik keperawatan, dan diskusi yang dilakukan dengan ayah mertuanya yang juga merupakan seorang psikoterapis terkenal. Pada pertengahan tahun 1970 terbentuklah teori *Modeling and*

Role Modeling (Erickson, 2010; Parker , M. E. , & Smith, 2010).

Proses mengartikulasikan dan meneliti konsep *Modeling and Role Modeling* dan efek intervensi *Modeling and Role Modeling* mengarah pada publikasi *Modelling and Role Modelling: A Theory and Paradigm for Nursing*. Dengan adanya publikasi tersebut membuat teori *Modeling and Role Modeling* lebih mudah diakses oleh perawat serta memperkenalkan lebih dalam bagaimana aplikasi teori *Modeling and Role Modeling* dalam ranah praktik klinis keperawatan, pendidikan, serta penelitian keperawatan (Erickson, 2006; Peterson and Bredow, 2013).

Melalui proses retroduktif, teori *Modeling and Role Modeling* dikembangkan dan disebarluaskan. Teori awal berasal dari pengalaman klinis Erickson yang digabungkan dengan pengalaman pribadi yang dialami selama hidupnya. Maslow, Erikson, Piaget, Engel, Selyr dan M. Erikson mulai mengintegrasikan dan menyintesis hasil kerja mereka menjadi teori yang holistik untuk ilmu keperawatan. Tomlin dan Swain membantu Erickson untuk melakukan validasi terhadap model praktik tersebut dan melakukan pengembangan serta mengartikulasikan fenomena, konsep dan hubungan teori. Teori lainnya yang turut terlibat dalam pembentukan model ini adalah teori kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Maslow. Teori kebutuhan dasar memberi pengaruh terhadap pandangan pribadi mereka bahwa manusia memiliki keinginan untuk menjadi yang paling unggul sesuai dengan batas maksimal kemampuan mereka, sedangkan kebutuhan akan kepuasan akan mendorong perkembangan manusia (Erickson, 2006; Alligood, 2014). Selanjutnya Erickson melakukan pengembangan lebih jauh bahwa kebutuhan dasar manusia yang belum dapat terpenuhi akan berdampak terhadap munculnya masalah fisik dan mental. Kebutuhan terhadap kepuasan akan menjadi modal untuk dapat mengurangi tingkat stress manusia serta mampu memperbaiki tingkat kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan manusia (Peterson and Bredow, 2013).

Teori perkembangan kognitif yang digagas oleh Piaget juga menjadi acuan sebagai kerangka kerja untuk memahami perkembangan berpikir. Selain itu, tahapan perkembangan psikososial juga berkontribusi dalam menjadi dasar teoritis untuk memahami konsep evolusi psikososial individu. Dalam teori perkembangan individu, terdapat delapan tahap perkembangan yang harus dipenuhi oleh individu sehingga dapat mengoptimalkan pengembangan karakter dan meningkatkan kesehatan individu. Teori Erikson ini juga menggali lebih dalam aspek tugas perkembangan yang belum terselesaikan oleh individu (Erickson, 2002; Alligood, 2014).

Aplikasi Teori *Modeling and Role Modeling* dalam Pendidikan dan Praktik Keperawatan

Teori *Modeling and Role Modeling* berfungsi sebagai landasan dalam pendidikan keperawatan di beberapa program keperawatan. Perawat di banyak tempat yang telah terpapar Teori *Modeling and Role Modeling* baik melalui literatur atau didapat langsung saat menempuh pendidikan keperawatan telah memperkenalkan konsep ini ke dalam lingkungan praktik mereka secara formal atau informal. Sebagai contoh, perawat di unit bedah University of Michigan mengembangkan dan menerapkan instrument pengkajian yang didasarkan pada Teori *Modeling and Role Modeling*. Selain itu perawat di unit bedah vascular di Universitas yang sama menggunakan Teori *Modeling and Role Modeling* sebagai kerangka praktik keperawatan (Erickson, 2006; Peterson and Bredow, 2013).

Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling didirikan untuk memajukan pengembangan dan penerapan teori dengan mempromosikan studi dan integrasi proposisi teoritis dan landasan filosofis, mengembangkan jaringan pendukung, menyebarkan pengetahuan dan informasi, dan mempromosikan peningkatan kesehatan holistik. Organisasi ini telah mensponsori konferensi dua tahunan sejak tahun 1986 dan memberikan hibah untuk mendukung pengujian, pengembangan, atau implementasi teori atau konsep *Modeling and Role Modeling* (Peterson and Bredow, 2013).

Definisi Konsep *Modeling and Role Modeling*

Konsep Terkait Keperawatan

Erickson telah mengidentifikasi dan menjelaskan beberapa konsep yang berkaitan dengan disiplin keperawatan. Konsep tersebut termasuk keperawatan, fasilitasi, pengasuhan, penerimaan tanpa syarat, *Modeling*, dan *Role Modeling*.

1. Keperawatan

Teori *Modeling and Role Modeling* menekankan pada keperawatan yang holistik dan hubungan interpersonal. Keperawatan digambarkan sebagai suatu proses interaktif yang menumbuhkan kekuatan klien untuk memungkinkan adanya pengembangan, pelepasan, dan penyaluran sumber daya untuk mengatasi keadaan dan lingkungan seseorang. Tujuannya adalah untuk mencapai kesehatan dan kepuasan yang optimal. Dalam proses membantu klien untuk mencapai kesehatan yang holistik, perawat harus merawat klien, memberikan pendampingan, tidak mempengaruhi klien, mengikuti proses, dan menerima klien tanpa syarat (Erickson , H. C. , Tomlin , E. M. , & Swain, 1983; Peterson and Bredow, 2013).

2. Fasilitasi

Melalui proses fasilitasi yang interaktif, perawat membantu klien untuk mengidentifikasi, mengarahkan, dan mengembangkan kekuatan pribadi klien untuk mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Perawat tidak membuat keputusan untuk klien, akan tetapi perawat membantu klien dalam memenuhi kebutuhannya sendiri sehingga memungkinkan klien untuk memperoleh sumber daya yang diinginkan. Hal ini bertujuan untuk mengatasi stresor, pertumbuhan dan perkembangan klien, serta aktualisasi diri (Erickson, 1990; Peterson and Bredow, 2013).

3. Pengasuhan

Dalam proses pengasuhan, perawat berupaya melakukan integrasi terhadap proses afektif, kognitif, dan proses fisiologis saat klien berupaya mencapai kesehatan holistik. Untuk mengoptimalkan dalam memberikan asuhan, perawat harus berusaha untuk memahami dan mendukung model dari pandangan dunia klien, serta menghargai nilai yang klien miliki terhadap perawatan diri. Pemahaman ini dapat digunakan untuk mengembangkan intervensi keperawatan sesuai dengan kebutuhan masing-masing klien (Erickson, 2006).

4. Penerimaan tanpa syarat

Perawat menerima klien sebagai individu yang unik, bermanfaat, penting tanpa pamrih. Empati digunakan dalam berinteraksi dengan klien tanpa memandang suatu syarat tertentu. Adanya pengalaman untuk dapat menerima tanpa syarat menunjukkan adanya harga diri (Erickson, 2006).

5. *Modeling*

Modeling adalah konsep sentral dalam teori ini karena memahami sudut pandang klien adalah dasar dalam pelaksanaan proses keperawatan. *Modeling* berdasar pada pengembangan terhadap pemahaman tentang dunia klien, kerangka kerja dan perspektif klien. *Modeling* dimulai dengan inisiasi hubungan dengan klien saat perawat berusaha menentukan pandangan dari dunia klien. *Modeling* adalah konsep sentral karena pandangan terhadap dunia tersebut membantu perawat memahami apa yang dirasakan klien, apa yang menyebabkan masalahnya, apa yang akan membantunya, dan bagaimana klien ingin berhubungan dengan orang lain. *Modeling* menggabungkan seni dan ilmu keperawatan. Seni ditunjukkan melalui penggunaan komunikasi terapeutik untuk memperoleh data yang akurat tentang situasi klien. Sedangkan ilmu lebih ditunjukkan dalam agregasi dan analisis data

berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah dan konsep-konsep dari teori (Erickson, 2010).

6. *Role Modeling*

Role modeling berdasarkan pada opini bahwa setiap manusia ingin bersosialisasi dan berinteraksi dengan orang lain, serta ingin memainkan peran yang telah ditentukan dalam masyarakat. *Role modeling* menggunakan klien secara umum untuk menyusun intervensi yang sesuai dengan kebutuhan pertumbuhan, perkembangan, dan penyembuhan klien. *Role modeling* memerlukan tujuan untuk membangun kepercayaan, meningkatkan orientasi positif dan *sense of control*, menyatakan kekuatan dan menetapkan tujuan timbal balik yang spesifik (Erickson, 2010).

Konsep Terkait Manusia

Dalam menjelaskan konsep-konsep yang berhubungan dengan manusia, Erickson memasukkan konsep-konsep yang dirumuskan untuk teori tersebut dengan menambahkan konsep dari teori lain. Saat keperawatan berusaha mengembangkan “pengetahuan khas” terkait dengan disiplin keperawatan, menghubungkan teori lain dengan teori keperawatan akan tepat jika ada kesesuaian antara cara pandang keduanya. Konsep yang berhubungan dengan manusia yang telah dijelaskan dalam teori *Modeling and Role Modeling* termasuk manusia, kesehatan, lingkungan, kesamaan antar manusia, dan perbedaan antar manusia (Villarruel , A. M. , Bishop , T. L. , Simpson and Jemmott , L. S. , & Fawcett, 2001; Peterson and Bredow, 2013).

1. Manusia

Manusia dipandang secara holistik, memiliki banyak subsistem yang saling berinteraksi. Subsistem dinamis ini adalah subsistem biologis, kognitif, psikologis, dan sosial. Saat memberikan asuhan keperawatan, perawat tidak hanya berfokus pada satu subsistem tetapi pada hubungan yang terintegrasi dan dinamis di antara subsistem-

subsistem tersebut. Dorongan spiritual menarik energi dari alam semesta, menyatukan subsistem, dan mengembalikan energi ke medan energi universal di alam semesta melalui pertukaran energi terus-menerus (Erickson, 2010).

2. Kesehatan

Kesehatan adalah perasaan sejahtera yang holistik. Kesehatan tidak hanya didefinisikan sebagai tidak adanya penyakit, melainkan suatu keadaan keseimbangan antara subsistem dari individu secara holistik. Di dalam kesehatan terdapat keyakinan seseorang tentang kualitas hidupnya, kemampuan untuk menemukan makna hidup, dan memiliki orientasi masa depan yang positif. Tujuan keperawatan adalah untuk memfasilitasi pencapaian klien tentang kesehatan yang dirasakan secara optimal (Erickson, 2010).

3. Lingkungan

Konsep lingkungan tidak didefinisikan dalam karya asli Erickson tetapi telah dijelaskan pada publikasi berikutnya. Konsep tersebut mencakup stresor internal dan eksternal klien serta sumber daya internal dan eksternal. Para ahli teori melihat lingkungan dalam subsistem sosial sebagai interaksi antara diri dan orang lain mencakup budaya maupun individu itu sendiri. Teori ini menekankan pentingnya lingkungan interpersonal (Erickson, 2002; Peterson and Bredow, 2013).

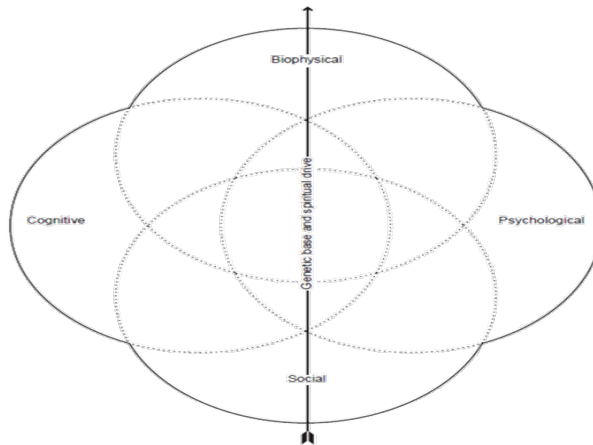
4. Kesamaan Manusia

Saat mengenali keunikan yang ada pada tiap orang, teori *Modeling and Role Modeling* mengidentifikasi kesamaan yang dimiliki oleh tiap manusia adalah : manusia merupakan makhluk yang holistik, mereka mengalami pertumbuhan dan perkembangan seumur hidup, serta memiliki kebutuhan untuk berkelompok. Dalam memahami bagaimana manusia bisa sama dan bagaimana bisa berbeda, Erickson

mensintesis sejumlah teori interdisiplin yang diidentifikasi seperti berikut

a. Holisme

Di antara pikiran, tubuh, emosi, dan jiwa terdapat suatu hubungan yang dinamis. Gambar 1 menunjukkan model holistik dari individu. Gambar tersebut menunjukkan integrasi aspek biofisik, psikososial, kognitif, dan aspek sosial seseorang. Sementara diidentifikasi sebagai bagian-bagian yang terpisah, gambar tersebut menunjukkan bahwa berbagai subsistem saling berhubungan dan disisipi oleh basis genetik serta dorongan spiritual. Energi spiritual menembus dan mempengaruhi subsistem sambil menyatukan dimensi holistik. Subsistem saling berinteraksi dan berfungsi sebagai suatu unit yang utuh.



Gambar 14.1. Model Holistik pada Individu

b. Kebutuhan Dasar

Tiap individu memiliki kesamaan karena semua memiliki kebutuhan dasar. Teori *Modeling and Role Modeling* menggabungkan Hirarki kebutuhan Maslow sebagai kerangka kerja untuk memahami kepuasan akan pemenuhan

kebutuhan dasar. Tiap individu memiliki keinginan untuk memenuhi potensi yang dimiliki. Pertumbuhan secara holistik akan terhambat apabila kebutuhan dasar tidak dapat terpenuhi secara optimal. Sesuai dengan konsep *modeling*, teori ini mendukung pandangan bahwa semua individu memiliki kebutuhan dasar yang dapat dipuaskan, tetapi hanya dapat dilihat dari perspektif masing-masing individu.

c. Perkembangan

Kesamaan berikutnya yang dimiliki oleh tiap individu adalah selalu mengalami tahapan perkembangan selama masa kehidupan dari bayi sampai dewasa. Teori ini mendapat dukungan dari teori perkembangan psikososial yang dikemukakan oleh Erik Erikson. Sebagai individu yang melalui delapan tahap perkembangan, tiap individu wajib menyelesaikan tugas atau krisis pada masing-masing tahap perkembangan tersebut. Apabila individu berhasil menyelesaikan semua tugas pada masing-masing tahap perkembangan, maka individu tersebut akan memperoleh kekuatan dan kebajikan. Teori Piaget (1952) memberikan kerangka konsep untuk memahami bagaimana individu dapat memiliki kesamaan dalam perkembangan kognitif. Masing-masing tahapan serta krisis yang dilalui oleh individu membuat kemampuan berpikir dan nalar individu tersebut menjadi lebih kompleks.

d. Afiliasi-Individuasi

Teori *Modeling and Role Modeling* memiliki konsep yang unik yaitu berdasar pada kepercayaan bahwa setiap individu memiliki pergerakan instingtual untuk diterima dan bergantung pada *support system* selama hidup, tetapi tetap mempertahankan kemandirian. Individu memiliki kebutuhan naluriah untuk berafiliasi-individuasi. Individu dapat bergantung

pada sistem pendukung sekaligus menjaga independensi dari sistem pendukung tersebut. Kebutuhan berafiliasi memotivasi individu untuk mencari dukungan. Rasa individuasi yang sehat dikembangkan ketika individu membuat pilihan independen, merasa nyaman sendiri, dan merasa dihargai oleh orang lain.

5. Perbedaan Antar Manusia

Meskipun manusia memiliki persamaan dengan manusia lain sebagai makhluk yang holistik dan sama-sama melalui proses pertumbuhan dan perkembangan, akan tetapi manusia tetap menjadi individu yang unik. Teori *Modeling and Role Modeling* mengidentifikasi aspek-aspek unik manusia ini sebagai anugerah yang melekat, kemampuan untuk beradaptasi, serta model dunia seseorang.

a. Anugerah yang Melekat

Anugerah bawaan seseorang terdiri dari dasar genetik dan karakteristik bawaan. Faktor genetik menentukan, sampai batas tertentu, bagaimana seseorang berkembang melalui proses perkembangan dan memberi respon terhadap stresor. Karakteristik yang melekat juga mempengaruhi kesehatan dan tumbuh kembang. Ciri-ciri tersebut antara lain malformasi, kerusakan otak, kondisi fisiologis lainnya atau dampak sekunder setelah lahir, penyakit prenatal, atau faktor lainnya.

b. Adaptasi

Setiap individu memiliki kemampuan beradaptasi yang berbeda. Individu dihadapkan pada stressor, baik yang bersifat internal dan eksternal secara terus menerus. Ketika respon terhadap pemicu stres ini diarahkan pada pertumbuhan, maka terjadilah adaptasi. Dalam teori *Modeling and Role Modeling*, adaptasi menggunakan pendekatan dari perspektif terpadu. Dukungan teoritis untuk respon

fisiologis terhadap stres berasal dari karya Selye (1976), khususnya *general adaptation syndrome*. Perspektif psikososial didukung oleh penelitian Engel (1962) tentang respon manusia terhadap pemicu stres.

Erickson mengkonsep model biofisik-psikososial yang dikenal sebagai *Adaptive Potential Assessment Model* (APAM) untuk mengidentifikasi coping yang dimiliki individu apakah adaptif atau tidak dengan memaksimalkan potensi sumber daya yang dimiliki. Ketika suatu stimulus dianggap sebagai sebuah tantangan, maka disebut stresor. Namun apabila suatu stimulus yang dialami dianggap sebagai ancaman, disebut distressor dan menyebabkan respon maladaptif.

c. Model Dunia Seseorang: Pengetahuan Perawatan Diri, Sumber Daya, dan Tindakan

Setiap orang memiliki sudut pandang yang unik. Perawat menggunakan proses pemodelan untuk mengembangkan pemahaman tentang bagaimana seseorang memandang dunia dari sudut pandangnya sendiri. Salah satu aspek dari “model dunia” yang berkaitan dengan kesehatan adalah pengetahuan perawatan diri. Pengetahuan perawatan diri ini menjadikan klien sebagai sumber informasi utama dalam interaksi antara perawat-klien. Sumber daya perawatan diri mencakup sumber daya internal dan eksternal yang dapat dimobilisasi untuk meningkatkan kesehatan holistik. Selanjutnya, tindakan perawatan diri adalah pengembangan dan pemanfaatan pengetahuan perawatan diri dan sumber daya perawatan diri (Peterson and Bredow, 2013).

Deskripsi Teori *Modeling and Role Modeling*

Hubungan Teoritis

Teori *Modeling and Role Modeling* mengacu pada konsep dari beberapa ahli. Setiap ahli menekankan satu aspek yang ada pada manusia. Namun, teori keperawatan holistik yang diciptakan Erickson menjelaskan hubungan dinamis antara kepuasan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar, pertumbuhan, dan proses perkembangan. Ketika kebutuhan terpenuhi, individu mampu memobilisasi sumber daya perawatan diri sehingga mampu menghadapi stresor baru yang mungkin terjadi. Pemenuhan kebutuhan dasar juga mendukung penyelesaian tugas-tugas perkembangan, sehingga individu dapat berkembang secara positif yang mengarahkan individu tersebut dalam menunjukkan perilaku yang mengarah pada peningkatan kesehatan holistik. Namun, ketika individu gagal memenuhi kebutuhan dasarnya, kemampuan untuk memobilisasi sumber daya perawatan diri menjadi terganggu dan individu akan kesulitan dalam menghadapi stresor baru. Ketika kebutuhannya tidak terpenuhi, individu tersebut mengalami kesulitan dalam menyelesaikannya tugas-tugas perkembangan, sehingga menimbulkan sisa perkembangan yang negatif dan perilaku-perilaku yang menghambat kesehatan holistik (Erickson, 2002; Peterson and Bredow, 2013).

Dari keterkaitan teori-teori tersebut, Erickson mengidentifikasi 13 proposisi yang dapat digunakan untuk memprediksi hasil, mengarahkan perencanaan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan:

1. Kemampuan individu untuk menghadapi stresor baru berhubungan langsung dengan kemampuan untuk melakukan mobilisasi sumber daya yang diperlukan.
2. Kemampuan individu untuk memobilisasi sumber daya berhubungan langsung dengan masalah kebutuhan dan aset.

3. Distressor berkaitan dengan kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi, sedangkan stresor terkait dengan kebutuhan pertumbuhan yang tidak terpenuhi
4. Objek yang berulang kali memfasilitasi individu yang membutuhkan kepuasan mempunyai arti penting bagi individu tersebut. Jika hal ini terjadi, maka timbullah kedekatan
5. Keterikatan yang positif menghasilkan perasaan dihargai pada individu
6. Perasaan dihargai menghasilkan harapan terhadap masa depan.
7. Realita, ancaman, atau kehilangan sesuatu yang sangat berharga, mengakibatkan proses berduka.
8. Defisit kebutuhan hidup dasar berdampingan dengan proses berduka
9. Objek alternatif harus selalu dipersiapkan agar individu dapat melewati proses berduka.
10. Kesedihan yang berkepanjangan menghasilkan kesedihan kronis
11. Kebutuhan dasar dan pertumbuhan yang tidak terpenuhi mengganggu proses pertumbuhan.
12. Pemenuhan kebutuhan dasar merupakan prasyarat untuk menyelesaikan tugas-tugas perkembangan dan menghadapi krisis.
13. Kesedihan yang tidak wajar atau kronis selalu berhubungan dengan defisit dalam pemenuhan kebutuhan (Peterson and Bredow, 2013)

Paradigma Praktik Keperawatan

Paradigma praktik *Modeling and Role Modeling* disajikan dalam kerangka proses keperawatan dengan penekanan pentingnya interaktif dan konsep interpersonal dalam keperawatan serta teori dan bukti ilmiah sebagai dasar praktik keperawatan. Asuhan keperawatan dimulai dengan menentukan model dunia klien, kemudian berfokus pada kekhawatiran paling mendesak yang

diungkapkan oleh klien. Paradigma praktik mengarahkan pengumpulan data, agregasi data, analisis, dan sintesis, serta menyediakan kerangka konsep untuk merencanakan intervensi keperawatan.

Sejalan dengan konsep pemodelan, klien dipandang sebagai sumber data primer. Perawat dan anggota keluarga merupakan sumber data sekunder dan anggota tim tenaga kesehatan lainnya merupakan sumber data tersier. Perawat mencari kesesuaian antara data yang diterima dari klien dan data yang diterima dari orang terdekat klien serta penyedia layanan kesehatan profesional lainnya. Data dikumpulkan dan disusun dalam kategori berikut:

1. Menggambarkan situasi klien : untuk menjelaskan lebih detail terkait kondisi klien berdasarkan sudut pandang klien
2. Ekspektasi: untuk mengkaji ekspektasi atau harapan klien di masa depan
3. Potensi sumber daya : untuk mengkaji sumber daya internal dan eksternal yang dimiliki klien
4. Tujuan dan tugas tahap perkembangan kehidupan : untuk mengkaji status perkembangan dan cara pandang klien dalam memandang kehidupan (Peterson and Bredow, 2013).

Tabel 14.1. Hubungan antara tujuan intervensi dan prinsip *Modeling and Role Modeling*

Tujuan	Prinsip
Membangun kepercayaan	Proses keperawatan memerlukan adanya hubungan saling percaya antara perawat dan klien
Meningkatkan orientasi positif klien	Afiliasi-individuasi bergantung pada persepsi individu apakah dirinya dapat diterima, dihormati, dan merupakan manusia yang berharga
Meningkatkan	Perkembangan manusia tergantung pada persepsi individu bahwa dirinya

kontrol klien	memiliki kendali atas hidupnya
Menegaskan dan meningkatkan kekuatan klien	Terdapat dorongan nalurah menuju kesehatan holistik yang didorong oleh adanya pengasuhan yang konsisten dan sistematis
Menentukan tujuan menuju kesehatan yang optimal	Pertumbuhan manusia bergantung pada kepuasan akan kebutuhan dasar dan juga dipengaruhi oleh kepuasan terhadap kebutuhan pertumbuhan

(Erickson, 2002; Peterson and Bredow, 2013).

Daftar Pustaka

- Alligood, M. . (2014) *Theorist and Their Work*. 8th ed. Elsevier.
- Dickoff , J. , James , P. , & Weidenback, E. (1968) "Theory in a practice discipline: Practice oriented theory," *Nursing Research*, 5, pp. 415–435.
- Erickson , H. C. , Tomlin , E. M. , & Swain, M. A. (1983) *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing*. Englewood Cliffs: NJ : Prentice-Hall.
- Erickson, H. C. (1990) "Theory based practice," *Modeling and Role-Modeling: Theory, Practice and Research*, 1(1), pp. 1–27.
- Erickson, H. C. (2006) *Modeling and rolemodeling: A view from the client's world*. Cedar Park: TX: Unicorns Unlimited.
- Erickson, H. C. (2010) *Exploring the interface between the philosophy and discipline of holistic nursing: Modeling and role-modeling at work*. Cedar Park: TX: Unicorns Unlimited.
- Erickson, M. E. (2002) "Modeling and role-modeling . In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.)," in *Nursing theorists and their work*. St. Louis: MO : Mosby.
- Frisch, N. C. (2009) "Nursing theory in holistic nursing practice . In M. B. Dossey & L. Keegan (Eds.)," in *Holistic nursing a handbook for practice*. 5th ed, pp. 113–123.
- McEwin , M. , & Wills, E. (2002) *Theoretical basis for nursing*. Philadelphia: PA : Lippincott.
- Parker , M. E. , & Smith, M. C. (2010) *Nursing theories & nursing practice*. Philadelphia: PA : Davis.
- Peterson, S. J. and Bredow, T. S. (2013) *Middle range theories: applicaton to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Villarruel , A. M. , Bishop , T. L. , Simpson, E. M. and Jemmott , L. S. , & Fawcett, J. (2001) "Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge," *Nursing Science Quarterly*, 14(2), pp. 158–163.

Profil Penulis



Ns. Ni Made Sintha Pratiwi, S.Kep.,M.Kep

Penulis adalah anak ke dua dari dua bersaudara. Penulis lahir di Tabanan, Bali pada tanggal 12 Oktober 1991. Penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Udayana pada tahun 2009 dan lulus di tahun 2014. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan mengambil peminatan Keperawatan Jiwa pada tahun 2016 dan lulus di tahun 2018. Penulis sebelumnya bekerja di STIKES Advaita Medika Tabanan dari tahun 2014-2022, sebelum akhirnya pada tahun 2022 hingga sekarang bekerja di Rumah Sakit Umum daerah Singasana, Tabanan. Penulis sudah menghasilkan beberapa publikasi ilmiah yang lebih banyak berfokus pada bidang Ilmu Keperawatan Jiwa, dan beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemendikbudristek. Buku ini merupakan buku pertama yang penulis susun bersama dengan rekan penulis lain yang berfokus pada bidang Keperawatan dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi perkembangan Ilmu Keperawatan.

Email Penulis: sintha.libra@gmail.com

MODEL TEORI MADELEINE LEININGER: KEPERAWATAN TRANSKULTURAL

Henny Yolanda, S.Kep. Ns., M.Kep.

Stikes Yarsi Mataram

Biografi



Teori keperawatan transkultural di prakarsai oleh Madeleine Leininger. Madeleine leininger atau yang lebih dikenal dengan Leininger lahir di Amerika Serikat. Leininger lahir di kota Sutton pada tanggal 13 Juli tahun 1925. Leininger merupakan perawat profesional pertama yang mendapat gelar doktoral dalam antropologi sosial. Selain seorang perawat Leininger juga dikenal sebagai ilmuwan, antropologis, peneliti penulis. Leininger sudah menulis dan menyunting lebih dari 27 selama masa hidupnya (Varcarolis, 2016). Riwayat akademik Leininger dimulai dari pendidikan keperawatannya di “St. Anthony School of Nursing”, setelah itu Leiniger melanjutkan pendidikan sarjana pada jurusan ilmu biologi di Benedictine College di Atchison, Kansas. Setelah menyelesaikan jenjang pendidikan sarjana, Leininger kemudian bekerja sebagai perawat pada unit psikiatrik di St. Joseph’s Hospital Omaha. Kemudian Leininger melanjutkan studinya untuk mendapatkan gelar magister keperawatan di

Universitas Amerika di kota Washington. Setelah mendapatkan gelar magister kemudian Leininger bekerja di Fakultas Kesehatan Cincinnati Washington, sembari melanjutkan pendidikan spesialis keperawatan jiwanya. Leininger mempunyai ketertarikan terhadap antropologi sosial budaya karena pengalamannya ketika bekerja di rumah sakit jiwa. Saat bekerja di Cincinnati Leininger mengamati respon anak – anak yang berbeda terhadap perawatan kejiwaan yang diberikan. Melihat fenomena tersebut Leininger kemudian mengidentifikasi konsep utama teori dan praktek dalam keperawatan transkultural (Alligood, 2013) (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Saat melanjutkan studi doktoral dalam bidang antropologi dan kebudayaan Leininger melakukan penelitian mendalam mengenai keperawatan dalam kebudayaan atau studi ethnografi dan ethnonursing.

Keperawatan Transkultural

Keperawatan transkultural merupakan ilmu keperawatan yang berfokus dalam studi perbedaan dan analisis keragaman budaya dan sub budaya yang dikaitkan dengan nilai caring, ekspresi, kepercayaan tentang sehat-sakit, dan pola perilaku.

Tujuan dari teori transkultural adalah untuk menghubungkan struktur sosial dan dimensi sosial terhadap keragaman dan universalitas asuhan keperawatan. Secara praktis, teori ini bertujuan untuk menemukan cara merawat yang tepat kepada pasien yang memiliki budaya yang berbeda. Menurut Leininger budaya memberikan peran yang penting terhadap keputusan pasien dalam mengambil tindakan kesehatan. Oleh karena itu seorang perawat harus mendokumentasikan pasien berdasarkan pandangan dan nilai yang dianut oleh pasien atau disebut secara emic. Selain emic perawat juga harus menggunakan nilai etic (pengetahuan profesional) untuk melakukan asuhan keperawatan. Berdasarkan hal tersebut sehingga teori keperawatan transkultural ini dinilai memiliki nilai deduktif dan induktif sehingga sering juga disebut Culture Care Theory of Diversity and

Universality. Sebagaimana layaknya teori fundamental keperawatan lainnya, Culture Care Theory of Diversity and Universality milik Leininger juga memiliki definisi aspek Keperawatan, Manusia, Kesehatan dan Lingkungan miliknya sendiri (Allgood, 2013). Tabel dibawah ini menjabarkan definisi dari aspek tersebut:

Tabel 15. 1. Paradigma Keperawatan Culture Care Theory of Diversity and Universality

NO.	ASPEK	DEFINISI
1	KEPERAWATAN	
	<i>Care</i>	Fokus khusus, inti, dan dominan dari teori <i>Culture Care</i>
	Perawatan berbasis budaya	Esensi kesejahteraan, kesehatan, pertumbuhan, dan pertahanan, serta menghadapi kematian yang memiliki makna holistik dan komprehensif dalam pengambilan keputusan dan tindakan keperawatan
	Keperawatan transkultural	Merupakan disiplin ilmu dan profesi yang humanis dan ilmiah yang bertujuan untuk melayani individu, kelompok, komunitas, masyarakat, dan institusi.
	<i>Caring</i>	Esensi pemulihan dan perawatan yang membuktikan bahwa tidak mungkin kesembuhan tanpa adanya <i>caring</i> , tapi <i>caring</i> tetap ada tanpa adanya kesembuhan.
	Konsep Asuhan budaya	Makna, ekspresi, pola, proses dan bentuk struktural dari perawatan dapat beragam secara transkultural dengan adanya keragaman dan perbedaan budaya.
2	MANUSIA	Setiap budaya memiliki pengetahuan, praktik perawatan tradisional dan praktik perawatan profesional yang berbeda-beda

		<p>secara transkultural.</p> <p>Faktor faktor (Bahasa, filosofi, agama, hubungan sosial, politik, hukum, pendidikan, teknologi, riwayat, etnis dan lingkungan) dapat mempengaruhi nilai asuhan budaya, keyakinan, dan praktik keperawatan,</p>
3	KESEHATAN	<p>Perawatan yang bermanfaat, menyehatkan, dan memuaskan secara budaya dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga, kelompok, komunitas didalam konteks lingkungan mereka.</p>
		<p>Asuhan keperawatan yang sesuai budaya dapat dirasakan manfaatnya apabila nilai perawatan, ekspresim pola telah diketahui dan digunakan untuk perawatan yang sesuai dan bermakna.</p>
		<p><i>Culture Care</i> mengidentifikasi persamaan dan perbedaan praktik keperawatan profesional dengan keperawatan tradisional melalui budaya manusia di seluruh dunia.</p>
4	LINGKUNGAN	<p>Kurangnya asuhan budaya dapat menyebabkan konflik budaya, kegagalan praktik, stress budaya dan nyeri. Asuhan budaya merupakan dasar untuk dapat memberikan perawatan budaya yang sesuai budaya, bertanggung jawab, aman dan sensitif.</p>
		<p>Metode penelitian <i>ethnonursing</i> memberikan makna untuk dapat menemukan dan mengintepretasikan data yang terkait <i>emic, etic</i>, data kompleks, dan beragam asuhan budaya secara akurat.</p>

Ethnonursing

Ethnonursing merupakan metode penelitian keperawatan dengan metode kualitatif yang digunakan untuk menguji fenomena budaya dan keperawatan yang kompleks. Leininger mengembangkan metode penelitian riwayat etnis. Ethnonursing mengembangkan pentingnya untung mengkaji pengalaman *emic* dan pengetahuan lokal seseorang untuk dapat dibandingkan dengan keyakinan dan praktik *etic* dari luar. Pedoman utama dalam melakukan studi ethnonursing adalah *sunrise enabler model* (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Leininger mendefinisikan *ethnonursing research method* (ENRM) sebagai metode penelitian kualitatif dengan pendekatan naturalistik, penemuan terbuka, dan sebagian besar mode dan proses *emic* yang diturunkan secara induktif dengan beragam strategi, teknik, dan panduan yang memungkinkan untuk mendokumentasikan, mendeskripsikan, memahami, dan menafsirkan makna, pengalaman, simbol, dan aspek terkait lainnya yang bersifat aktual atau potensial (Farren, 2015). Ethnonursing berfokus pada dokumentasi, gambaran dan fenomena keperawatan pada kelompok yang diteliti sesuai dengan kebudayaan mereka untuk dapat mencegah dan menyelesaikan masalah keperawatan, serta memberikan informasi untuk mempengaruhi perubahan praktek profesional keperawatan. Metode ini tidak hanya untuk memahami budaya pasien tetap harus menciptakan kemajuan dalam proses perawatan (Witdiawati, Rahayuwati, & Sari, 2018). Pendekatan *ethnonursing* dapat digunakan untuk mengenali hubungan dan mengidentifikasi serta mengembangkan pola-pola yang terkait dengan arti atau makna dari fenomena budaya yang diteliti (Rasny, Susanto, & Dewi, 2014). Metode penelitian ini layak dan cocok untuk digunakan di Indonesia sebagai negara yang dikenal dengan keragaman budaya yang dimilikinya. Dengan keragaman budaya yang dimiliki, memungkinkan seorang perawat di Indonesia berhadapan dengan berbagai nilai dan keyakinan yang berbeda dengan yang dimilikinya, sehingga penting bagi perawat di Indonesia untuk meningkatkan pengetahuannya dalam *emic* untuk dihubungkan dengan nilai *etic* profesional.

Dalam penelitian ethnonursing, Leininger telah mengembangkan empat *enablers*, dengan menjadi penggerak informan penelitian dalam memberikan informasi yang valid mengenai asuhan budaya, *enabler* tersebut antara lain:

1. Pengampu (*enabler*) mempunyai kewajiban untuk melakukan pendekatan yang natural atau familiar terhadap informan. Upaya yang dapat dilakukan oleh peneliti untuk terpenuhinya kewajiban ini adalah dengan bergerak secara perlahan dari perannya sebagai peneliti menjadi pendengar hingga bergerak menjadi partisipan dan reflektor. Hal ini diupayakan agar peneliti mendapatkan data yang valid karena informan dapat menyampaikan informasinya secara natural dan tanpa tekanan.
2. Pengampu dapat menempatkan diri menjadi teman yang dapat dipercaya kepada informan. Hal ini ditujukan agar peneliti dapat mengidentifikasi sikap, tingkah laku, dan ekspektasi yang berbeda oleh informan. Menjadi teman yang dapat dipercaya adalah hal yang penting karena informan dapat memberikan data yang jujur, kredibel, dan mendalam.
3. Ranah dari “*inquiry enabler*”, peneliti membutuhkan proses untuk menentukan minat dan area fokus yang jelas yang peneliti inginkan. *Inquiry enabler* merupakan pertanyaan singkat yang disesuaikan agar tetap berfokus pada asuhan budaya.
4. Pengampu akulturasi dengan memperhatikan petunjuk (*clue*) yang penting dari informan yang dapat digunakan oleh peneliti sebagai informasi untuk mengidentifikasi sejauh apa orientasi informan terhadap kondisi tradisional atau non tradisional yang terkait dengan nilai-nilai kehidupannya.

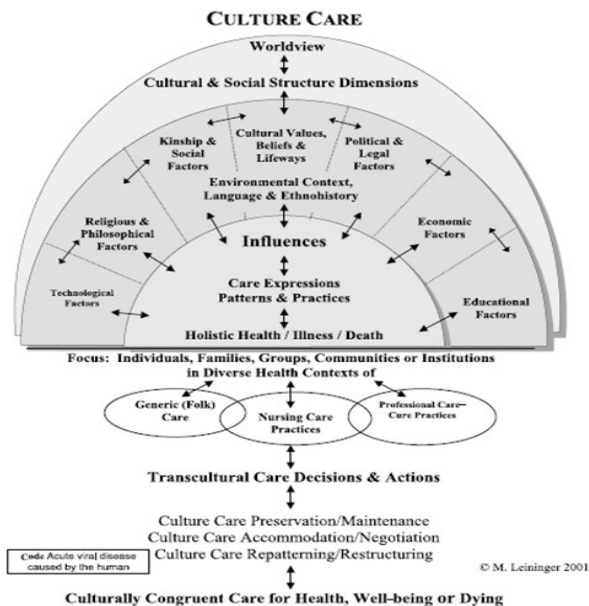
Sunrise Enabler Model

Salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat adalah kompetensi kultural. Seorang perawat

yang memiliki kompetensi kultural akan mempedulikan dan peka terhadap kebutuhan budaya pasien yang menerima asuhan keperawatan. Pada saat ini, kompetensi kultural perawat di Indonesia masih belum menjadi perhatian, mayoritas perawat belum dipersiapkan kompetensi kulturalnya selama proses pendidikan. Kurangnya kompetensi kultural perawat dapat berakibat pada banyaknya masalah dalam berinteraksi antara pasien dan perawat (Novietasari, Gunawijaya, & Indracahyani, 2018). Sunrise enabler model merupakan gambaran dari telaah teori yang diinisiasi oleh Leininger. Model ini menggambarkan bahwa manusia dan latar belakang (budaya, sosial, pandangan dunia sejarah, konteks lingkungan) tidak dapat dipisahkan. Sunrise enabler model mempunyai banyak manfaat dan sudah banyak dibuktikan oleh banyak penelitian. Perspektif transkultural mengintegrasikan persamaan dan perbedaan budaya tertentu untuk menyediakan layanan kesehatan yang selaras secara budaya. Perspektif transkultural memberikan pemahaman yang lebih baik karena faktor sosial dan budaya (misalnya, keyakinan kesehatan) juga dapat menentukan ambang batas normalitas dan patologi gejala, terutama ketika merawat individu lintas budaya. Struktur sosial dan budaya yang diidentifikasi dalam teori asuhan keperawatan budaya dan faktor pendukung sunrise enabler mempengaruhi pola kesehatan dan kesejahteraan (Tabudlo & Saligan, 2022).

Dalam mengembangkan dan menggunakan teori Perawatan Budaya, terbukti bahwa perawat perlu memperluas jangkauannya ke seluruh dunia dan memasukkan dimensi baru seperti faktor struktur sosial, etnohistori, perawatan generik, penggunaan bahasa, konteks lingkungan, dan daerah lain untuk sampai pada basis data yang komprehensif, holistik, dan akurat untuk memahami fenomena kepedulian budaya. Sunrise Enabler Model ini juga dapat digunakan sebagai alat pengkajian baik untuk perawat maupun untuk peneliti. Item-item faktor yang mempengaruhi yang terdapat dalam sunrise enabler model ini dikaitkan dengan pengambilan keputusan perawatan yang tepat. Item-item

tersebut antara lain terdiri dari faktor teknologi, faktor keagamaan, faktor kekerabatan, faktor nilai budaya, keyakinan & gaya hidup, faktor politik & legal, faktor ekonomi, faktor pendidikan.



Gambar 15.1 Leininger Sunrise Enabler Model

Berdasarkan gambar diatas dapat kita ketahui bahwa teori transkultural sering disebut dengan *sunrise enabler model* karena terdapat bentuk setengah lingkaran yang terlihat seperti matahari terbit (*sunrise*).Lingkaran terluar menggambarkan bahwa seluruh item yang terdapat pada lingkaran merupakan sebuah **asuhan budaya**, dibawah ini merupakan deskripsi dari item-item yang terdapat pada asuhan budaya, antara lain:

1. Pandangan Dunia : merupakan sistem terluas dan paling abstrak dalam asuhan budaya transkultural. Cara dunia memandang suatu penyakit atau keadaan kesehatan individu, kelompok, komunitas menjadi menjadi suprasistem dalam asuhan kebudayaan. Hal ini dapat dikaitkan dengan keputusan/tindakan keperawatan secara global.

2. Dimensi struktur sosial dan budaya, dimensi ini memiliki 7 faktor penting dalam pengambilan keputusan keperawatan, diantaranya adalah (Melo, 2013):
 - a. Faktor Teknologi: Akses kepada teknologi informasi, akses komunikasi, akses media dan publikasi, akses terhadap sumber informasi pada wilayah tempat tinggal, akses terhadap pelayanan dan teknologi kesehatan.
 - b. Faktor Keagamaan dan Spiritualitas : Aturan peribadatan, konsultasi terhadap alternatif/tokoh agama, kepercayaan, nilai dan keyakinan, arti hidup, norma keagamaan.
 - c. Faktor Kekerabatan Dan Sosial : struktur keluarga, aturan keluarga, nilai keluarga, pengambilan keputusan, tugas perkembangan, status sosial, penyakit keturunan, hubungan dengan sosial, hubungan emosional-seksual, akses kepada budaya, tempat wisata dan olahraga, norma sosial, kesetaraan gender, keamanan publik, kewarganegaraan, akses terhadap transportasi, perkawinan, kekerasan dan lain-lain.
 - d. Nilai Budaya, Keyakinan dan Gaya Hidup : Keyakinan dan kepercayaan, tanggung jawab pada kesehatan, praktek pengobatan masyarakat, persepsi terhadap sistem kesehatan, persepsi terhadap tenaga kesehatan profesional, referensi budaya, ras, etnik, kelompok, pengetahuan, sikap, perilaku, alkohol, rokok, narkotika, aktifitas fisik, hobi, keamanan, makanan sehari-hari, kebersihan dan sanitasi, pusat hiburan, gaya hidup alternatif.
 - e. Faktor Politik Dan Legal : Akses terhadap kebijakan pemerintah (keamanan, kesehatan, edukasi, lingkungan, pekerjaan, transport sosial), akses terhadap keadilan dan hukum, kewarganegaraan, partisipasi politik, kebebasan

berpikir dan berpendapat, komunikasi intra-interinstitusional, komunikasi antar sektor.

- f. Faktor Ekonomi : Pendapatan keluarga, pendapatan perkapita, job formal, job informal, tingkat sosial, kondisi pekerjaan, kondisi tempat tinggal, pekerjaan/profesi, konsumtif, biaya hidup dll.
 - g. Faktor Pendidikan : Pengetahuan, akses terhadap edukasi, literasi, kebiasaan membaca dan menulis, tipe sekolah (negeri atau swasta), status pendidikan, kekerasan sekolah, penampilan intelektual, pengambilan keputusan, perhatian.
3. Konteks Lingkungan, Bahasa & Riwayat Etnis : Bahasa dominan, penggunaan kontekstual, nada suara, penggalan kata, kontak mata, ekspresi wajah, sentuhan, salam, bahasa, dialek, sejarah komunitas, sejarah populasi, sejarah hidup, lama waktu tinggal dalam suatu wilayah, rasa memiliki, partisipasi sosial dalam komunitas.

Ketiga aspek asuhan budaya tersebut kemudian yang akan mempengaruhi fokus (individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi) dalam konteks kesehatan yang beragam. Nilai nilai asuhan budaya kemudian akan mempengaruhi kemungkinan pengambilan keputusan pada perawatan tradisional, praktik asuhan keperawatan, dan praktik pengobatan profesional.

Berdasarkan aspek tersebut maka harus dilakukan keputusan dan tindakan keperawatan transkultural, dalam hal ini keperawatan transkultural dapat dilakukan dengan tiga cara yaitu:

- a. Pelestarian/pemeliharaan asuhan budaya: Hal ini dilakukan apabila nilai emic dan etic berjalan sejajar.
- b. Akomodasi/negosiasi asuhan budaya: Hal ini dilakukan apabila nilai yang dimiliki pasien

masih bisa diadaptasi atau dimodifikasi agar dapat sesuai dengan nilai nilai profesional.

- c. Rekonstruksi atau pemolaan ulang asuhan budaya: Hal ini dilakukan apabila nilai budaya yang dianut oleh pasien tidak dapat mendukung nilai asuhan profesional. Sehingga asuhan keperawatan harus di rekonstruksi.

Menurut Nursalam teori Culture Care Sunrise Model mempunyai 4 pandangan level, yaitu (Nursalam, 2020):

1. Level pertama lebih abstrak yaitu bagaimana pandangan dunia dan level sistem sosial, mengenai dunia di luar budaya, suatu suprasistem dalam sistem umum
2. Level dua yaitu pengetahuan tentang individu, keluarga, kelompok, dan institusi pada sistem pelayanan kesehatan. Pada level ini unsur budaya mulai tampak jelas, khususnya budaya tertentu, ekspresi dan hubungan dengan pelayanan kesehatan yang sudah ada.
3. Level tiga, fokus pada sistem adat istiadat, tradisi yang ada di masyarakat, sistem pelayanan profesional, medis dan keperawatan. Pada level ini menunjukkan karakteristik tiap sistem termasuk kekhususan masing-masing, kesamaan dan perbedaan pelayanan berdasarkan budaya profesi yang bervariasi dan pelayanan universal.
4. Level empat, ada pengambilan keputusan keperawatan dan tindakan- tindakan melibatkan kultur penyediaan atau mempertahankan pelayanan. Ada tiga tipe tindakan keperawatan yang diangkat Leininger yaitu mempertahankan budaya lokal, memperhatikan cara-cara atau negosiasi budaya lokal dan melakukan restruktur atau membuat pola baru sesuai budaya lokal. Melalui tiga tindakan ini akan menurunkan stres kultur dan potential konflik antara klien dan petugas kesehatan (Nursalam 2017).

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2013). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (8 ed., Vol. 1). Indonesia: Elsevier.
- Varcarolis, E. M. (2016). *Essentials Of Psychiatric Mental Health Nursing : A Communication Approach To Evidence-Based Care* (Vol. 3). New York: Elsevier.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). *Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future*. *Journals of Transcultural Nursing* .
- Farren, A. T. (2015). *Leininger's Ethnonursing Research Methodology and Studies of Cancer Survivors: A Review*. *Journal of Transcultural Nursing* .
- Witdiawati, Rahayuwati, L., & Sari, S. P. (2018). *Studi Ethnography-Ethnonursing : Konsep dan Aplikasi Penelitian Tentang Pasien Kanker Payudara*. Sumedang, Jawa Barat, Indonesia: Unpad Press.
- Novietasari, E., Gunawijaya, J., & Indracahyani, A. (2018). *Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya Efektif Meningkatkan Kompetensi Kultural Perawat*. *Jurnal Keperawatan Indonesia* , 21 (1).
- Rasny, H., Susanto, T., & Dewi, E. I. (2014). *Ethnonursing Penggunaan Terapi Komplementer Pada Suku Using Banyuwangi*. *Jurnal Ners* , 9 (1).
- Tabudlo, J., & Saligan, L. (2022). *A Transcultural Perspective of Systemic Lupus Erythematosus-Related Fatigue: Systematic Review and Narrative Synthesis*. *Asian/Pasific Island Nursing Journal* , 6 (1).
- Melo, L. P. (2013). *The Sunrise Model: a Contribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health*. *American Journal of Nursing Research* , 1 (1).
- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.

Profil Penulis



Henny Yolanda, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penulis lahir pada 15 Juli 1992 di kota Selong Kabupaten Lombok Timur, merupakan seorang gadis berdarah sasak Lombok. Sembilan tahun merantau di Yogyakarta untuk menempuh pendidikan semenjak tahun 2010. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi di STIKES Surya Global Yogyakarta pada tahun 2016. Kecintaannya kepada anak - anak membawa penulis kemudian melanjutkan pendidikannya pada keperawatan anak di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2017 dan mendapatkan gelar Magister Keperawatan di tahun 2019. Semenjak tahun 2019 penulis kembali ke tanah kelahiran dan mengabdikan diri untuk mengajar di STIKES YARSI MATARAM. Saat ini penulis merupakan dosen tetap D3 Keperawatan STIKES YARSI Mataram. Wujud profesionalisme penulis ditunjukkan dengan artikel - artikel yang sudah dipublikasikan. Disela - sela kegiatannya dalam melakukan tridarma perguruan tinggi mengajar, meneliti, dan melakukan pengabdian kepada masyarakat. Penulis juga aktif dalam menyuarakan kesetaraan gender untuk memperjuangkan hak keadilan bagi perempuan. Bagi penulis apapun perannya perempuan harus menjadi pendidik yang berdaya.

Email Penulis: henny.yolanda@gmail.com

MODEL TEORI MARGARETH NEWMAN: KESEHATAN SEBAGAI PERLUASAN KESADARAN

Kusniyati Utami, S. Kep., Ners., M.Kep.

STIKES Yarsi Mataram

Pendahuluan

Teori Kesehatan sebagai perluasan kesadaran merupakan sebuah model teori yang diusung oleh Margareth Newman, masuk dalam konsep keperawatan *Grand Theory* konsep teori Newman mempunyai kunci dasar “Caring Partnership” yang melihat seseorang sebagai kesatuan dan berkelanjutan dengan lingkungan dimana secara keseluruhan pandangan kesatuan adalah Pola yang akan menggambarkan keseluruhan, pemahaman tentang makna hubungan secara sekaligus. Berkembang dari kepedulian Newman pada mereka yang memandang bahwa kesehatan adalah sebuah keadaan tanpa penyakit dan atau tanpa kecacatan, Newman kemudian mengembangkan Caring Partnership yang memandang bahwa kesehatan semua orang tanpa memandang status kesehatan mereka, setiap orang dalam setiap situasi tidak peduli terlihat betapa putus asanya orang tersebut merupakan proses perluasan kesadaran yang lebih luas, untuk menjadi diri sendiri, menemukan makna yang lebih besar dalam hidup, dan mencapai dimensi baru dalam berhubungan dengan orang lain dan dunia (Newman, 2022).

Evolusi Teori Kesehatan sebagai Perluasan Kesadaran

Newman berusia awal dua puluhan ketika dia mulai merawat ibunya yang didiagnosis menderita amyotrophic lateral sclerosis, penyakit neurologis degeneratif yang semakin mengurangi pergerakan semua otot kecuali mata. Merawat ibunya selama 5 tahun merupakan proses transformatif, ia belajar untuk hidup hari demi hari dan sepenuhnya tenggelam dalam masa kini. Dia mengatakan, "Saya belajar bahwa ibu saya, meskipun cacat fisik, adalah manusia seutuhnya, sama seperti orang lain. Saya mengenalnya dan mencintainya dengan cara yang mungkin tidak akan pernah saya alami seandainya dia tidak bergantung secara fisik. 5 tahun yang saya habiskan bersamanya sebelum dia meninggal sangat sulit, melelahkan, terbatas dalam beberapa hal, tetapi intens, penuh kasih, dan berkembang dengan cara lain. [2] Meskipun kehidupan ibunya dibatasi oleh penyakit, hidupnya tidak ditentukan olehnya. Ibu dan putrinya mengalami "keutuhan" dan "kesehatan" bersama meskipun memiliki penyakit progresif.

Setelah kematian ibunya, dia memutuskan untuk belajar keperawatan dan bekerja sebagai perawat. Saat mengejar studi doktoralnya di bidang keperawatan di New York University, ia belajar dengan Martha Rogers. Rogers 'Science of Unitary Human beings adalah model keperawatan yang terkenal karena asumsi tentang manusia, yaitu "Manusia adalah keseluruhan yang bersatu yang memiliki integritasnya sendiri dan memanifestasikan karakteristik yang lebih dari dan berbeda dari jumlah bagian-bagiannya." Rogers memandang kesehatan dan penyakit bukan sebagai dua realitas yang terpisah tetapi sebagai proses kesatuan dan transformatif. Pandangan ini sesuai dengan pengalaman Newman sebelumnya saat merawat ibunya.

Hubungan dengan Konsep Paradigma

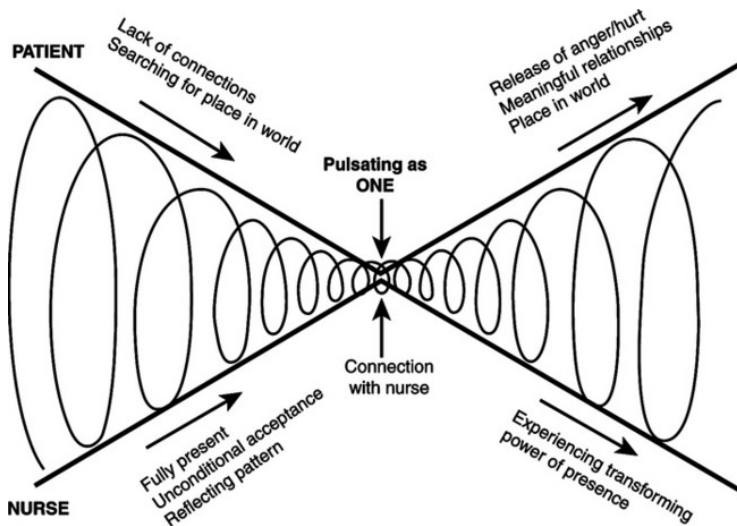
1. Keperawatan

Newman menekankan keutamaan hubungan sebagai fokus keperawatan, baik hubungan perawat-klien

maupun hubungan dalam kehidupan klien (Newman, 2008). Selama hubungan perawat-klien dialektika, klien berhubungan dengan makna hidup mereka melalui identifikasi makna dalam proses pola hubungan mereka yang berkembang. "Penekanan dari proses ini adalah pada mengetahui / peduli melalui pengenalan pola". Wawasan tentang pola-pola ini memberi klien penerangan kemungkinan tindakan, yang kemudian membuka jalan bagi transformasi (Newman, 2017).

Perawat memfasilitasi pengenalan pola pada klien dengan membentuk hubungan dengan mereka pada titik-titik kritis dalam kehidupan mereka dan terhubung dengan mereka dengan cara yang otentik. Hubungan perawat-klien ditandai dengan "irama yang bersatu dan bergerak terpisah ketika klien menghadapi gangguan keadaan mereka yang terorganisir dan dapat diprediksi", Newman lebih lanjut menyatakan bahwa perawat akan terus terhubung dengan klien ketika mereka bergerak melalui periode disorganisasi dan ketidakpastian untuk sampai pada keadaan yang lebih tinggi dan terorganisir. Perawat datang bersama dengan klien pada titik-titik pilihan kritis dalam hidup mereka dan berpartisipasi dengan mereka dalam proses memperluas kesadaran. Hubungan adalah salah satu ritme dan waktu, dengan perawat melepaskan kebutuhan untuk mengarahkan hubungan atau memperbaiki hal-hal. Ketika perawat melepaskan kebutuhan untuk memanipulasi atau mengendalikan, ada kemampuan yang lebih besar untuk masuk ke dalam kemitraan yang berfluktuasi dan berirama ini dengan klien. Newman telah menggambarkan interaksi perawat-klien ini untuk bersatu dan bergerak terpisah melalui proses pengakuan, wawasan, dan transformasi. Perawat dipandang sebagai mitra dalam proses memperluas kesadaran, dan diubah dan kehidupan mereka ditingkatkan dalam proses dialogis. Sebagai fasilitator, perawat membantu individu, keluarga, atau masyarakat untuk fokus pada pola

berhubungan. Proses keperawatan adalah salah satu pengenalan pola (Newman, 2017).



Gambar 16.1: Perawat dan pasien bersatu dan bergerak terpisah dalam proses pengenalan, wawasan, dan transformasi (Sumber: Newman, M. A. [2010] Nursing theorist and their work, Tomey & Alligood)

2. Manusia

Sepanjang karya Newman, istilah klien, pasien, orang, individu, dan manusia digunakan secara bergantian. Klien dipandang sebagai peserta dalam proses transformatif. Manusia sebagai individu diidentifikasi oleh pola kesadaran individu itu sendiri, manusia selanjutnya didefinisikan sebagai pusat kesadaran dalam pola keseluruhan perluasan kesadaran, definisi manusia juga telah diperluas mencakup keluarga dan komunitas.

3. Lingkungan

Meskipun lingkungan tidak didefinisikan secara eksplisit, hal tersebut digambarkan sebagai keseluruhan yang lebih besar, yang berisi kesadaran individu. Pola kesadaran orang berinteraksi dalam pola kesadaran keluarga dan dalam pola interaksi

masyarakat. Asumsi utama adalah bahwa "kesadaran adalah koekstensif di alam semesta dan berada di semua materi". Klien dan lingkungan dipandang sebagai pola evolusi kesatuan.

Newman mengidentifikasi interaksi antara orang dan lingkungan sebagai proses kunci yang menciptakan konfigurasi unik untuk setiap individu. Pola lingkungan manusia berevolusi ke tingkat kesadaran yang lebih tinggi. Asumsinya adalah bahwa semua materi di lingkungan alam semesta memiliki kesadaran, tetapi pada tingkat yang berbeda. Interpretasi pandangan Newman menjelaskan bahwa kesehatan adalah pola interaksi seseorang dengan lingkungan. Penyakit dalam medan energi manusia adalah manifestasi dari pola unik interaksi orang-lingkungan.

4. Kesehatan

Kesehatan adalah konsep utama teori Newman tentang memperluas kesadaran. Perpaduan penyakit dan non-penyakit menciptakan sintesis yang dianggap sebagai kesehatan. Penyakit dan non-penyakit masing-masing merupakan cerminan dari keseluruhan yang lebih besar; oleh karena itu, konsep baru kesehatan, "pola keseluruhan," terbentuk. Newman telah menguraikan lebih lanjut pandangannya tentang kesehatan dengan menyatakan bahwa "kesehatan adalah pola keseluruhan dan keutuhan itu sendiri. Selanjutnya, keutuhan ini tidak dapat ditingkatkan ataupun hilang. Dalam perspektif ini, menjadi sakit tidak mengurangi keutuhan, tetapi keutuhan mengambil bentuk yang berbeda. Newman telah menyatakan bahwa pengenalan pola adalah inti dari kesehatan yang muncul. "Kesehatan nyata, meliputi penyakit dan non-penyakit dapat dianggap sebagai penjelasan dari pola yang mendasari orang-lingkungan" Oleh karena itu, kesehatan dan pola kesadaran yang berkembang adalah sama. Secara khusus, kesehatan dipandang "sebagai proses transformatif menuju kesadaran yang lebih inklusif".

Tinjauan Teori Kesehatan sebagai Perluasan Kesadaran

Teori Newman menganut paradigma kesatuan dan transformatif keperawatan sebagai "peduli dalam pengalaman kesehatan manusia" Langkah pertamanya sebagai ahli teori berkembang sekitar tahun 1979. Setelah menguraikan idenya, tiga buku diterbitkan secara berurutan. Asumsi dasar teori ini disintesis sebagai berikut:

1. Kesehatan adalah pola kesatuan yang berkembang dari keseluruhan, termasuk pola penyakit
2. Kesadaran adalah kapasitas informasi dari keseluruhan dan terungkap dalam pola yang berkembang
3. Pola mengidentifikasi proses orang-lingkungan dan ditandai dengan makna.

Asumsi dasar teori ini difokuskan pada pola. Pola mengacu pada "informasi yang menggambarkan keseluruhan, pemahaman tentang makna semua hubungan sekaligus". Keutuhan diidentifikasi dalam pola yang terus berkembang. Setiap pola yang dapat diamati adalah waktu tertentu dan berisi informasi yang terlipat dan akan terungkap. Evolusi dan transformasi pola terjadi melalui interaksi pasien-lingkungan, yaitu cara di mana pasien berhubungan dengan lingkungan. Sebuah pola dapat ditunjukkan secara retrospektif sebagai pola berurutan dari waktu ke waktu. Terkadang, kehidupan pasien teratur; Di lain waktu, pasien melewati perjalanan hidup yang sulit yang dipandang sebagai kekacauan. Keteraturan dan gangguan dalam kehidupan pasien adalah bagian dari perluasan kesadaran. Seorang perawat memasuki proses ini dengan pasien, terutama pada saat pasien mengalami kekacauan. Kuncinya adalah bahwa perawat dan pasien dapat terlibat dalam proses saling pengenalan pola. Dengan demikian, keduanya akan berevolusi ke tingkat kesadaran yang lebih tinggi. Intervensi keperawatan membutuhkan tindakan yang berkembang dari pengenalan pola. Artinya, pengenalan pola memberikan wawasan pribadi

tentang makna pola dan mengungkapkan potensi tindakan. Intervensi keperawatan yang didasarkan pada teori Newman ini dinamai "kemitraan peduli" dalam hubungan pasien-perawat. Kemitraan Peduli dalam Perspektif Kesatuan Pandangan paradigmatic, Newman membentuk jenis intervensi keperawatan baru yang berfokus pada pasien secara dan menemukan makna dalam pengalaman. Newman menggambarkan proses ini sebagai "HEC Praxis: proses pengenalan pola. Praxis berarti sintesis teori, penelitian, dan praktik. Unsur-unsur proses penelitian adalah sama untuk praktik; Namun, pada penelitian biasanya dibutuhkan pencatatan data. Adapun langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

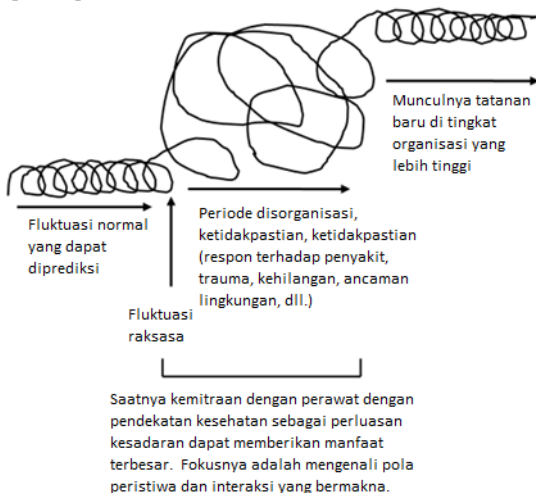
1. Langkah 1: Proses penyelidikan timbal balik dibuat dengan pasien (pasien dan / atau keluarga)
2. Langkah 2: Pasien diundang untuk berbicara tentang peristiwa dan hubungan yang bermakna dalam kehidupan pasien. Setelah pertemuan pertama, perawat mentransmisikan narasi ke diagram sederhana yang menggambarkan konfigurasi berurutan hubungan dan peristiwa
3. Langkah 3. Diagram dibagikan dengan pasien dan dialog dilanjutkan secara bebas
4. Langkah 4. Ketika pasien menyadari pola pasien, kemitraan dihentikan.

Asumsi Mayor

Teori kesehatan sebagai kesadaran yang meluas berasal dari teori Martha Roger tentang ilmu kesatuan manusia. Asumsi Rogers mengenai pola orang dalam interaksi dengan lingkungan adalah dasar pandangan bahwa kesadaran adalah manifestasi dari pola interaksi orang-lingkungan yang berkembang. Desakan Rogers bahwa kesehatan dan penyakit hanyalah manifestasi dari fluktuasi ritmis dari proses kehidupan adalah dasar untuk melihat *kesehatan dan penyakit sebagai proses kesatuan yang bergerak* melalui variasi dalam keteraturan-gangguan. Dari sudut pandang ini,

seseorang tidak dapat lagi memikirkan kesehatan dan penyakit dengan cara dikotomis yang dicirikan dalam ilmu kedokteran; yaitu, kesehatan sebagai tidak adanya penyakit atau kesehatan sebagai kontinum dari kesehatan ke penyakit. Kesehatan dan pola kesadaran yang berkembang adalah sama. Seseorang diidentifikasi oleh *polanya*, yang mencerminkan pola orang tersebut dalam pola lingkungan yang lebih besar. Pola ini berkembang melalui permutasi keteraturan dan kekacauan, termasuk apa yang dalam bahasa sehari-hari disebut kesehatan dan penyakit. Pengenalan pola muncul dari proses mengungkap makna dalam kehidupan seseorang. Makna melekat dalam pola, dan sebaliknya.

Teori struktur disipatif Prigogine diterapkan pada keperawatan Kesehatan sebagai perluasan kesadaran. Proses perluasan kesadaran adalah proses menjadi lebih dari diri sendiri, menemukan makna hidup yang lebih besar, dan mencapai dimensi baru dalam keterhubungan dengan orang lain dan dunia.



Gambar 16.2: Teori disipatif kesehatan sebagai perluasan kesadaran (Sumber: Margaret Dexheimer Pharris [2022], Health as expanding consciousness, nursology.net)

Konsep & Definisi Mayor

1. Kesehatan

Kesehatan adalah "pola keseluruhan" seseorang, termasuk penyakit sebagai manifestasi yang berarti dari pola keseluruhan, berdasarkan premis bahwa kehidupan adalah proses berkelanjutan untuk memperluas kesadaran (Newman, 1986). Hal tersebut dianggap sebagai pola yang berkembang dari orang dan lingkungan dan dipandang sebagai peningkatan kemampuan untuk memahami alternatif dan merespons dalam berbagai cara. Kesehatan adalah "proses transformatif menuju kesadaran yang lebih inklusif".

Dengan menggunakan fusi dialektis Hegel tentang hal-hal yang berlawanan, Newman menjelaskan secara konseptual bagaimana penyakit menyatu dengan kebalikannya, non-penyakit atau tidak adanya penyakit, untuk menciptakan konsep baru tentang kesehatan. Kesehatan sebagai pola keseluruhan seseorang perlu melihat penyakit bukan sebagai intentitas yang terpisah tetapi sebagai manifestasi dari pola interaksi orang dengan lingkungan yang berkembang. Desakan Rogers bahwa kesehatan dan penyakit hanyalah manifestasi dari fluktuasi ritmis dari proses kehidupan adalah dasar untuk melihat *kesehatan dan penyakit sebagai proses kesatuan yang bergerak* melalui variasi dalam keteraturan-gangguan. Dari sudut pandang ini, seseorang tidak dapat lagi memikirkan kesehatan dan penyakit dengan cara dikotomis yang dicirikan dalam ilmu kedokteran; yaitu, kesehatan sebagai tidak adanya penyakit atau kesehatan sebagai kontinum dari kesehatan ke penyakit. Kesehatan dan pola kesadaran yang berkembang adalah sama, pergeseran paradigma tersebut berupa:

- a. Dari fokus pada pengobatan gejala hingga pencarian pola
- b. Dari melihat penyakit dan gangguan sebagai negative untuk melihat mereka sebagai bagian

dari proses pengorganisasian diri untuk memperluas kesadaran

- c. Dari melihat peran keperawatan sebagai mengatasi masalah penyakit untuk membantu orang untuk berhubungan dengan pola mereka sendiri memperluas kesadaran.

2. Pola

Dalam *Health as Expanding Consciousness*, Newman mengembangkan pola sebagai konsep utama yang digunakan untuk memahami individu sebagai makhluk utuh. Newman menggambarkan pergeseran paradigma yang terjadi di bidang perawatan kesehatan.

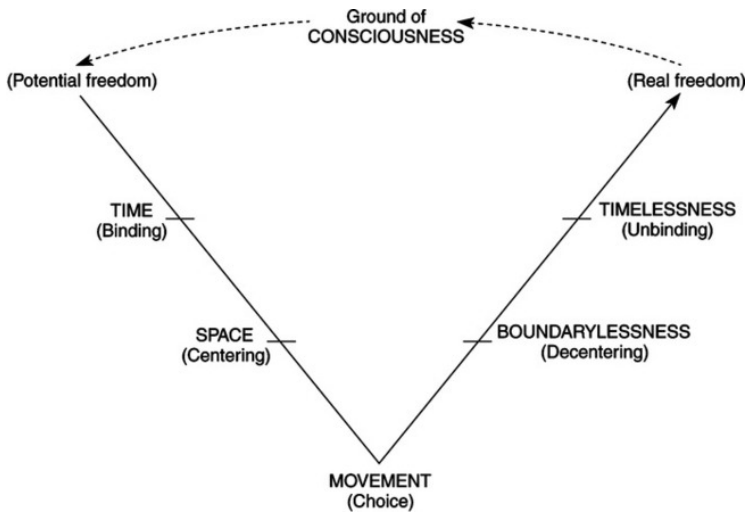
Newman (1994) menyatakan bahwa pola interaksi manusia-lingkungan merupakan kesehatan. Pola hidup individual menurut Newman (2008) bergerak "melalui puncak dan palung, variasi dalam keteraturan-gangguan yang bermakna bagi orang tersebut" (hlm. 6). Suatu peristiwa seperti kejadian penyakit adalah bagian dari proses yang lebih besar. Dengan berinteraksi dengan peristiwa tersebut, tidak peduli seberapa destruktif kekuatan itu tampaknya, energinya menambah energi orang itu sendiri dan meningkatkan kekuatannya sendiri dalam situasi tersebut, untuk melihat hal tersebut, perlu untuk memahami pola secara keseluruhan.

3. Kesadaran

Kesadaran merupakan kapasitas informasi sistem dan kemampuan sistem untuk berinteraksi dengan lingkungannya (Newman, 1994). Kesadaran tidak hanya mencakup kesadaran kognitif dan afektif, tetapi juga "keterkaitan seluruh sistem kehidupan yang mencakup pemeliharaan fisikokimia dan proses pertumbuhan serta sistem kekebalan tubuh. Newman mengidentifikasi tiga korelasi kesadaran yaitu Waktu- Gerakan dan Ruang sebagai manifestasi dari pola secara keseluruhan.

Proses kehidupan dipandang sebagai perkembangan menuju tingkat kesadaran yang lebih tinggi. Newman (1979) memandang perluasan kesadaran sebagai kehidupan, oleh karena itu kesehatan adalah semua yang terkait dengan kehidupan itu sendiri dengan mengacu waktu sebagai indra alat ukur dalam perubahan tingkat kesadaran.

Kesadaran absolut disamakan dengan cinta, di mana semua hal yang berlawanan didamaikan dan semua pengalaman diterima secara setara dan tanpa syarat, seperti cinta dan benci, rasa sakit dan kesenangan, dan penyakit dan non-penyakit. Reed (1996) setuju bahwa teori Newman menggambarkan fase perkembangan evolusi ketika orang bergerak melampaui fokus pada diri yang dibatasi oleh waktu, ruang, dan masalah fisik. Transendensi adalah proses di mana orang tersebut bergerak ke tingkat kesadaran yang tinggi.



Gambar 16.3: Kesejajaran antara teori perluasan kesadaran Newman dan tahapan evolusi manusia dari Young (Sumber: Newman, M. A. [2010] Nursing theorist and their work, Tomey & Alligood)

4. Gerakan-Ruang-Waktu

Newman menyatakan penting untuk meninjau Gerakan-Ruang-Waktu secara bersama-sama sebagai suatu dimensi pola kesadaran yang tampak dibandingkan sebagai konsep teori yang terpisah. Teori David Bohm tentang realitas sebagai keutuhan yang tak terbagi mendukung pandangan kesehatan dan penyakit sebagai proses kesatuan (Bohm, 1980). Bohm mengemukakan pola dasar yang tak terlihat (disebut urutan implikasi) sebagai urutan utama realitas. Semua hal tangensial dunia adalah penjelasan dari tatanan implikasi. Penyakit (dan semua manifestasi lain yang dapat diamati dari fungsi manusia) dapat dilihat sebagai penjelasan dari urutan implikasi. Dari perspektif ini, penyakit dianggap sebagai manifestasi dari keutuhan pola yang mendasarinya, bukan entitas yang terpisah. Pandangan kesehatan sebagai pola yang berkembang dari keseluruhan membutuhkan pandangan dunia yang tidak terpisah-pisah. Penyakit dan non-penyakit hanyalah sudut pandang yang berbeda dari realitas yang jauh lebih besar. Mereka tidak dapat dipisahkan dari keseluruhan, kecuali dalam cara pandang yang terpisah-pisah (Tomey and Alligood, 2010).

Aplikasi Teori

Beberapa penelitian telah menggunakan konsep model teori Newman, dalam tatanan pasien kanker Fujiwara dan Emiko dalam studinya menyimpulkan bahwa dalam intervensi keperawatan perawatan berbasis kemitraan dapat memberikan potensi hubungan antara klien dan perawat serta keluarga mereka dengan mengenali pola klien. Intervensi keperawatan berbasis teori Newman membantu perawat serta klien dalam kesulitan (Fujiwara and Endo, 2017). Hasil studi oleh Mitsugi & Endo pada setting perawatan onkologi menyebutkan bahwa perawat perlu mengenali pola perawatan, artinya perawat fokus pada penilaian kanker sebagai hubungan sebab akibat dan mencari metode pemecahan masalah. Dengan

memahami pernyataan Newman bahwa tanggung jawab perawat bukan untuk membuat orang-orang sehat atau untuk mencegah mereka sakit, melainkan untuk membantu pasien mengenali kekuatan yang ada didalam diri mereka. Setelah melalui perawatan berbasis kemitraan, klien memahami bahwa kanker adalah manifestasi yang berarti dari ketidakharmonisan gaya hidup, oleh karena itu perspektif, pemikiran dan tindakan perawat onkologi sangat penting (Mitsugi and Endo, 2022).

Selain dalam tatanan klinik Tang dalam studi penerapan konsep teori Newman kepada mahasiswa keperawatan di China dalam transisi pendidikan online saat pandemic covid menunjukkan bahwa Teori Newman dapat menjelaskan psikologi mahasiswa selama masa pandemic dengan baik (Tang *et al.*, 2023). Imazumi dalam studinya mengkonfirmasi teori Newman pada pengalaman pengobatan pasien kanker, bahwa melalui pendekatan kemitraan peduli pasien menemukan makna dalam diri mereka sendiri untuk membangun cara hidup baru selain itu perawat menegaskan kembali apa itu keperawatan. Dari sudut pandang teoritis kemitraan peduli bermanfaat bagi pasien dalam pengaturan klinis bahkan dengan keterlibatan parsial selama fase pengobatan (Imazumi *et al.*, 2021). Endo juga merekomendasikan praktik kemitraan peduli dari konsep teori Newman kepada perawat yang memberikan perawatan kepada pasien kanker, terutama mereka yang mengalami situasi sulit atau periode akhir kehidupannya (Endo, 2017)

Berfikir Kritis dalam Praktik Keperawatan

Dari perspektif Newman, keperawatan adalah studi tentang "merawat pengalaman kesehatan manusia". Tanggung jawab perawat profesional adalah untuk membangun hubungan utama dengan klien untuk tujuan mengidentifikasi pola yang bermakna dan memfasilitasi potensi tindakan klien dan kemampuan pengambilan keputusan. Newman menekankan bahwa esensi dari proses ini adalah untuk sepenuhnya hadir

dalam transformasi klien dan diri kita sendiri ketika kita mencari makna dalam kehidupan mereka yang datang kepada kita pada saat-saat kritis dalam hidup mereka. Kehadiran perawat membantu klien untuk mengenali pola mereka sendiri berinteraksi dengan lingkungan. Wawasan tentang pola-pola ini memberi klien penerangan kemungkinan tindakan, yang kemudian membuka jalan bagi transformasi terjadi. Ada keterlibatan otentik perawat dengan klien dan mutualitas interaksi dalam menemukan keunikan dan keutuhan pola yang sedang berlangsung di setiap situasi klien dan pergerakan proses kehidupan menuju perluasan kesadaran (Brown and Aligood, 2010).

Hubungan perawat-klien ditandai dengan "irama yang bersatu dan bergerak terpisah ketika klien menghadapi gangguan keadaan mereka yang terorganisir dan dapat diprediksi dan bergerak melalui disorganisasi dan ketidakpastian ke keadaan yang lebih tinggi dan terorganisir". Perawat bersatu dengan klien pada titik-titik pilihan kritis dalam hidup mereka dan berpartisipasi dengan mereka dalam proses memperluas kesadaran. Hubungan adalah salah satu ritme dan waktu. Perawat menyerahkan kebutuhan untuk mengarahkan hubungan atau untuk "memperbaiki" hal-hal. Ketika perawat melepaskan kebutuhan untuk memanipulasi atau mengendalikan, ada kemampuan yang lebih besar untuk masuk ke dalam kemitraan yang berfluktuasi dan berirama ini dengan klien. Merasakan ke dalam keseluruhan membutuhkan penginderaan ke dalam diri sendiri, dan rasa keheningan atau pemusatan sangat membantu untuk proses tersebut. Newman menguraikan, "Cara untuk berhubungan dengan pola orang lain adalah dengan merasakan pola sendiri". Perawat beresonansi dengan klien dan sepenuhnya hadir dan "sinkron" dengan klien untuk memfasilitasi pembentukan kesadaran bersama dalam apa yang telah digambarkan sebagai tarian empati yang berhubungan. Ketika perawat berdialog dan berbagi kesan dan perasaan dengan klien, pengenalan pola terjadi. Perawat melakukan pengamatan holistik terhadap "perilaku orang-lingkungan yang bersama-sama menggambarkan

pola keseluruhan yang sangat spesifik untuk setiap orang" menggunakan terminologi dari cerita dan pola individu sendiri. Deskripsi pola total orang tersebut kemudian disajikan sebagai pola berurutan dari waktu ke waktu, penekanan dari proses ini adalah "mengetahui/ peduli melalui pengenalan pola"

HEC berasal dari pola kesatuan dalam paradigma keperawatan. Newman menyarankan perawat untuk membantu klien mengenali kekuatan yang ada di dalam diri mereka untuk pindah ke tingkat kesadaran yang lebih tinggi. Untuk itu, klien perlu mengenali pola mereka sendiri. Newman yakin bahwa faktor penting dalam mengenali pola sendiri adalah mutualitas kehadiran seorang perawat yang telah diubah oleh teori dengan klien yang dilayani. Hal ini menyiratkan bahwa dialog antara perawat dan klien sangat penting karena visi bersama akan terjadi melalui dialog. (Mitsugi, Endo and Ikeda, 2020). Dalam teori Margareth Newman yaitu kesehatan sebagai perluasan kesadaran perawat harus berfokus pada apa yang bermakna dalam diri mereka dan dalam kehidupan pasien mereka. Teori Newman yang relevan dapat digunakan di seluruh pengaturan praktik dan budaya. Newman menyatakan bahwa teori ini menegaskan bahwa setiap orang dalam setiap situasi, tidak peduli seberapa kacau dan putus asanya dirinya adalah merupakan bagian dari perluasan kesadaran yaitu proses menjadi lebih diri sendiri, menemukan makna yang lebih besar dalam hidup mencapai titik baru dalam hubungan dengan orang lain dan dunia (Parker and Smith, 2010)

Daftar Pustaka

- Brown, J.W. and Aligood, M.R. (2010) 'Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness in Nursing Practice', *Nursing Theory Utilization and Application*, (2005), pp. 457–478. Available at: https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=adLsAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA394&dq=factors+that+affect+the+%22nurse+s%22+self+trancendence&ots=qufHTm760r&sig=8E_L-v3w2OdGXIHgiO-71PQtFBY%0A
- Endo, E. (2017) 'Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness and a nursing intervention from a unitary perspective', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(1), pp. 50–52. doi:10.4103/2347-5625.199076.
- Fujiwara, Y. and Endo, E. (2017) 'A patient with cancer and her family in caring partnership based on Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(3), pp. 265–268. doi:10.4103/apjon.apjon_20_17.
- Imaizumi, S. et al. (2021) 'Caring Partnership within Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness: Aiming for Patients to Find Meaning in Their Treatment Experiences', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(6), pp. 725–731. doi:10.4103/apjon.apjon-2147.
- Mitsugi, M. and Endo, E. (2022) "Cancer" as a meaningful manifestation of lifestyle disharmony: Exploring oncology nursing for the prevention and early detection of cancer in the context of Margaret Newman's theory of health as expanding consciousness', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(9), p. 100086. doi:10.1016/j.apjon.2022.100086.

- Mitsugi, M., Endo, E. and Ikeda, M. (2020) 'Recognizing One's Own Care Pattern in Cancer Nursing and *Transforming* toward A Unitary Nursing Practice Based on Margaret Newman's Theory', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(2), pp. 225–228. doi:10.4103/apjon.apjon_1_20.
- Newman, M.A. (2017) Chapter 23: Health as expanding consciousness., Nursekey publications. doi:10.1177/0894318415614901.
- Newman, M.A. (2022) Health as expanding consciousness., Nursology publications. doi:10.1177/0894318415614901.
- Parker, M.E. and Smith, M. aine C. (2010) *Nursing Theories and Nursing Practice*. 3rd edn. Philadelphia: Davis Company.
- Tang, L. et al. (2023) 'Health as expanding consciousness: Change of psychological situation in nursing students', *Nursing Open*, 10(3), pp. 1923–1930. doi:10.1002/nop2.1444.
- Tomey, A.. and Alligood, M.. (2010) *Nursing Theorist and Their Work*. 7th edn. Missouri: Elsevier.

Profil Penulis



Kusniyati Utami, S.Kep., Ners., M.Kep

Lahir di Gresik, 24 Agustus 1983. Saat ini penulis tinggal di Kota Mataram, NTB Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari D3 Keperawatan Akper Sutomo Surabaya pada tahun 2001, kemudian melanjutkan studi S-1 Keperawatan di STIKES Yarsi Mataram pada tahun 2007. Pada tahun 2013 penulis melanjutkan studi pada Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (UNAIR) dan lulus pada tahun 2015. Penulis adalah dosen di Program Studi D3 Keperawatan STIKES Yarsi Mataram dengan konsentrasi di bidang ilmu Keperawatan Maternitas. Aktivitas penulis saat ini adalah mengajar pada program studi D3 dan prodi S1 keperawatan STIKES Yarsi Mataram. Dalam kegiatan Tridarma perguruan tinggi selain melakukan kegiatan pengajaran penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang keperawatan maternitas.

Email Penulis: kusniyatiutami4@gmail.com

MODEL TEORI RAMONA T. MERCER; PENCAPAIAN PERAN IBU

Ns. Nilam Noorma, S. Kep., M. Kes.

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan
Kalimantan Timur

Pendahuluan

Menjadi seorang ibu adalah pengalaman unik karena harus melakukan berbagai pekerjaan yang melibatkan pemikiran berbeda, fisik dan sosial. Seorang perempuan sangat rentan dan menghadapi tantangan unik ketika melakukan transisi menjadi ibu (Mercer, 2006). Ibu tidak boleh mempunyai harga diri yang rendah, karena hal ini mempengaruhi pekerjaan ibu/perubahan identitas ibu dan menghambat kepuasan terhadap pekerjaan ibu (Mercer 1986 dan Russel 2006). Kepercayaan diri ibu yang rendah akan menunda perubahan pekerjaan/identitas ibu dan membatasi kepuasan kerja ibu (Mercer 1986. Dalam Russel 2006).

Mercer (2006) menyatakan bahwa perawat memiliki kesempatan yang luar biasa dalam membantu wanita belajar menemukan identitas ibu, mendapatkan kepercayaan, dan peningkatan identitas diri. Orientasi teori ini bisa diaplikasikan di dalam praktek/layanan kepewatan, dalam pendidikan dan juga penelitian. Dengan Motherhood Theory, Ramona T. Mercer mengembangkan bagaimana seorang wanita bisa

menjadi seorang ibu. Teori ini mendukung gagasan pemenuhan peran ibu. Seorang ibu yang mempunyai rasa percaya diri yang baik akan mampu menjalankan perannya dalam membesarkan dan mengasuh anak, menjadi seorang ibu untuk pertama kalinya yaitu mengandung dan melahirkan anaknya (Mercer & Walker, 2006 dan Chatarine 2012).

Teori Mercer merupakan salah satu contoh teori sentral, mempunyai abstraksi kecil (konkret) yang diturunkan dari konsep lain untuk diterapkan pada bidang keperawatan tertentu. Yang sangat menarik tentunya ketika perawat bisa menerjemahkan bagaimana mengembangkan konsep ini menjadi lebih mudah dengan melibatkan pasien. Untuk itu kelompok sangat tertarik untuk mengemukakan teori ini agar kita dapat memahami bersama cara kerjanya. "*Maternal Role Attainment—Becoming a Mother*" dapat diterapkan pada bidang keperawatan khususnya ibu dan anak.

Biografi

Ramona T. Mercer memulai karir keperawatannya pada tahun 1950, setelah lulus dari St. Louis. Sekolah Keperawatan Margaret di Montgomery, Alabama. Ia menerima gelar LL.Hill dengan predikat *istimewa* atas hasil akademisnya. Dia kembali bersekolah pada tahun 1960an setelah bekerja sebagai perawat, kepala perawat dan pelatih di bidang pediatri, kebidanan, dan epidemiologi. Ia menerima gelar sarjana keperawatan pada tahun 1961 dari Universitas New Mexico di Albuquerque. Ia kemudian memperoleh gelar master di bidang perawatan ibu dan anak di Universitas Emoy pada tahun 1964 dan menyelesaikan gelar doktor di bidang keperawatan ibu di Universitas Papittsburgh pada tahun 1973. Setelah menerima Docectral, Mercer pindah ke California untuk mendapatkan anak perusahaan di Medical University dan California Collection. Pada waktu itu, ia dibesarkan Profesor pada tahun 1977 pada tahun

1983 yang dipilih Profesor. Dia memegang posisi ini hingga pensiun pada tahun 1987. Mercer saat ini menjabat sebagai Profesor Emeritus Kedokteran Keluarga di Universitas California, San Francisco. Ia juga bekerja di bidang penulisan dan konsultasi (Biografi Dr. Mercer, komunikasi pribadi, April 2004).

Mercer menerima penghargaan atas prestasinya. Pada tahun 1963, saat bekerja dan belajar keperawatan, ia bekerja kembali di bidang kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan serta pelayanan kesehatan di Sekolah Perawat Universitas Emory dan terinspirasi menjadi Sigma Theta Tau, gelar yang ia terima saat bekerja di Universitas Emory. Universitas Pittsburg. Ia juga menerima beasiswa Bixler untuk studi doktoral. Pada tahun 1982, ia menerima Penghargaan Perawat Ibu dan Anak Tahun Ini dari National Foundation of the Macrh and Primary and American Nurse Association, untuk kategori masalah kesehatan ibu dan anak. Penghargaan atas penelitian yang dilakukan adalah American Societytes Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO)/Lamaze National Research Award pada tahun 1987, Award Lecturer Award, Western Institute of Nursing pada tahun 1958, dan penghargaan khusus Nursing Science Award dari American Nurse Foundation pada tahun 1958. 1990. (Daftar Riwayat Hidup Mercer, 2000). Mercer telah menulis banyak artikel, editorial dan opini. Ia juga telah menerbitkan enam buku dan enam bab buku. Pada awal penelitiannya, Mercer berfokus pada perilaku dan kebutuhan ibu menyusui, ibu dengan penyakit pasca melahirkan, ibu dengan anak penyandang disabilitas, dan ibu yang melahirkan.

Buku pertamanya *Caring for Arisk Parents* (1977) memenangkan penghargaan American Journal of Nursing's Book of the Year pada tahun 1978. Studinya tentang ibu remaja yang menjalani tahun pertama kehidupan di rumah dikembangkan pada tahun 1979, *Concepts in Nursing Health Care*, juga memenangkan

American Journal of Nursing Book of the Year Award pada tahun 1980. Penelitian selanjutnya akan fokus mempelajari hubungan antara keluarga dan peran sebagai ibu yang terjadi pada ibu pada tingkat usia yang berbeda. Pada tahun 1986, penelitian Mercer tentang kelompok ibu selama tiga tahun disajikan dalam buku ketiganya. Menjadi ibu dini: pengalaman dari masa remaja hingga empat puluh. Buku kelimanya, *Parent at Risk*, yang diterbitkan pada tahun 1990, juga memenangkan penghargaan American Journal of Nursing's Book of the Year. *Risk Parenting* berfokus pada strategi untuk mendukung hubungan pengasuhan dini dan menggambarkan keterampilan mengasuh anak terkait berbagai faktor risiko.

Buku keenam Mercer, *Becoming a Mother Research and Maternal Identity from Rubin to the Present*, diterbitkan oleh Springer Publishing Company of New York pada tahun 1995, buku ini berisi penjelasan rinci tentang konsep Mercer tentang keibuan dan landasannya. Untuk mempercepat berbagai permasalahan yang mempengaruhi pekerjaan ibu. Sejak publikasi pertamanya pada tahun 1968, Mercer telah menulis banyak artikel untuk perawat dan non-perawat. Pada tahun 1990-an ia menerbitkan beberapa kursus online untuk Nurseweek, dan pada awal tahun 2000-an ia menerbitkan 'Sex and Pregnant', '*Parenting Transitions*' dan '*Helping Parents When* the Unexpected because'. Mercer adalah anggota dari beberapa asosiasi profesional, termasuk American Nurses Association dan American Academy of Nursing, dan merupakan anggota aktif dari beberapa komite nasional. Dari tahun 1983 hingga 1990, dia menjadi editor Asosiasi Internasional untuk Perawatan Kesehatan Wanita. Mercer telah ditunjuk sebagai Dewan Riset Keperawatan di *Western Journal of Nursing Research* dan dewan editorial *Journal of Adolescent Health Care*, dan merupakan anggota dewan penasihat senior Nurseweek. Ia juga bekerja sebagai auditor untuk berbagai skema hibah. Selain itu,

ia aktif berpartisipasi dalam pertemuan dan konferensi ilmiah regional, nasional dan internasional (Mercer, curriculum vitae, 2002).

Pada bulan November 2003, American Academy of Nursing menghormatinya sebagai penulis biografi pada pertemuan tahunannya di Carlsbad, California. Pada tahun 2004, Universitas New Mexico memberikan penghargaan kepada Mercer dan menerima penghargaan dari Bagian Alumni sebagai perguruan tinggi keperawatan pertama yang mendapat penghargaan. Pada tahun 2005, ia diakui sebagai salah satu pakar paling terkemuka di bidangnya dan namanya muncul di Wall of Fame Universitas California San Francisco. Teori Mercer tentang pemenuhan peran ibu didasarkan pada penelitiannya pada awal tahun 1960-an. Rubin terkenal dengan karyanya yang menggambarkan dan menjelaskan perolehan peran ibu sebagai proses hubungan yang mendalam, atau komitmen terhadap anak dan memperoleh identitas peran ibu atau melihat diri Anda dalam peran tersebut dan merasa senang karenanya. Metode Mercer sangat menarik dalam teori Rubin.

Selain menggunakan karya Rubin, penelitian Mercer juga mengacu pada dua konsep yaitu karir dan pengembangan. Mercer lebih banyak memanfaatkan metode interaksi sosial dan teori kerja, dengan menggunakan teori Mead (1934), yaitu teori berlakunya kerja dan Teori Core Self Turner (1978). Selain itu, teori penerimaan Thorton dan Nardi (1975) juga membantu membentuk teori Mercer. Teori perkembangan Werner (1957) juga berkontribusi pada teori Mercer. Selain itu, pengerjaan teori Mercer dipengaruhi oleh metodologi General Bertalanffy (1968). Model teoritis pemahaman ibu terhadap pekerjaan menggunakan lingkaran burung Bertalanffy yang muncul sebagai contoh hubungan lingkungan yang mempengaruhi pekerjaan ibu.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Mercer menunjukkan bahwa banyak faktor yang mempengaruhi

pekerjaan seorang ibu. Dalam studi Mercer, peran ibu meliputi usia kelahiran pertama, pengalaman melahirkan, perpisahan dini dari bayi, kecemasan sosial, dukungan sosial, kepribadian, keterampilan mengasuh anak, dan kesehatan. Mercer juga menemukan bahwa ada faktor dalam diri anak yang mempengaruhi pekerjaan ibu, yaitu kepribadian anak, kemampuan memberi tanda, penampilan, ciri-ciri umum, respon (kompensasi) dan kondisi kesehatan. Mercer (1995) juga melaporkan beberapa temuan tentang

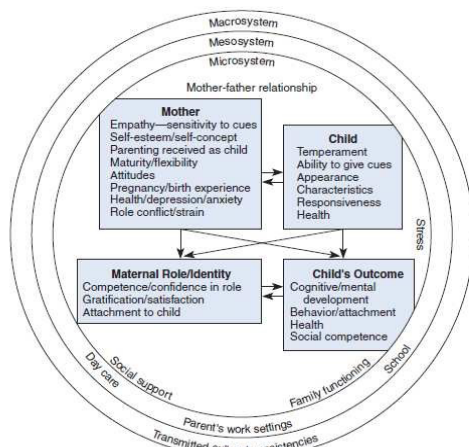


FIGURE 27-1 Model of Maternal Role Attainment. (Modified from Mercer, R. T. [1991]. Maternal role: Models and consequences. Paper presented at the International Research Conference sponsored by the Council of Nurse Researchers and the American Nurses Association, Los Angeles, CA. Copyright Ramona T. Mercer, 1991. NOTE: This figure has been modified based on personal communication with R. T. Mercer [January 4, 2003]. The word exosystem was replaced with mesosystem to be more consistent with Bronfenbrenner's [1979] model on which it is based.)

pentingnya peran ayah.

Asumsi Mayor

Untuk pencapaian peran ibu, Mercer (1981, 1986a, 1995) menetapkan beberapa asumsi:

1. Inti diri yang relative stabil, diperoleh melalui sosialisasi seumur hidup, menentukan bagaimana

ibu mendefinisikan dan merasakan event-event sebagai seorang ibu, persepsinya terhadap bayinya dan tanggapan lain terhadap ibunya, dengan situasi hidupnya yang mana dia berespon (Mercer, 1986a).

2. Disamping pada sosialisasi ibu, tingkat perkembangannya dan karakteristik kepribadian bawaan juga mempengaruhi responperilakunya (Mercer, 1986a).
3. Partner peran ibu, bayinya, akan mencerminkan kemampuan ibu dalam berperan sebagai ibu melalui proses pertumbuhan dan perkembangan (Mercer, 1986a).
4. Bayi (infant) dianggap sebagai partner aktif dalam proses pengambilan peran sebagai ibu, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perannya (Mercer, 1981).
5. Ayah atau partner ibu lainnya yang dekat dapat menyumbangkan pencapaian peran dalam cara yang tidak dapat diduplikasikan dengan pendukung lainnya (Mercer 1995).
6. Identitas maternal berkembang bersamaan dengan ikatan keibuan dan saling ketergantungan satu sama lainnya (Mercer, 1995; Rubin 1977).

Asumsi mayor teori ini meliputi keperawatan, individu, kesehatan dan lingkungan:

1. Keperawatan

Marcer (1995) menyatakan, keperawatan adalah profesi kesehatan yang memiliki interaksi yang panjang dan sering dengan wanita dalam siklus maternitas. Perawat bertanggung jawab dalam promosi kesehatan terhadap keluarga dan anak. Mercer mengatakan bahwa perawat merupakan

pioner dalam pengembangan dan strategi pengkajian pada pasien-pasien ibu dan anak.

Definisi menurut Mercer menunjukkan komunikasi personal sebagaimana berikut ini: Keperawatan adalah profesi yang dinamis dengan berfokus pada tiga pokok, yaitu: 1) Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, 2) pelaksanaan perawatan bagi mereka yang membutuhkan tenaga professional untuk mencapai fungsi kesehatan pada tingkat yang optimal., 3) penelitian untuk melakukan perubahan, ilmu pengetahuan berdasarkan kepada asuhan keperawatan yang terbaik. Perawat memberikan asuhan keperawatan untuk individu, keluarga dan komunitas. Melakukan pengkajian situasi dan lingkungan klien, perawat mengidentifikasi tujuan bersama klien, memberikan bantuan kepada klien melalui pembelajaran, dukungan, melaksanakan perawatan klien yang tidak dapat melakukan perawatan sendiri dalam konteks lingkungan klien.

Dalam tulisannya Mercer (1995) mengatakan pentingnya asuhan keperawatan. Walaupun ia tidak menyebutkan secara spesifik dalam bukunya *Becoming a Mother: Research on Maternal from Rubbin to The Present*. Mercer menekankan bahwa ketiga bantuan atau perawatan yang diterima bagi seorang wanita selama kehamilan dan tahun pertama kelahiran dapat memberikan dampak yang penjang terhadap ibu dan bayinya. Perawat dalam tatanan keperawatan ibu dan anak memegang peranan yang luas di dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan memberikan informasi selama periode tersebut (Mercer, 2004 cit Alligood & Tommey, 2014)

2. Individu (person)

Mercer (1985) tidak mendefinisikan secara spesifik tentang individu tetapi ia berpusat pada diri sendiri.

Ia memandang bahwa diri sendiri merupakan bagian terpisah dari peran yang dilaksanakannya. Peran ibu merupakan bagian dari perjalanan hidup manusia yang berfokus pada interaksi bayi dan ayah, mereka saling mempengaruhi antara satu dan yang lain. Inti pada diri sendiri berasal dari konteks budaya sesuai dengan pemahaman terhadap lingkungan dan pengembangannya. Konsep Harga diri dan Percaya diri merupakan hal penting dalam melaksanakan peran seorang ibu. Ibu, ayah dan anak serta anggota keluarga saling berinteraksi dan mempengaruhi satu dan lainnya (Mercer, 1995).

3. Kesehatan

Dalam teorinya Mercer mengartikan status kesehatan sebagaimana persepsi Ibu atau ayah mengenai kesehatan masa lalu, saat ini dan yang akan datang, resisten terhadap kemungkinan timbulnya penyakit, cemas akan kesehatan, orientasi terhadap pemulihan penyakit. Status kesehatan Bayi Baru Lahir tergantung kepada penyakit yang menyertai bayi sejak lahir dan status kesehatan bayi melalui suatu rentang perawatan kesehatan seluruhnya. Status kesehatan keluarga mempunyai dampak negatif terhadap stress antepartum. Status kesehatan dipengaruhi oleh pemeliharaan bayi oleh keluarga. Kesehatan juga di pandang sebagai hasil yang dipengaruhi oleh variable ibu dan anak. Mercer menekankan pentingnya perawatan kesehatan selama proses melahirkan dan masa kanak-kanak.

4. Lingkungan

Konsep lingkungan berasal dari definisi Bronfrenbrenner yaitu dari lingkungan ekologi dan didasarkan dalam model pertamanya (Gambar 2.1) yang menjelaskan tentang interaksi ekologi lingkungan dimana peran ibu berkembang. Perkembangan dari peran seseorang tidak dapat

dipisahkan dari lingkungan, ada suatu akomodasi mutualisme antara perkembangan seseorang dan perubahan properti tatanan di sekitarnya, hubungan antara tatanan, dan konteks yang terbesar dimana tatanan dilaksanakan. Stress dan dukungan lingkungan sosial mempengaruhi peran ibu dan pola pengasuhan serta peran pengembangan anak.

Maternal Role Attainment: Mercer's Original Model

Maternal Role Attainment yang dikemukakan oleh Mercer mengikuti kerja Bronfenbrenner (1979) yang dikenal dengan lingkaran sarang burung yang meliputi sekumpulan siklus mikrosistem, mesosistem dan makrosistem (lihat gambar 2.1). Model ini dikembangkan oleh Mercer sejalan pengertian yang dikemukakan Bronfenbrenner's, yaitu:

1. Mikrosistem

Mikrosistem adalah suatu lingkungan dimana peran pengasuhan ibu terjadi, yang meliputi faktor – faktor: fungsi keluarga, hubungan ibu dan ayah, lingkungan sosial, status ekonomi, nilai keluarga dan stressor.

Variabel – variable ini meliputi lingkungan dimana terjadi satu atau lebih dari satu variable yang berdampak pada transisi menjadi seorang ibu. Bayi adalah seorang individu yang menyatu dengan sistem keluarga. Keluarga dipandang sebagai suatu sistem semi tertutup yang terbatas dan merupakan suatu kontrol terhadap sitem keluarga dan sistem sosial.

Mikrosistem sangat berpengaruh terhadap peran pengasuhan seorang ibu. Pada tahun 1995 Mercer mengembangkan konsep dan modelnya yang paling awal dengan menekankan pada pentingnya peran pengasuhan seorang ayah. Mercer menyatakan bahwa seorang ayah akan membantu mengurangi ketegangan yang terjadi diantara ibu dan ayah. Peran

pengasuhan seorang ibu dicapai melalui interaksi ayah, ibu dan bayi (Gambar 2.2). Lapisan a sampai d merepresentasikan tahap peran pengasuhan seorang ibu yang dimulai dari antisipasi terhadap peran individu dan tahap pertumbuhan serta perkembangan bayi.

2. Mesosistem

Mesosistem meliputi, mempengaruhi dan berinteraksi dengan individu di mikrosistem. Interaksi mesosistem mempengaruhi apa yang terjadi terhadap berkembangnya peran ibu dan anak. Mesosistem mencakup perawatan sehari-hari, sekolah, tempat kerja, tempat ibadah dan lingkungan yang umum berada dalam masyarakat.

3. Makrosistem

Makrosistem merujuk kepada tumbuhnya suatu contoh atau model yang berasal dari suatu budaya tertentu melalui transisi kebudayaan yang konsisten. Makrosistem meliputi pengaruh sosial, politik, budaya dari kedua sistem. Lingkungan perawatan kesehatan dan kebijakan sistem pelayanan kesehatan terbaru berdampak pada peran pengasuhan peran ibu.

Gambar 17.2. A Microsystem within the evolving model of maternal role attainment

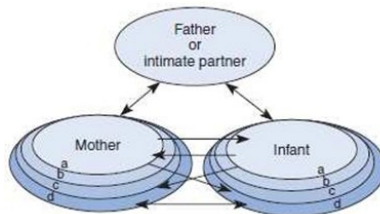


FIGURE 27-2 A microsystem within the evolving model of maternal role attainment. (From Mercer, R. T. [1995]. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer; used by permission.)

Maternal Role Attainment adalah proses yang mengikuti 4 (empat) tahap penguasaan peran, yang mana tahapan-tahapan tersebut telah diadaptasi dari penelitian Thorthon dan Nardi (lihat gambar 2.2) yaitu :

1. Antisipatory

Tahapan antisipatori dimulai selama kehamilan mencakup data sosial, psikologi, penyesuaian selama hamil, harapan ibu terhadap peran, belajar untuk berperan, hubungan dengan janin dalam uterus dan mulai memainkan peran.

2. Formal

Tahapan ini dimuai dari kelahiran bayi yang mencakup proses pembelajaran dan pengambilan peran menjadi ibu. Peran perilaku menjadi petunjuk formal, harapan konsesual yang lain dalam sistem sosial ibu.

3. Informal

Tahap dimulainya perkembangan ibu dengan jalan atau cara khusus yang berhubungan dengan peran yang tidak terbawa dari sistem sosial. Wanita membuat peran barunya dalam keberadaan kehidupannya yang berdasarkan pengalaman masa lalu dan tujuan ke depan.

4. Personal

Personal atau identitas peran yang terjadi adalah internalisasi wanita terhadap perannya. Perngalaman wanita yang dirasakan harmonis, percaya diri, kemampuan dalam menampilkan perannya dan peran ibu tercapai.

Tahap peran perawatan ibu menjadi tumpang tindih dan mengalami gangguan sebagaimana tumbuh kembang bayi. Identifikasi peran seorang ibu bisa dicapai dalam satu bulan atau berbulan-bulan. Tahap ini dipengaruhi oleh dukungan sosial, stress, fungsi keluarga dan

hubungan antara ibu dan ayah. Sikap dan perilaku baik pada ibu dan anak dapat mempengaruhi identitas, peran ibu dan anak. Sikap dan perilaku ibu menurut Model Mercer adalah empati, sensitif terhadap perilaku anak, harga diri dan konsep diri, penerimaan sebagai orang tua, kematangan dan fleksibilitas, perilaku, pengalaman hamil dan melahirkan, kesehatan, depresi dan konsep peran.

Sedangkan sifat bayi yang memberi dampak terhadap identitas peran ibu meliputi temperamen, kemampuan memberi isyarat, ekspresi, karakteristik umum, respon dan kesehatan. Contoh respon perkembangan bayi, mengenai perkembangan identitas pengasuhan ibu (lihat gambar 2.2) meliputi:

1. Kontak mata dengan ibu, ketika berkomunikasi dan menggenggam tangan
2. Reflek tersenyum dan tenang ketika berespon terhadap perawatan ibu.
3. Perilaku interaktif yang konsisten dengan ibu
4. Respon melepaskan diri dari ibu, anak sudah lebih aktif.

Identitas peran ibu dapat tercapai dalam satu bulan atau beberapa bulan. Tahapan ini dipengaruhi oleh support sosial, stress, fungsi family, dan hubungan antara ibu dan ayah. Kepribadian dan perilaku dari keduanya baik ibu dan bayi dapat mempengaruhi identitas peran ibu dan hasil akhir (outcome) bayi. Berdasarkan model Mercer, kepribadian dan perilaku termasuk empati, sensitivitas terhadap syarat bayi, harga diri, konsep diri, dan orangtua menerima sebagai anaknya, maturitas dan fleksibilitas, sikap, pengalaman selama hamil dan melahirkan, kesehatan, depresi, dan konflik peran. Kepribadian bayi akan berdampak pada identitas peran ibu termasuk tempermen, kemampuan memberikan

isyarat, penampilan, karakteristik umum, responsiveness (ketanggapan), dan kesehatan.

Menurut Mercer (1995) Identitas peran seseorang dapat dicapai ketika ibu telah terintegrasi peran kedalam harga dirinya, Ia nyaman dengan identitasnya sebagai seorang ibu, secara emosional dapat merasakan harmoni, kepuasan dan kemampuan dalam berperan. Penggunaan teori Burke dan Tully (1977), Mercer mentapkan bahwa identitas peran mempunyai komponen internal dan eksternal, identitas adalah pandangan diri yang terinternalisasikan, dan peran adalah komponen eksternal, komponen perilaku.

Daftar Pustaka

- Alligood M. Raile (2014). *Nursing Theorits and Theirwork*. Eighth edition. Morsby Elsevier. USA
- Russe Kendra l (2006). *Maternal Confindence of first time Mother during their Childs Infancy*. Dissertation. Georgia State University
- Chatarine Suryaningsih (2012). *Pengaruh Demonstrasi dan Pendampingan Menyusui Terhadap Motivasi dan Kemampuan Ibu dalam Pemberian ASI*. Tesis. Universitas Indonesia
- Elizabeth et al (1997). *The Middle Range Theory of Unpleasant Symptoms: an Update (Middle Range Treoy*. *Advance in Nursing*. Ovod. Lenz: ANS.Adv.Nur. Sci, Volume 19 (3). Mach 1997
- Smith M Jane & Lierh P .R (2008). *Middle Range Theory*. Second ed. Springer Publising Company. USA
www.uu.edu/photos/event

Profil Penulis



Ns. Nilam Noorma, S. Kep., M. Kes.

Penulis merupakan dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang berkonsentrasi pada keilmuan kesehatan reproduksi sejak tahun 2006. Penulis menempuh pendidikan D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Samarinda, kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Program Kelas B pada awal tahun 2002. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana pada tahun 2003 dan sampai ke jenjang Profesi Ners di tahun 2004. Pada tahun 2014 penulis berkesempatan melanjutkan pendidikan Magister (S2) dengan peminatan pada Program Studi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Pada saat ini penulis sedang menyelesaikan Disertasi sebagai tugas akhir pada pendidikan Doktorat (S3) Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Hasanuddin Makassar. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keparannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga DIPA Poltekkes Kemenkes Kaltim.

Email Penulis: ns.nilamnoorma@gmail.com

MODEL TEORI IDA JEAN ORLANDO; TEORI PROSES KEPERAWATAN

Iyar Siswandi, S.Kep.,Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB

Universitas Muhammadiyah Jakarta

Data Biografi Ida Jean Orlando



Ida Jean Orlando Pelletier lahir pada tanggal 12 Agustus 1926 di New Jersey. Ia telah aktif berkarir sebagai pelaksana, pendidik, peneliti dan konsultan dalam bidang keperawatan. Pada awal karirnya ia bekerja sebagai staf keperawatan di berbagai bidang seperti obstetri, perawatan penyakit dalam dan bedah, serta diruang emergency. Ia juga telah menjabat sebagai supervisor dan menjabat sebagai asisten dua Direktur Keperawatan. Riwayat pendidikan Orlando dimulai dari di terimanya di pendidikan Diploma Keperawatan di Medical College New York pada tahun 1947 dan mendapat gelar Bachelor Of Nursing pada tahun 1951 dari Universitas St. John:s di Brooklyn New York. Pada tahun 1954 menerima M.A. di Mental Health Consultation dari Universitas Colombia, New York.

Setelah lulus dari pendidikan terakhirnya Orlando bekerja disekolah New Haven Connecticut selama delapan tahun. Pada tahun 1958 ia menjadi asosiasi peneliti dan investigator untuk proyek negara mengenai konsep

kesehatan mental pada kurikulum dasar. Proyek ini memfokuskan pada mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi integritas prinsip kesehatan mental untuk kurikulum dasar keperawatan. Setelah tiga tahun ia mencatatkan hasil penelitian dan ia menghabiskan empat tahun untuk menganalisa data yang diperolehnya pada penelitian tersebut, kemudian ia melaporkan penemuannya tersebut ke buku pertamanya pada tahun 1958 yang berjudul *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles Of Professional Nursing Practice*, namun buku tersebut baru dipublikasikan pada tahun 1961. Buku inilah yang memformulasikan teori dasar keperawatan orlando. Buku tersebut dicetak dalam lima bahasa yaitu bahasa jepang, hebrew, prancis, portugis dan belanda.

Buku pertamanya yang dipublikasikan pada tahun 1961 dan diprint ulang pada tahun 1990 yaitu yang berjudul *Hubungan Dinamis Perawat-Pasien: Fungsi, Prinsip dan Proses*. Ia juga menjabat sebagai pimpinan *Graduate Program* dalam kesehatan mental dan psikiatri nursing di Yale. Orlando juga aktif dalam organisasi seperti pada *Massachusetts Nurses' Association's* dan di *Harvard Community Health Plan*. Ia juga sebagai dosen dan konsultan pada berbagai institusi keperawatan. Pada tahun 1962 sampai tahun 1972 orlando bekerja sebagai konsultan bidang keperawatan klinik di RS Mc Lean Belmont. Orlando memberikan hasil kerjanya selama 10 tahun di RS tersebut melalui buku kedua yang berjudul *The Discipline and Teaching of Nursing Procces: An Evaluative Study*.

Orlando memberikan beberapa kontribusi penting dalam teori dan praktek keperawatan. Konsep mengenai proses keperawatan meliputi beberapa kriteria, antara lain:

1. Memberikan konsep hubungan yang digambarkan secara sistematis mengenai fenomena bidang keperawatan
2. Memspefifikasikan hubungan antar konsep keperawatan

3. Menjelaskan apa yang terjadi selama proses keperawatan dan mengapa hal itu bisa terjadi
4. Mendeskripsikan bagaimana fenomena keperawatan dapat terkontrol
5. Menjelaskan bagaimana mengontrol guna memprediksikan hasil dari proses keperawatan

Teori Ida Jean Orlando

Ida Jean Orlando mengembangkan teorinya dari penelitian yang dilakukan di Yale University School of Nursing, yang mengintegrasikan konsep kesehatan jiwa ke dalam kurikulum keperawatan dasar. Penelitian ini dilakukan melalui pengamatan dan partisipasi langsung untuk mendapatkan pengalaman bersama pasien, mahasiswa, perawat dan instruktur menggunakan pendekatan induktif dari catatan lapangan yang dilakukan selama penelitian berlangsung. Orlando menganalisis 2000 konten interaksi perawat-pasien dan menciptakan teorinya berdasarkan analisis data. Menurut Orlando, keperawatan bersifat unik dan independent karena berhubungan langsung dengan kebutuhan pasien yang harus dibantu, nyata atau potensial serta pada situasi langsung. Teori Orlando berfokus pada pasien sebagai individu, artinya masing – masing orang berada pada situasi yang berbeda. Orlando mendefinisikan kebutuhan sebagai permintaan atau kebutuhan pasien dimana bila disuplai, dikurangi, atau menurunkan distress secara langsung atau bahkan meningkatkan perasaan tercukupi atau wellbeing.

Teori keperawatan Orlando menekankan ada hubungan timbal balik antara pasien dan perawat, apa yang mereka katakan dan kerjakan akan saling mempengaruhi. Perawat sebagai orang pertama yang mengidentifikasi dan menekankan elemen-elemen pada proses keperawatan serta hal-hal kritis penting dari partisipasi pasien dalam proses keperawatan. Proses aktual interaksi perawat-pasien sama halnya dengan interaksi antara dua orang. Ketika perawat menggunakan proses ini untuk mengkomunikasikan

reaksinya dalam merawat pasien, orlando menyebutnya sebagai "nursing procces discipline". Hal ini merupakan alat yang dapat perawat gunakan untuk melaksanakan fungsinya dalam merawat pasien.

Orlando (1972) menyampaikan 3 kriteria untuk memastikan keberhasilan perawat dalam mengeksplor dan bereaksi dengan pasien, yaitu :

1. Perawat harus menemuainya dan konsisten terhadap apa yang dikatakannya dan mengatakan perilaku nonverbalnya kepada pasien.
2. Perawat harus dapat mengkomunikasikannya dengan jelas terhadap apa yang akan diekspresikannya.
3. Perawat harus menanyakan kembali kepada pasien langsung untuk perbaikan atau klarifikasi

Disiplin Proses Keperawatan dalam Teori Proses Keperawatan

Disiplin proses keperawatan didasarkan pada "proses bagaimana seseorang bertindak" Tujuan dari proses disiplin digunakan antara perawat dan pasien adalah untuk membantu pemenuhan kebutuhan pasien. Peningkatan perilaku pasien merupakan indikasi dari pemenuhan kebutuhan sebagai hasil yang diharapkan.

1. Perilaku Pasien

Proses keperawatan diatur dalam gerakan oleh perilaku pasien semua perilaku pasien, tidak peduli betapa tidak berartinya, harus dianggap sebagai ungkapan kebutuhan bantuan sampai maknanya kepada pasien tertentu dalam situasi yang mendesak dipahami.. Orlando menekankan hal ini pada prinsipnya pertama: "Perilaku menyajikan pasien, terlepas dari dalam yang muncul, mungkin merupakan suatu permohonan untuk membantu". Ketika pasien mengalami suatu kebutuhan bahwa ia tidak bisa menyelesaikan, rasa tidak berdaya terjadi. Perilaku pasien mencerminkan tekanan ini. Dalam Hubungan Perawat-Pasien Dinamis, Orlando menjelaskan beberapa kategori distress pasien. Ini

adalah "keterbatasan fisik merugikan reaksi terhadap pengaturan dan pengalaman yang mencegah pasien dari berkomunikasi kebutuhannya. Perasaan tidak berdaya karena keterbatasan fisik dapat mengakibatkan dari pembangunan tidak lengkap, cacat sementara atau permanen, atau pembatasan lingkungan, nyata atau dibayangkan.

2. Perawat Reaksi

Perilaku pasien merangsang reaksi perawat, yang menandai awal dari proses keperawatan. Reaksi ini terdiri dari tiga bagian yang berurutan. pertama, perawat merasakan perilaku melalui rasanya, kedua persepsi mengarah ke pikiran menghasilkan perasaan otomatis. Sebagai contoh, perawat melihat senyum pasien, mengira dia bahagia, dan merasa baik. reaksi ini membentuk dasar untuk menentukan tindakan keperawatan. Namun, perawat harus terlebih dahulu berbagi reaksinya dengan pasien untuk memastikan bahwa ia telah benar mengidentifikasi kebutuhan untuk bantuan dan tindakan keperawatan yang tepat mengatasinya.. Orlando menawarkan prinsip untuk memandu perawat dalam reaksinya terhadap perilaku pasien, "perawat itu tidak berasumsi bahwa setiap aspek reaksinya kepada pasien benar, membantu, atau sesuai sampai ia memeriksa validitas dalam eksplorasi dengan pasien

3. Tindakan perawat

Setelah perawat telah divalidasi atau dikoreksi reaksinya terhadap perilaku pasien melalui eksplorasi dengan dia, dia bisa menyelesaikan proses keperawatan dengan tindakan perawat. Orlando termasuk "hanya apa yang dia (perawat) mengatakan atau melakukan dengan atau untuk kepentingan pasien" sebagai tindakan keperawatan profesional. Perawat harus yakin bahwa tindakannya tepat untuk memenuhi kebutuhan pasien untuk membantu. Perawat dapat bertindak dengan dua cara: otomatis atau *deliberatif*. Hanya dengan cara kedua memenuhi

fungsi profesionalnya. Tindakan otomatis adalah "mereka diputuskan untuk alasan lain selain kebutuhan pasien yang mendesak," di mana tindakan sebagai *deliberatif* memastikan dan memenuhi kebutuhan ini. Ada perbedaan antara tujuan tindakan benar-benar melayani dan niatnya untuk membantu pasien

4. Fungsi Profesional

Tindakan yang tidak profesional dapat menghambat perawat dalam menyelesaikan fungsi profesionalnya dan dapat menyebabkan tidak adekuatnya perawatan pasien. Perawat harus tetap menyadari bahwa aktivitas termasuk profesional jika aktivitas tersebut direncanakan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan pasien. Disiplin proses keperawatan adalah serangkaian tindakan dengan suatu perilaku pasien yang membutuhkan bantuan. Perawat membagi aspek reaksinya dengan pasien, meyakinkan bahwa tindakan verbal dan verbalnya adalah konsisten dengan reaksinya, dan mengidentifikasi reaksi sebagai dirinya sendiri, dan perawat mengunjungi pasien untuk memvalidasi reaksinya.

Konsep Utama dan Definisi

Konsep utama dalam teori proses keperawatan. Teori keperawatan Orlando menekankan ada hubungan timbal balik antara pasien dan perawat, apa yang mereka katakan dan kerjakan akan saling mempengaruhi. Dan sebagai orang pertama yang mengidentifikasi dan menekankan elemen-elemen pada proses keperawatan dan hal-hal kritis penting dari partisipasi pasien dalam proses keperawatan. Proses aktual interaksi perawat-pasien sama halnya dengan interaksi antara dua orang. Ketika perawat menggunakan proses ini untuk mengkomunikasikan reaksinya dalam merawat pasien, Orlando menyebutnya sebagai "*nursing process discipline*". Itu merupakan alat yang dapat perawat gunakan untuk melaksanakan fungsinya dalam merawat pasien. Teori Orlando menggambarkan mengenai fungsi

dari keperawatan secara professional sebagai salah satu upaya memenuhi kebutuhan pasien akan pertolongan. Fungsi ini akan terpenuhi ketika seorang perawat dapat mencari tahu dan menemukan apa saja kebutuhan yang diperlukan dari seorang pasien. Teori Orlando difokuskan pada bagaimana menciptakan kemajuan pada tindakan dari seorang pasien. Kemajuan dari seorang pasien dapat dilihat dari tingkah laku dan tindakan yang dapat diamati oleh seorang perawat. Persepsi seorang perawat terhadap tingkah laku dari pasiennya dapat menghasilkan suatu pemikiran yang dapat mempengaruhi perawat untuk mengembangkan kemampuannya. Tanggungjawab dari seorang perawat meliputi “bagaimana menolong seorang pasien dengan memenuhi kebutuhannya (misal; kenyamanan fisik dan mental yang harus diupayakan sedapat mungkin selama proses keperawatan berlangsung). Hal ini merupakan tanggungjawab seorang perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien baik melalui usahanya sendiri maupun menggunakan bantuan tenaga lain. Kebutuhan Kebutuhan merupakan “keadaan dimana seorang pasien membutuhkan, nutrisi, menyembuhkan atau mengurangi rasa sakit, dan menumbuhkan perasaan yang adekuat untuk sembuh. Tingkah Laku yang Timbul dari Pasien Tingkah laku yang timbul ini berupa tingkah laku verbal maupun nonverbal yang dapat dilihat oleh seorang perawat. Reaksi Langsung Reaksi spontan termasuk didalamnya persepsi dari keduanya yaitu perawat dan pasien, pemikiran dan perasaan dari keduanya.

Teori Orlando mendeskripsikan model keperawatannya sebagai pengembangan dari lima faktor konsep yang berhubungan yaitu:

1. Fungsi dari keperawatan yang professional
2. Tingkah laku yang ditunjukkan oleh pasien selama proses keperawatan
3. Respon langsung atau respon internal yang diberikan oleh perawat
4. Disipilin dari proses keperawatan

5. Improvisasi dalam melakukan proses keperawatan

Orlando mengidentifikasi dan mendefinisikan beberapa elemen dari reaksi langsung seorang perawat sebagai berikut:

1. Persepsi, simulasi fisik dari tiap orang berdasarkan hasil dari panca inderanya.
2. Pemikiran spontan mengenai persepsi yang berasal dari pemikiran seorang individu.
3. Stimulasi perasaan dari hasil pemikiran dimana dapat mengerakkan seseorang dari hasil persepsi, pemikiran dan perasaanya.

Orlando menggambarkan model teorinya dengan lima konsep utama yaitu fungsi perawat profesional, mengenal perilaku pasien, respon internal atau kesegaraan, disiplin proses keperawatan serta kemajuan

1. Tanggung jawab perawat

Tanggung jawab perawat yaitu membantu apapun yang pasien butuhkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (misalnya kenyamanan fisik dan rasa aman ketika dalam mendapatkan pengobatan atau dalam pemantauan. Perawat harus mengetahui kebutuhan pasien untuk membantu memenuhinya. Perawat harus mengetahui benar peran profesionalnya, aktivitas perawat profesional yaitu tindakan yang dilakukan perawat secara bebas dan bertanggung jawab guna mencapai tujuan dalam membantu pasien. Ada beberapa aktivitas spontan dan rutin yang bukan aktivitas profesional perawat yang dapat dilakukan oleh perawat, sebaiknya hal ini dikurangi agar perawat lebih terfokus pada aktivitas-aktivitas yang benar-benar menjadi kewenangannya.

2. Mengenal perilaku pasien

Mengenal perilaku pasien yaitu dengan mengobservasi apa yang dikatakan pasien maupun perilaku nonverbal yang ditunjukkan pasien.

3. Reaksi segera

Reaksi segera meliputi persepsi, ide dan perasaan perawat dan pasien. Reaksi segera adalah respon segera atau respon internal dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan.

4. Disiplin proses keperawatan

Menurut George (1995 hlm 162) mengartikan disiplin proses keperawatan sebagai interaksi total (*totally interactive*) yang dilakukan tahap demi tahap, apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut dan tindakan yang harus dilakukan, mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk membantunya serta untuk melakukan tindakan yang tepat.

5. Kemajuan/peningkatan

Peningkatan berarti tumbuh lebih, pasien menjadi lebih berguna dan produktif.

Pokok Utama dari Teori Orlando

Teori Orlando menggambarkan mengenai fungsi dari keperawatan secara profesional sebagai salah satu upaya memenuhi kebutuhan pasien akan pertolongan. Fungsi ini akan terpenuhi ketika seorang perawat dapat mencari tahu dan menemukan apa saja kebutuhan yang diperlukan dari seorang pasien. Teori Orlando difokuskan pada bagaimana menciptakan kemajuan pada tindakan dari seorang pasien. Kemajuan dari seorang pasien dapat dilihat dari tingkah laku dan tindakan yang dapat diamati oleh seorang perawat. Persepsi seorang perawat terhadap tingkah laku dari pasiennya dapat menghasilkan suatu pemikiran yang dapat mempengaruhi perawat untuk mengembangkan kemampuannya.

Orlando mengidentifikasi dan mendefinisikan beberapa elemen dari reaksi langsung seorang perawat sebagai berikut:

1. Persepsi, simulasi fisik dari tiap orang berdasarkan hasil dari panca inderanya.

2. Pemikiran spontan mengenai persepsi yang berasal dari pemikiran seorang individu
3. Stimulasi perasaan dari hasil pemikiran dimana dapat mengerakkan seseorang dari hasil persepsi, pemikiran dan perasaanya.

Asumsi Teori Orlando

Hampir keseluruhan dari teori Orlando digambarkan secara implicit. Schieding (1993) memberikan beberapa asumsi dari tulisan Orlando mengenai empat bidang dan elebotasi mengenai pandangan Orlando:

1. Asumsi Mengenai Keperawatan
 - a. Keperawatan merupakan profesi yang berbeda dengan disiplin ilmu lain.
 - b. Keperawatan professional mempunyai fungsi dan dan menghasilkan produk yang berbeda (hasil).
 - c. Terdapat perbedaan antara sekadar membaringkan dengan tindakan keperawatan yang professional.
2. Asumsi Mengenai Pasien
 - a. Kebutuhan pasien akan pertolongan merupakan suatu hal yang unik.
 - b. Pasien memiliki kemampuan untuk mengkomunikasikan kebutuhannya akan pertolongan.
 - c. Ketika pasien tidak memperoleh kebutuhannya maka ia akan mengalami kemunduran.
 - d. Tingkah laku dari seorang pasien merupakan suatu hal yang memberikan mana.
 - e. Pasien mampu dan bersedia berkomunikasi secara verbal atau tidak verbal.

3. Asumsi Mengenai Perawat
 - a. Reaksi seorang perawat terhadap pasiennya merupakan suatu hal yang unik
 - b. Perawat seharusnya tidak menambah tekanan pada seorang pasien.
 - c. Pemikiran dari seorang perawat merupakan alat utama dalam menolong seorang pasien.
 - d. Perawat menggunakan respon yang spontan dalam menjalankan tanggung jawab keperawatannya.
 - e. Praktek keperawatan seorang perawat dikemabngkan berdasarkan gambaran dari diri mereka masing-masing.
4. Asumsi Mengenai Situasi Yang Terjadi Antara Pasien dan Perawat
 - a. Situasi hubungan antara perawta dan pasien merupakan suatu hal yang dinamis.
 - b. Hal-hal yang terjadi dalam interaksi antar pasien dan perawat merupakan bahan utama dalam mengembangkan pengetahuan seorang perawat.

Paradigma Keperawatan

1. Perawat

Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien

2. Manusia

Manusia bertindak atau berperilaku secara verbal dan nonverbal, kadang-kadang dalam situasi tertentu manusia dalam memenuhi kebutuhannya membutuhkan pertolongan, dan akan mengalami distress jika mereka tidak dapat melakukannya. Hal ini dijadikan dasar pernyataan bahwa perawat profesional harus berhubungan dengan seseorang yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya.

3. Sehat

Orlando tidak mendefinisikan tentang sehat, tetapi berasumsi bahwa bebas dari ketidaknyamanan fisik dan mental dan merasa adekuat dan sejahtera berkontribusi terhadap sehat. Perasaan adekuat dan sejahtera dalam memenuhi kebutuhannya berkontribusi terhadap sehat.

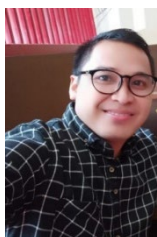
4. Lingkungan

Orlando berasumsi bahwa lingkungan merupakan situasi keperawatan yang terjadi ketika perawat dan pasien berinteraksi, dan keduanya mempersepsikan, berfikir, dan merasakan dan bertindak dalam situasi yang bersifat segera. Pasien dapat mengalami distress terhadap lingkungan terapeutik dalam mencapai tujuannya, perawat perlu mengobservasi perilaku pasien untuk mengetahui tanda-tanda distress.

Daftar Pustaka

- Doengoes, M. E. (2002). Nursing care plane: Guidelines for planning & documenting patient care, 3rd edition, FA. Davis.
- Faust C. .Orlando's deliberative nursing process theory: a practice application in an extended care facility. J Gerontol Nurs. 2002 Jul;28(7):14-8
- George. (1995). Nursing Theories (The Base for Profesional Nursing Practice), Fourth Edition. USA : Appleton & Lange.
- George B. Julia , Nursing Theories- The base for professional Nursing Practice , 3rd ed. Norwalk, Appleton & Lange.
- Hidayat AA. (2004). Pengantar konsep dasar keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Meleis Ibrahim Afaf (1997) , Theoretical Nursing : Development & Progress 3rd ed. Philadelphia, Lippincott.
- Nursalam. (2001). Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik. Jakarta : Salemba
- Potter A Patricia, Perry G Anne (1992) Fundamentals Of Nursing –Concepts Process & Practice 3rd ed. London Mosby Year Book.
- Reed PG, The force of nursing theory guided- practice. Nurs Sci Q. 2006 Jul;19(3):225.
- Taylor Carol, Lillis Carol (2001) The Art & Science Of Nursing Care 4th ed. Philadelphia, Lippincott.
- Wills M.Evelyn, McEwen Melanie (2002). Theoretical Basis for Nursing Philadelphia. Lippincott Williams& wilkins.
- Vandemark L.M. Awareness of *self* & expanding consciousness: using Nursing theories to prepare nurse –therapists Ment Health Nurs. 2006 Jul; 27(6) : 605-15
- Tomey Ann Marriner, Alligood M.R.(2006). Nursing Theorists and Their work. 6 Ed. USA : Mosby Inc.

Profil Penulis



Iyar Siswandi Muslimin, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.

Lahir di Kerongkeng Sumbawa pada tanggal 24 Desember 1992, Riwayat pendidikan penulis yaitu Sekolah Dasar di SDN Kerongkeng Kec.Tarano Kab. Sumbawa, SMP Negeri 1 Tarano Kab Sumbawa. SMA Negeri 1 Empang Kab Sumbawa. Menyelesaikan Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Mataram NTB pada tahun 2015. Menyelesaikan Profesi Ners (Ns) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Mataram NTB pada tahun 2016. Kemudian penulis melanjutkan Study Magister Keperawatan Medikal Bedah (M.Kep) di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2017 dan penulis menyelesaikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah (Sp.Kep.MB) di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2021. Kemudian penulis bekerja sebagai Dosen STIKES Panti Kosala Surakarta Jawa Tengah kemudian pindah ke Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta (UMJ) sampai dengan sekarang. Penulis pernah menulis 2 buku Keperawatan Medikal Bedah edisi 1 dan Tim NCP Magister FIK UMJ dengan contributor : Pak Rohman Azzam pada tahun 2018, Buku Baca Asuhan keperawatan pada pasien dengan Thalasemia dengan tim KMB di Surakarta jawa tengah Tahun 2021 dan sekarang Buku Baca Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Cushing Syndrome dengan tim Keperawatan Medikal Bedah pada sistem Endokrin tahun 2022.

Email Penulis: iyarsiswandi24@gmail.com

MODEL TEORI EVELYN ADAMAS: PENGEMBANGAN MODEL DAN TEORI KEPERAWATAN

Ns.Nur Hasanah.,S.Kep.MMR

Universitas Muhammadiyah Pringsewu (UMPRI)

Biografi



Evelyn Adam lahir pada tanggal 9 April 1929, dia tinggal di Lanark, Kanada. Evelyn adalah seorang perawat yang ahli teori, seorang anggota komite besar dan juri, serta penulis "**Being a Nurse.**" Bukunya yang diterbitkan dalam tujuh bahasa dan masih relevan dan dimanfaatkan oleh generasi kita saat ini. Nama Evelyn adam dikenal oleh perawat-perawat di seluruh dunia. Dia memiliki karir yang sangat baik. Menjadi perawat selama 14 tahun dan menjadi profesor di Universitas selama 23 tahun, pada tahun 1987 nama Evelyn adam tercatat dalam *Who's Who in the World*, direktori internasional orang-orang terkenal dari berbagai bidang. Adam di anugerahi gelar profesor oleh Universitas montreal sebagai pengakuan atas prestasinya yang luar biasa dalam bidang akademik, serta dedikasinya untuk pengembangan ilmu keperawatan. Universitas laval di kota Quebec juga memberikan gelar profesor atas dirinya, meskipun dia mengaku heran mendapatkan itu semua. Adam mendapatkan gelar sarjana di Ontario Kanada pada tahun 1950. Dia bekerja keras sebagai seorang perawat

dari berbagai perusahaan di daerahnya selama kurang lebih empat tahun, sebelum dia pergi ke Quebec untuk pelatihan selama enam bulan di Montreal Neurological Institute dan juga di institusi tersebut dia mendapatkan tawaran pekerjaan. Evelyn Adam juga mendaftar di pelajaran bahasa Prancis untuk mengatasi kekhawatiran dirinya terkendala bahasa dengan pasien.

Evelyn mengajar bertahun-tahun di Universitas Montreal, dan dia juga pergi untuk mengambil kuliah lagi untuk mendapatkan gelar master dalam keperawatan di Universitas California, Los Angeles. Dorothy E. Johnson adalah salah satu gurunya yang memiliki dampak positif serta mendukung karir Evelyn dalam menjelaskan gagasan "**Being a Nurse**". Dorongan untuk menjadikan identitas dirinya secara profesional adalah dengan penerbitan buku pertamanya yang berjudul "Being a Nurse" yang pertama kali diterbitkan pada tahun 1979, setahun kemudian dia menerbitkan kembali buku yang berjudul "**To be a Nurse**" pada tahun 1980. Buku ini dirilis dalam beberapa versi bahasa yaitu Prancis dan Inggris, dia menyatakan bahwa buku "being a nurse" bukan lah terjemahan dari "to be a Nurse" tetapi buku yang terupdate selama bertahun-tahun dan mulai diterjemahkan ke berbagai bahasa seperti Italia, Jepang, Portugis dan Spanyol. Buku tersebut bertujuan untuk membuat mengerti bahwa profesi perawat memiliki karakteristik tersendiri meskipun menjadi tumpang tindih. (Adam, 1980) mengatakan 'nama saya dikaitkan dengan model konseptual, tetapi saya lebih suka berbicara tentang skema atau konsep disiplin. Evelyn Adam sangat sibuk dengan jadwal sepanjang kariernya, karena tingginya permintaan dari semua sisi bidang, dia juga memantau sejumlah besar mahasiswa pascasarjana. Mengorganisir sebuah proyek yang berjuang untuk meningkatkan kualitas perawat di Al-jazair, dia juga menuliskan pengantar biografi Virginia Henderson dalam bahasa Prancis, menulis daftar artikel keperawatan yang sangat inspiratif. Dan dia juga mendefinisikan peran perawat dalam berbagai studi penelitian keperawatan. Evelyn resmi pensiun pada tahun 1989, namun dia masih

memberikan beberapa kuliah di Kanada Switzerland dan Itali secara rutin. Topik yang disampaikan biasanya adalah identitas perawat profesional selama bertahun-tahun. Dia juga telah bekerjasama dengan teman nya yang lebih muda dari Universitas Montreal bersama Sylvie Lauzon, kolaborasi mereka berfokus pada intervensi keperawatan dengan usia lanjut dan telah di terbitkan sejak tahun 1996.

Teori Asumsi

Evelyn aadam menciptakan teori model konseptual berdasarkan Henderson dengan empat belas kebutuhan dasar dan Johnson dengan model sistem perilaku untuk mengembangkan teori-teori lain dan model keperawatan yang juga dapat di tepakan untuk disiplin ilmu lain selain menyusui.

Berikut adalah asumsi teori nya:

1. Tujuan perawat adalah menganjurkan berkembangnya fungsi perilaku yang efisien dan efektif dalam diri klien untuk mencegah penyakit.
2. Perawat harus melengkapi kebutuhan klien pengetahuan dan lain-lain
3. Perawat memiliki tujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dengan membantu kebebasan klien

Konsep dan Model Teori

Model konseptual keperawatan yang disusun oleh Evelyn adam berfokus pada pengembangan model dan teori tentang konsep keperawatan, khususnya pada Virginia Henderson dengan empat belas teori kebutuhan dasar manusia dan model system perilaku Dorothy Johnson. Evelyn Adam mengembangkan teori konsep Henderson. Adam mengidentifikasi supaya klien dapat mempertahankan kemandirian dalam pemenuhan 14 kebutuhan mendasar, tujuan perawat adalah untuk menganjurkan peningkatan fungsi perilaku yang efisien dan efektif pada klien untuk mencegah penyakit. Model

konseptual ini lebih luas dari teori yang fokus menentukan penyelidikan keperawatan, ini mungkin akan mengarah pada pengembangan teori yang akan di buktikan berguna tidak hanya untuk perawat saja namun berguna juga untuk professional kesehatan lainnya. Adam pun percaya bahwa teorinya akan berguna untuk lebih dari disiplin ilmu. Model konseptual terdiri dari asumsi, keyakinan dan nilai-nilai dan unit-unit utama. Menurut evelyn adam dalam model konseptual keperawatan memiliki enam (6) komponen sebagai berikut:

1. Tujuan profesi (Goal of the profession) : adalah untuk berusaha mencapai akhir dari anggota profesi.
2. *Beneficiary* (penerima manfaat) : seseorang atau sekelompok orang yang professional akan mengarahkan kegiatan nya kepada klien.
3. *Role* (peran) ini adalah peran yang dilakukan oleh orang yang professional, inilah fungsi social dari orang yang professional.
4. *Source of difficulty* (Sumber kesulitan) : kesulitan kemungkinan asal mulanya kesulitan klien yang dialaminya, orang yang professional akan siap untuk mengatasinya.
5. *Intervention (Intervensi)* : intervensi fokus pada keprofesionalan pada saat tindakan ke klien.
6. *Consequences* (konsekuensi) : hasil dari keprofesionalan yang mencapai tujuan dengan ideal dan terbatas.

Fungsi unik dari seorang perawat adalah membantu individu, sakit atau sehat dalam melakukan segala aktivitasnya untuk mencapai kesehatan atau kesembuhan, atau untuk meninggal dengan tenang yang dapat dilakukan sendiri tanpa bantuan. Apabila memiliki kekuatan, adanya kemauan atau pengetahuan yang dilakukan sedemikian rupa untuk membantu meraih kembali kemandirian secepat mungkin. Dalam bukunya *the nature of nursing* memperkenalkan 14 kebutuhan

dasar pasien yang terdiri atas komponen-komponen penanganan keperawatan diantara nya:

1. Bernafas secara normal
2. Makan dan minum dengan cukup
3. Eliminasi
4. Bergerak dan menjaga posisi yang di inginkan
5. Tidur dan istirahat
6. Memilih pakaian yang sesuai
7. Menjaga suhu badan tetap dalam batas normal dengan menyesuaikan pakaian dan mengubah lingkungan
8. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat dengan baik dan melindungi kulit
9. Menghindari bahaya dalam lingkungan yang bisa melukai diri
10. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, rasa takut berpendapat.
11. Beribadah sesuai dengan keyakinan dan nilai-nilai keyakinan
12. Bekerja dengan suatu cara yang mendukung
13. Bermain atau ikut dalam kegiatan rekreasi
14. Belajar, menentukan dan memuaskan rasa ingin tahu

Dari 7 kebutuhan primer berkaitan dengan fisiologi, dari nomor 8 sampai 9 berkaitan dengan keamanan, nomor 10 berkaitan dengan harga diri, nomor 11 berkaitan dengan keanggotaan dan dari nomor 12-14 berkaitan dengan aktualisasi diri.

Empat Metaparadigma dalam Keperawatan Menurut Evelyn Adams

1. Orang (*Person*)

Evelyn adam mendefinisikan orang sebagai penerima manfaat, yang merupakan orang atau sekelompok orang yang professional dengan pengarah dalam kegiatan. Seseorang yang membutuhkan bantuan dalam mencapai kebebasan atau keutuhan dalam berfikir. Hal ini sesuai dengan kodel konseptual dalam keperawatan, terkait dengan teori Virginia Hendorson teori 14 kebutuhan dasar pada Dorothy Johnson yaitu model sistem perilaku. Agar seseorang dapat memenuhi 14 kebutuhan dasarnya, harus ada penerapan teori dari system perilaku serta harus di terapkan dengan tujuannya adalah untuk mengembangkan fungsi dari perilaku yang efisien dan efektif dari pasien.

2. Lingkungan (*Environment*)

Dalam teori evelyn adam menyatakan bahwa untuk menjaga lingkungan yang mendukung agar kondusif bagi kesehatan termasuk dalam 14 kebutuhan yang mendasar dari Hendorson, maka diperlukan penerapan suatu “Model Sistem Perilaku” teori tersebut menegaskan bahwa semua elemen lingkungan di sekitar manusia yang termasuk pemicu stress internal harus di pertimbangkan.

3. Kesehatan (*Health*)

Sehat adalah siklus hidup yang menjadi dasar seseorang dan dapat berfungsi bagi manusia. Berdasarkan teori evelyn adam, kesehatan diartikan sebagai suatu intervensi yang berfokus dan terpusat dalam pengawasan yang professional, saat mereka melakukan intervensi dengan klien. Sehubungan dengan teori hendorson dan teori Johnson kesehatan adalah kemandirian seorang klien untuk mencapai 14 kebutuhan dasar manusia dalam mencapai kesehatan yang lebih baik yang akan di pengaruhi oleh berbagai aspek seperti usia, kesehatan, latar

belakang budaya atau ketidak seimbangan emosional. Dengan demikian asuhan keperawatan kesehatan seseorang haruslah dijaga dan disesuaikan dimana klien menunjukkan system perilaku yang sedemikian rupa sehingga akan terjadi keefisienan dan adaptasi yang efektif. Untuk mencapai kesehatan lebih penting dari pada mengobati suatu penyakit.

4. Perawatan (*Nursing*)

Teori evelyn mendefinisikan keperawatan sebagai peran dimana seseorang yang professional yang berperan dan melaksanakan fungsi social nya dengan mempersiapkan diri untuk mengatasi kemungkinan masalah klien. Seorang perawat akan melengkapi kebutuhan klien. Dengan menghubungkan teori Henderson dan teori Johnson, adam evelyn juga mendefinisikan keperawatan sebagai suatu fungsi untuk membantu seseorang dalam melengkapi dengan memuaskan 14 kebutuhan dasar manusianya dimana seseorang perawat akan mempromosikan fungsi perilaku yang efisien dan efektif.

Menerapkan Teori untuk Praktik Keperawatan

Dalam praktik keperawatan, teori model konseptual dari evelyn adam paling banyak di terapkan sebagai pedoman bagi perawat yang melakukan dengan metode keperawatan dan memecahkan permasalahan keperawatan. Dimana seorang perawat melayani sebagai peran pelengkap dan pemenuhan kebutuhan independensi klien dan kebutuhannya sebagai mana salah satu asumsi dari teori adam. Perawat mempunyai tujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dalam kemandirian klien.

Dengan menggunakan 14 kebutuhan dasar keperawatan menurut handerson, yang pertama dilakukan perawat sebagai seorang praktisi adalah menilai kemandirian klien setelah itu perawat akan memberikan perawatan kepada klien dengan melalui identifikasi kebutuhan

mendasar dan sumber permasalahannya serta merencanakan intervensi untuk menyelesaikan masalah klien. Setelah proses tersebut kemudian akan di evaluasi apakah tujuan klien sudah terpenuhi dengan kepuasan atau tidak. Contoh umum dalam penerapan model ini adalah dengan pengkajian dasar perawat terhadap klien, sebelum melakukan tindakan apapun untuk intervensi ke klien. Seorang perawat perlu memeriksa beberapa aspek kebutuhan klien dan lingkungan nya. Hal ini dapat dilakukan dengan observasi yang sederhana, seperti palpasi dan bertanya kepada klien secara langsung.

Contoh dalam penerapan teori dalam praktik dengan pasien TBC, mengingat TBC sangat lah menular melalui dopler, udara, serta sputum, disini perawat akan menilai kemandirian pasien, bagaimana perawat dapat melaksanakan peran pelengkap dalam membantu dan memuaskan pasien. Contoh lain adalah pasien COVID-19, disana perawat hanya membantu atau mantau dari jauh mengenai kebutuhan pasien serta mengontrol kemandirian pasien, baik pasien COVID-19 kondisi berat sedang maupun ringan. Dalam membantu kebutuhan pasien maka perlu intervensi yang dilakukan serta evaluasi untuk memeriksa apakah kebutuhan pasien terpenuhi atau belum. Model konseptual teori adam dalam kasus Covid-19 baik bergejala maupun tanpa bergejala tingkat keparahannya juga tetap bisa di terapkan meskipun keadaan pasien berbeda-beda.

Penerapan Teori dalam Bidang Penelitian Keperawatan

Teori konseptual Adam di kembangkan berdasarkan teori kebutuhan keperawatan berdasarkan Henderson dan model keperawatan Johnson's Behavioral System dari moder serta komponen-komponen nya. Itu semua dapat membantu dalam penelitian dalam bidang keperawatan dengan menerapkan komponen-komponen tersebut pada situasi tertentu seperti pada pasien yang mengidap kanker, geriatri dan penyakit mental. Selain itu menurut teori model konseptual hanya dalam bidang

disiplin ilmu. Arinya penciptaan model yang di buat tersebut untuk disiplin ilmu dapat juga di terapkan pada disiplin profesi selain keperawatan, dengan pendekatan sistematis dalam menilai kebutuhan dan kemandirian klien, serta peran professional untuk membantu penerima bantuan.

Banyak penelitian, mulai dari tesis dan penelitian di Kanada, Amerika Serikat dan Negara-negara lain yang di jadikan dasar berdasarkan teori Adam. Menurut Adam ada 12 pernyataan dari konseptual yang dapat membantu mengembangkan dalam penelitian, pertanyaan-pertanyaan ini juga dapat diterapkan dalam disiplin ilmu lain selain keperawatan.

Berikut ini adalah pertanyaan secara umum yang fokus pada bidang riset keperawatan di antara nya :

1. Bagaimana kemandirian pasien diukur?
2. Bagaimana derajat ketergantungannya dapat diukur?
3. Masalah ketergantungan apa yang dapat di atasi dengan intervensi keperawatan?
4. Pada titik manakah intervensi dilanjutkan jika ingin mencapai kemandirian pasien?
5. Bagaimana intervensi tertentu dapat di buat dan lebih mudah di terima?
6. Bagaimana cara intervensi perawat dapat menentukan seberapa banyak intervensi yang cukup?
7. Masalah ketergantungan apa yang paling sering di temukan pada sekelompok penyakit tertentu (pasien kanker, lansia, orang gangguan jiwa)?
8. Bagaimana rasa sakit dan kecemasan mempengaruhi kemandirian pasien?
9. Bagaimana hambatan dalam linguistic dapat diatasi?
10. Bagaimana perawat dapat membantu sekelompok etnis atau sosialekonomi tertentu untuk dapat mandiri?

11. Bagaimana perawat dapat meningkatkan partisipasi klien dalam pelayanan kesehatan?
12. Apakah model konseptual bermanfaat, signifikan dan sama secara social?

Dalam hal penerapan teori pada penelitian keperawatan kontemporer, sebagai contoh dalam model konseptual dapat di gunakan sebagai dasar dalam menilai kesulitan yang di alami oleh pasien tertentu seperti pasien Covid-19, yang dimana menentukan kemandirian pasien tersebut dalam proses reparative, dan terutama tentang bagaimana perawat dapat membantu pasien dengan mempertimbangkan aspek penyakit.

Bidang Akademis

Dalam buku “ *to be a Nurse*” Adam membahas maksud dan tujuan dalam program isi buku tersebut. Dia mendapatkan inspirasi dari konsep keperawatan Henderson yang menyatakan bahwa “ kurikulum keperawatan direncanakan untuk mempersiapkan tenaga kesehatan yang mampu mempertahankan dan memulihkan kondisi pasien, mulai dari kemandirian dalam menentukan kebutuhan mendasar” dalam hal ini mahasiswa keperawatan mempelajari peran yang melengkapi dan saling melengkapi.

Hubungan antara Model Konseptual Keperawatan dan Proses Keperawatan

Model Konseptual Keperawatan adalah suatu abstraksi yang dioperasikan dengan menggunakan proses keperawatan yang mencakup :

1. Pengkajian

Pengkajian data spesifik mengenai kebutuhan kesehatan klien yang langsung berhubungan dengan unit kedua model keperawatan yaitu klien. Misalnya teori Henderson, klien dipandang memiliki 14 kebutuhan dasar, maka data yang dikumpulkan juga tentang 14 kebutuhan dasar tersebut.

2. Diagnosa

Dalam tahap ini, masalah klien baik yang aktual maupun potensial ditulis sebagai suatu diagnosa keperawatan yang disesuaikan dengan model keperawatan yang digunakan.

3. Perencanaan

Perencanaan intervensi keperawatan juga dikaitkan langsung dengan model konseptual keperawatan. Intervensi dengan menyesuaikan pada pola intervensi dari model konseptual yang digunakan.

4. Implementasi

Melaksanakan rencana intervensi berdasarkan pengetahuan ilmiah yang bukan merupakan bagian dari model keperawatan. Model keperawatan menunjukkan apa yang harus dilakukan oleh perawat yang langsung mempengaruhi intervensi keperawatan yang direncanakan, tetapi tidak menunjukkan pada perawat bagaimana menerapkan rencana itu.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan fungsi perawatan yang berlanjut.

- a. Bagaimana klien beradaptasi dan bereaksi
- b. Apa yang dipandang klien sebagai kebutuhan
- c. Bagaimana klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan Jawaban dari pertanyaan pertanyaan tadi akan membantu perawat menilai keefektifan dari proses perawat secara keseluruhan dan model keperawatan

Daftar Pustaka

Alligood, M. R. (2017). Nursing theorists and their work (9th ed.). Elsevier - Health Sciences Division

Evelyn Adam (Conceptual Model of Nursing), (n.d.),
StuDocu, Obtained From:
<https://www.studocu.com/ph/document/university-of-perpetual-help-systemdelta/bachelor-of-science-in-nursing/evelyn-adam-conceptual-model-ofnursing/18296003>

EVELYN ADAM CONCEPTUAL MODEL FOR NURSING,
(n.d.), CourseHero, Obtained From:
<https://www.coursehero.com/file/75489952/EVELYN-ADAMPPT/>

Theoretical Foundations of Nursing. Dorothy Johnson
The Behavioral System Model.

Thomas Ari. 2013. Teori Keperawatan Dorothy E. Johnson.

Profil Penulis



Ns. Nur Hasanah.,S.Kep.,MMR

merupakan seorang dosen di Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu (UMPRI) pada program studi s1 keperawatan di Pringsewu lampung. Penulis lulusan yang berjenjang magister dengan latar belakang manajemen rumah sakit. Penulis lahir di desa dabuk rejo pada 12 April 1989. Jenjang pendidikan penulis dimulai dengan pendidikan sarjana keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2011, penulis melanjutkan studynya pada program Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2013, kemudian penulis melanjutkan studynya ke jenjang Magister Manajemen Rumah Sakit pada tahun 2015 di Universitas yang sama yaitu Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Penulis aktif melaksanakan tridarma di perguruan tinggi yaitu di bidang pendidikan melaksanakan pengajaran sejak tahun 2015 sampai saat ini sebagai pengampu mata kuliah Manajemen keperawatan, Falsafah Dan teori keperawat, Ilmu dasar dalam keperawatan di samping itu juga masih ada beberapa mata kuliah lainnya. Selain itu juga penulis melaksanakan publikasi monograf dan artikel secara nasional sebagai penulis utama maupun sebagai anggota.

Email Penulis: nurhasanah120489@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN JEAN WATSON: TEORI *CARING*

Ns. Ni Komang Sukra Andini S.Kep.,MNS

Stikes Wira Medika Bali

Biografi



Prof Jean Watson dikenal adalah seorang profesor keperawatan di Amerika yang dikenal dengan ahli teori keperawatan, teori beliau yang sangat terkenal dan melekat dalam pengembangan profesi keperawatan sebagai ilmu wajib di keperawatan yaitu *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Selain itu, teori yang dicetuskan oleh Jean Watson tentang kepedulian manusia “human caring” pada tahun 1879 juga menjadi standart operasional prosedur (SOP) di setiap fasilitas kesehatan di seluruh dunia. Konsep teori human caring mengajarkan terkait pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat juga diharapkan berfokus pada psikofisikal, psikososial, dan kebutuhan intrapersonal hingga interpersonal selain biophysikal sehingga diharapkan kinerja akan meningkat dalam memberikan asuhan keperawatan. Prof Jean Watson dengan nama lengkap Margareth Jean Harman Watson lahir pada tanggal 21 Juli 1940 di Virginia Barat bagian selatan dan besar di sebuah kota kecil Welch di pegunungan Appalachian. Beliau menyelesaikan sekolah menengah atas di Virginia barat dan kemudian melanjutkan sekolah keperawatan Lewis gale. Dr. Jean Watson

menjadi Profesor Keperawatan dan menjabat sebagai ketua dalam Ilmu Keperawatan di University of Colorado Denver dan Anschutz Kampus Kedokteran Pusat. Dia adalah pendiri dari Pusat Keperawatan di Colorado dan merupakan anggota dari Akademi Keperawatan Amerika. Dia sebelumnya menjabat sebagai Dekan Keperawatan di Universitas Ilmu Kesehatan Pusat dan merupakan mantan presiden Liga Nasional untuk Keperawatan. Kegiatannya terbaru termasuk Pendiri dan Direktur dari sebuah yayasan baru: Watson Caring Science Institute.

Prof Jean Watson lahir pada tahun 1940 di West Virginia, memperoleh diploma dari Rumah Sakit Lewis Gale Sekolah Keperawatan di Roanoke, Virginia; gelar sarjana muda keperawatan dari Universitas Colorado, Boulder, pada tahun 1964; gelar master dalam kesehatan psikiatri-mental keperawatan dari Universitas Colorado, Denver, pada tahun 1966; dan gelar Ph.D. dalam pendidikan psikologi dan konseling dari University of Colorado, Boulder, pada tahun 1973. Prof Jean Watson pernah menjabat posisi fakultas dan administrasi di Pusat Ilmu Kesehatan Universitas Colorado, termasuk dekan Fakultas Keperawatan dari tahun 1983 hingga 1990 dan direktur pendiri Pusat Kepedulian Manusia. Pada tahun 1992, Dr. Watson diangkat sebagai Profesor Terhormat di University of Colorado, penghargaan tertinggi yang diberikan kepada fakultas Universitas Colorado karya ilmiah.

Konsep *Caring Science* “Jean Watson”

Caring adalah suatu pengenalan atau dikenal dengan istilah orientasi human science dan kemanusiaan terhadap proses, fenomena dan pengalaman caring. Caring Science merupakan kumpulan dari seni dan kemanusiaan dimana tindakan yang dilakukan untuk membantu, membimbing, membantu dalam mencapai tujuan dengan cara mendukung individu lain atau kelompok dengan nyata atau antisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia (Watson, 2004) (Leininger, 1991). Watson Teori mengembangkan tiga elemen utama didalamnya

merupakan pengembangan dari teori asli dan teori yang berkembang. Tiga elemen utama Jean Watson Caring adalah Teori Watson tentang Kepedulian Manusia meliputi faktor karatif, hubungan kepedulian, dan momen kepedulian. Konsep pertama adalah faktor karatif yaitu panduan praktik keperawatan (berkembang menuju proses caritas klinis). Ada sepuluh karatifaktor yang memberikan fokus untuk keperawatan fenomena. Faktor pertama adalah mempraktikkan cinta kasih kebaikan melalui sistem nilai humanistik. Itu faktor kedua adalah mempertahankan iman, harapan, dan sistem kepercayaan diri sendiri dan orang lain. Itu Faktor ketiga adalah memiliki kesadaran atau kepekaan kepada diri sendiri dan orang lain. Ketiga faktor tersebut adalah dianggap landasan dan dasar untuk merawat praktik keperawatan. Faktor keempat sedang berkembang hubungan saling percaya. Faktor kelima adalah keberadaan mendukung perasaan positif atau negatif dirasakan sendiri atau orang lain. Faktor keenam terlibat dalam praktik penyembuhan. Yang ketujuh adalah mengajar dan belajar dalam kepedulian transpersonal hubungan. Faktor karatif yang kedelapan adalah menciptakan lingkungan penyembuhan. Faktor kesembilan adalah membantu kebutuhan dasar. Faktor terakhir adalah Terbuka terhadap spiritual-misterius (Alharbi, & Baker, 2020).

“Sepuluh Faktor Karatif dan Caritas Caring Jean Watson”

Sepuluh faktor karatif diidentifikasi oleh Watson (1979, 1985/1988, 1996) merupakan ciri khas suatu kepedulian hubungan yang didasarkan pada kesadaran dan komitmen moral perawat terhadap setiap orang sedemikian rupa sehingga memfasilitasi penyembuhan dan martabat, dan menyampaikan spiritualitas. dimensi dipengaruhi oleh kesadaran kepedulian perawat. Maksud Watson bukanlah itu agar dapat digunakan sebagai daftar pemeriksaan, melainkan sebagai panduan filosofis dan konseptual perawatan. Memang benar, prinsip-prinsip tersebut telah menjadi prinsip panduan bagi praktik yang dipandu oleh

teorimodel dan penelitian di seluruh dunia. Sifat teori Watson yang terus berkembang telah menyebabkan hal ini untuk mendefinisikan ulang dan mengganti nama faktor asli menjadi proses caritas klinis. Proses caritas dimaksudkan untuk berperan penting dalam mengintegrasikan Kembali.

Caritas berasal dari bahasa latin yang berarti “menghargai dan menghargai, memberi yang istimewa perhatian, atau penuh kasih.” Ini berkonotasi dengan sesuatu itu sangat bagus; memang, itu sangat berharga. Merupakan suatu bentuk yang mendalam dan transpersal antara cinta dan kepedulian yang erat kaitanya dengan penyembuhan bathin bagi diri sendiri dan orang lain. Model kepedulian transpersonal yang muncul ini berpindah dari carative ke caritas (Watson & Woodward, 2020).

Sepuluh faktor karatif yang termasuk dalam karya asli adalah sebagai berikut:

1. Terbentuknya sikap humanistik-altruistik sistem nilai.
2. Penanaman iman–pengharapan.
3. Menumbuhkan kepekaan terhadap diri sendiri dan untuk yang lainnya.
4. Pengembangan sikap membantu-percaya, hubungan kepedulian manusia.
5. Promosi dan penerimaan ekspresi perasaan positif dan negatif.
6. Penggunaan proses kepedulian pemecahan masalah yang kreatif secara sistematis.
7. Promosi pengajaran transpersonal– sedang belajar.
8. Penyediaan lingkungan yang suportif, protektif,dan/atau perbaikan mental, fisik,lingkungan sosial, dan spiritual.
9. Bantuan untuk kepuasan manusia kebutuhan.

10. Tunjangan terhadap kekuatan eksistensial-fenomenologis-spiritual (Watson, 1979, 1985 dalam Watson, & Woodward, 2020).

Menurut pardede (2020) dalam artikelnya yang berjudul Konsep Caring Dalam Keperawatan: Pendekatan Teori Jean Watson. Watson memberikan rekomendasi agar perawat memberikan asuhan keperawatan kepada klien melalui sepuluh faktor carative yaitu yang berhubungan dengan sifat dan karakter perawat yang menjelaskan bagaimana perilaku caring dimanifestasikan. Sepuluh faktor Carative dan bagaimana perilaku caring dimanifestasikan perawat dapat dijelaskan sebagai berikut :

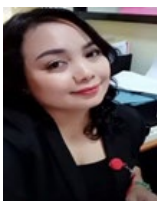
1. Formation of a humanistic-altruistic system of values. Perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepadaklien. Selain itu, perawat juga memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan pada klien.
2. Instillation of faith-hope. Memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Di samping itu, perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan.
3. Cultivation of sensitivity to one's *self* and to others. Perawat belajar menghargai kesensitifan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitif, murni, dan bersikap wajar pada orang lain.
4. Development of a helping-trusting, human caring relationship. Perawat memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dialami klien. Sehingga karakter yang diperlukan dalam faktor ini antara lain adalah kongruen, empati, dan kehangatan.
5. Promotion and acceptance of the expres-sion of positive and negative feelings.. Perawat memberikan waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien.

6. Systematic use of a creative problem-solving caring process. Perawat menggunakan metoda proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada klien.
7. Promotion of transpersonal teaching-learning. Memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien.
8. Provision for a supportive, protective, and/or corrective mental, physical, societal, and spiritual environment. Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan dan kondisi penyakit klien.
9. Assistance with gratification of human needs. Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif diri dan klien. Pemenuhan kebutuhan paling dasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat selanjutnya.
10. Mengijinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai. Kadang-kadang seorang klien perlu dihadapkan Caring in Nursing pada pengalaman/pemikiran yang bersifat profokatif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri

Daftar Pustaka

- Alharbi, K. M., & Baker, O. G. (2020). Jean Watson's middle range theory of human caring: A critique. *Int. J. Advanced Multidiscip. Sci. Res*, 3, 1-14.
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Watson, J., & Marzilli, C. (2022). Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nursing science quarterly*, 35(2), 235-243.
- Pardede JA, Saragih M, Simamora M. Tipe Kepribadian Berhubungan dengan Perilaku Caring Perawat. *Jurnal Keperawatan Silampari*. 2020 May 29;3(2):707-16.
- Sitzman, K., & Watson, J. (2018). *Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory*. Springer Publishing Company.
- Watson, J., & Woodward, T. (2020). *Jean Watson's theory of human caring*. SAGE Publications Limited.

Profil Penulis



Ns. Ni Komang Sukraandini S.Kep., MNS

Penulis adalah seorang Dosen Keperawatan di STIKes Wira Medika Bali. penulis lahir di Denpasar, Bali 11 April 1986. Saat ini sudah 10 tahun berkarir sebagai seorang dosen. Penulis merupakan alumni sarjana keperawatan dan ners di Stikes Surya Global Yogyakarta lulus pada tahun 2019. dan melanjutkan Study Master of Nursing Science S2 keperawatan di Prince of Songkla University Hat Yai, Thailand. Penulis memiliki kepakaran di bidang Keperawatan gawat darurat kritis dan keperawatan paliatif. sebagai seorang dosen untuk menunjukkan dedikasi keprofesionalannya tentunya penulis juga aktif menjalankan Tri Dharma Dosen tidak hanya mengajar tetapi penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidangnya. Beberapa penelitian dan pengabdian masyarakat yang telah dilakukan mendapatkan dana hibah dari internal institusi tempat penulis bekerja serta hibah eksternal yaitu RISTEKDIKTI dan IDEATHON BNPB. Beberapa karya penulis juga sudah dilakukan publikasi melalui jurnal nasional.

Email Penulis sukraandini@stikeswiramedika.ac.id

TEORI KEPERAWATAN CHERYL TATANO BECK: TEORI DEPRESI PASCAPERSALINAN

Ns. Hj. Marlinda, M. Kep. Sp. Kep. Mat

Universitas Muhammadiyah Pringsewu Lampung

Pendahuluan

Teori keperawatan Depresi Pascapersalinan yang dikembangkan oleh Beck sejak tahun 1993, termasuk dalam kelompok Middle Range Theory (Maeve, 2022; Marsh, 2013). Konsep teori keperawatan ini fokus mempelajari masa postpartum atau pascapersalinan dengan spesifikasi Postpartum Mood Disorders, yang pada akhirnya menghasilkan substansi Postpartum Depression (PPD) dan berkembang menjadi instrument Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) dan Postpartum Depreesion Precdictor Inventory (PDPI) (Maeve, 2022). Istilah lain dari PPD dibeberapa referensi yaitu Postnatal Depression (PND)(Green, 2018). Depresi pasca melahirkan (PND) menjadi salah satu penyebab paling umum adanya tekanan pada ibu, sering terjadi di masyarakat yang dapa mempengaruhi ibu, bayi, dan keluarganya (Roshaidai Mohd Arifin et al., 2018).

Asumsi Utama

Beck menjelaskan teorinya dikaitkan dengan empat paradima keperawatan seperti tertera pada bagan 2 di bawah ini.



Gambar 21.1. Konsep Teori Memandang Paradigma Keperawatan

Pernyataan Teoritis

Beck dalam menjelaskan teori keperawatan yang dikembangkannya di bangun oleh beberapa pernyataan teoritis untuk menjelaskan terjadinya depresi postpartum, antara lain: (Maeve, 2010, 2022)

1. Otak secara biokimia dapat menampung berbagai macam hal pemicu stres, baik yang terkait dengan situasi biologi internal maupun eksternal.
2. Peristiwa stres (internal atau eksternal), khususnya yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama, menyebabkan terganggunya regulasi biokimia di otak. Semakin banyak penghinaan diterima otak, semakin banyak otak menjadi lebih terderegulasi secara kronis. Karena otak yang sudah dideregulasi ditantang lagi
3. dengan pemicu stres baru (internal atau eksternal), kemungkinan besar mengalami perubahan suasana hati yang serius dan gangguan kejiwaan.
4. Otak dan hormonal wanita unik dan normal kimia mengakibatkan kerentanan terhadap gangguan mood pada saat-saat kritis dalam hidup mereka, termasuk

setelah melahirkan. Peningkatan hormone estrogen progesterone saat kehamilan, dan penurunan cepat dan tiba-tiba dimasa persalinan dan pascapersalinan yang cukup signifikan

5. Depresi pascapersalinan disebabkan oleh kombinasi kondisi biologis (termasuk genetik), psikologis, sosial, stresor kehidupan relasional, ekonomi, dan situasional.
6. Depresi pascapersalinan bukanlah suatu kelainan yang sama pada setiap kasus (homogen). Wanita mungkin mengekspresikan depresi pascapersalinan dengan gejala tunggal tetapi lebih mungkin memiliki konstelasi dari gejala yang bervariasi. Hal ini terkait dengan kehidupan yang bervariasi riwayat stres internal dan eksternal.
7. Secara budaya, perempuan diharapkan merasa bahagia, berpenampilan bahagia, bersikap bahagia, memahami bagaimana menjadi seorang ibu secara alami, dan mengalami peran sebagai ibu dengan rasa kepuasan. Harapan-harapan ini menyulitkan perempuan untuk melakukan hal tersebut dan mengungkapkan perasaan kesusahan yang tulus.
8. Stigma yang melekat pada penyakit mental meningkat secara dramatis ketika penyakit mental dikaitkan dengan kelahiran seorang anak, menyebabkan perempuan yang mengalami masalah lebih baik menderita dalam diam daripada diberi label mengalami gangguan jiwa.
9. Berkenaan dengan pencegahan, pascapersalinan depresi dapat dicegah melalui identifikasi dan mitigasi faktor risiko selama periode prepartum.
10. Depresi pasca melahirkan dapat diketahui sejak dini dengan skrining yang cermat dan dapat diobati secara efektif. Pencegahan dapat meringankan penderitaan berbulan-bulan dan mengurangi efek berbahaya pada wanita, bayinya, dan keluarganya.

11. Beberapa faktor biologis, sosiologis, dan psikologis akan menimbulkan masalah adaptasi dan tantangan yang sebagian besar normal terjadi pada semua kehamilan. Hal ini mungkin termasuk kelelahan, perubahan tidur, pertanyaan-pertanyaan seseorang tentang kemampuan ibu, dan sejenisnya. Perawatan prenatal dan postnatal secara komprehensif dapat menghilangkan masalah gejala patologis dan membantu ibu kembali normal sesuai dengan kondisi yang diharapkan, sehingga bila ibu mengalaminya, mereka dapat mengurangi tingkat stressnya.

Konsep Utama

Berikut ini akan dijelaskan konsep utama dari teori keperawatan depresi postpartum

1. **Gangguan Suasana Hati Pascapersalinan (*Postpartum Mood Disordered*)**

Depresi pascapersalinan dan postpartum blues telah memberi gambaran yang jelas sepanjang waktu, seperti halnya pemahaman psikosis pascapersalinan. Dua gangguan mood perinatal lainnya yaitu gangguan obsesif-kompulsif pascapersalinan, dan timbulnya gangguan panik telah diidentifikasi, begitu pula bagaimana gangguan ini berbeda dan saling berhubungan (Maeve, 2022). Salah satu bentuk gangguan suasana hati pascapersalinan yaitu:

- a. Postpartum disorder yang sering terjadi setelah 4 minggu setelah persalinan dan dapat terjadi kapan saja pada tahun pertama. Menurut Green, (2018) PPD atau PND dapat terjadi 1-2 bulan pertama setelah melahirkan. Kejadian rata-rata 13-25%, dengan lebih beresko terjadi pada perempuan miskin, hidup di daerah pinggiran dan atau usia remaja. Hampir 50% perempuan yang menderita depresi postpartum akan berlangsung 6 bulan atau lebih.

- b. Postpartum blues dan baby blues periode yang relatif sementara dan terbatas melankolis dan perubahan suasana hati di awal periode pasca melahirkan. Maternity blues mempengaruhi hingga 75% dari total kelahiran semua wanita di semua budaya.

Pada tahun 1993 Beck mengembangkan pembahasan teori depresi postpartum menggunakan metode *Grounded Theory*, dengan memberi judul pada penelitiannya “*Teering on the Edge*” yang berfokus pada masalah psikososial yang mengidentifikasi kehilangan kontrol/kendali diri (Maeve, 2010, 2022).

2. Kehilangan Kendali (*Loss of Control*)

Hilangnya kendali diidentifikasi sebagai masalah psikososial dasar dalam teori substantif awal Beck tahun 1993 bekerja. Teori deskriptif ini menangkap sebuah proses perempuan mengalami depresi pasca melahirkan. Kehilangan kendali dialami di semua bidang kehidupan perempuan rincian situasinya mungkin berbeda. Itu konsep hilangnya kendali sesuai dengan literatur yang masih ada dan perempuan ditinggal dengan perasaan “tertatih-tatih”. Proses diidentifikasi terdiri dari empat tahap:

Tabel 21. 1. Tahapan Loss of control



Faktor-faktor Resiko Terjadi Depresi Postpartum

Menurut Beck ada 6 faktor resiko ibu mengalami depresi postpartum status perkawinan, kepuasan dalam hubungan pernikahan, kondisi social ekonomi, status kehamilan, kehamilan yang tidak direncanakan atau kehamilan tidak diinginkan (Beck, 2002). Hal-hal tersebut dapat dialami oleh ibu semenjak masa kehamilan.

1. *Prenatal Depression* (Depresi masa kehamilan)

Depresi pada beberapa atau sepanjang trimester dapat menjadi pemicu sangat hebat terjadinya depresi postpartum(Maeve, 2022)

2. *Child Care Stress* (Stress merawat bayi)

Stress yang diakibatkan oleh hal-hal berkenaan dengan perawatan bayi, kesehatan bayi, dan kesulitan merawat bayi karena kurangnya pengalaman ibu (Maeve, 2022). Biasa terjadi pada ibu primipara yang belum faham tentang bagaimana memenuhi kebutuhan makan dan tidur bayi. Namun berbeda dengan hasil penelitian Moll, dkk, diperoleh kejadian PPD lebih banyak terjadi pada ibu usia 36-44 tahun, walaupun onset kejadian masih dikisaran 4-6 bulan setelah bayi lahir, bercerai, dan pendapatan rendah (Moll et al., 2023).

3. *Life Stress* (Tekanan hidup)

Kehidupan yang penuh tekanan selama kehamilan dan pasca melahirkan. Banyaknya pengalaman hidup dan banyaknya stres yang muncul dalam kehidupan seorang wanita. Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan bisa bersifat negatif atau positif dan dapat mencakup pengalaman seperti berikut ini:

- a. Perubahan dalam perkawinan (misalnya perceraian, pernikahan kembali)
- b. Perubahan pekerjaan (misalnya perubahan jenis pekerjaan)
- c. Krisis (misalnya kecelakaan, perampokan, krisis keuangan, penyakit memerlukan rawat inap)

4. *Social Support* (Dukungan Sosial)

Hal ini berkaitan dengan dukungan instrumental (misalnya, mengasuh anak, membantu pekerjaan rumah tangga) dan emosional mendukung. Fitur struktural dari jejaring sosial wanita (suami atau pasangan, keluarga, dan teman) meliputi kedekatananggotanya, frekuensi kontak, dan jumlah orang kepercayaan dengan siapa wanita tersebut dapat berbagi urusan pribadinya. Kurangnya dukungan sosial adalah ketika seorang wanita merasa bahwa dirinya tidak menerima jumlah instrumental atau emosional dukungan yang dia harapkan. Beberapa hasil penelitian telah membuktikan bahwa dukungan social dari suami dan keluarga dalam bentuk apapun sangat berpengaruh terhadap kejadian depresi postpartum (Afrillia et al., 2020; Kumalasari et al., 2019)

5. *Prenatal Anxiety* (kecemasan masa kehamilan)

Kecemasan dapat terjadi pada setiap trimester atau sepanjang trimester kehamilan. Kecemasan mengacu pada perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran tentang sesuatu yang samar-samar, tidak spesifik ancaman.

6. *Marital Satisfaction* (Kepuasan Pernikahan)

Derajat kepuasan terhadap suatu hubungan perkawinan adalah dinilai dan mencakup seberapa bahagia atau puas wanita tersebut dengan aspek-aspek tertentu dari pernikahannya, seperti komunikasi, kasih sayang, kesamaan nilai (misalnya, keuangan, anak peduli), aktivitas bersama dan pengambilan keputusan, dan global kesejahteraan

7. *History of Depression* (Riwayat Depresi)

wanita memiliki riwayat depresi jika ada laporan pernah mengalami depresi sebelum kehamilan ini.

8. *Infant Temperament* (Temperamen Bayi)

Temperamen adalah watak dan kepribadian bayi. Temperamen yang sulit menggambarkan seorang bayi yang mudah tersinggung, rewel, tidak dapat diprediksi, dan sulit dihibur.

9. *Maternity Blues* (Postpartum Blues)

sebelumnya didefinisikan sebagai nonpatologis kondisi setelah melahirkan. Episode berkepanjangan maternity blues (berlangsung lebih dari 10 hari) dapat diprediksi akan berlanjut menjadi depresi pasca melahirkan.

10. *Self-Esteem* (Kepercayaan Diri)

adalah perasaan harga diri global seorang wanita dan penerimaan diri. Itu adalah kepercayaan diri dan kepuasannya dalam diri sendiri. Harga diri yang rendah mencerminkan evaluasi diri yang negative dan perasaan tentang diri sendiri atau kemampuan seseorang.

11. *Socioeconomic Status* (Status social ekonomi)

adalah pangkat atau status seseorang dalam masyarakat melibatkan kombinasi faktor sosial dan ekonomi (misalnya, pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan)

12. *Marital Status* (Status perkawinan)

kedudukan perempuan dalam perkawinan; itu menunjukkan apakah seorang wanita lajang, menikah atau hidup bersama, bercerai, janda, berpisah, atau berpasangan

13. *Unplanned or Unwanted Pregnancy* (Kehamilan yang Tidak direncanakan atau tidak diinginkan)

mengacu pada kehamilan itu tidak direncanakan atau diinginkan. Sebagai catatan khusus adalah masalah kehamilan yang tetap tidak diinginkan setelahnya ambivalensi awal.

14. Paritas

Jumlah kehamilan dan persalinan yang pernah dialami oleh ibu berhubungan dengan kejadian depresi postpartum dan atau postpartum blues. Ibu primipara lebih beresiko mengalami masalah depresi (Afrillia et al., 2020; Kumalasari et al., 2019)

Tanda dan Gejala Postpartum Depresi

Beberapa hal yang dapat menunjukkan bahwa ibu postpartum sedang mengalami depresi postpartum (Green, 2018; Maeve, 2010, 2022)

1. *Sleeping and Eating Disturbances*

Ketidakmampuan untuk tidur bahkan ketika bayi tertidur, bolak-balik sebelum benar-benar tertidur, terbangun di tengah-tengah malam hari, dan kesulitan untuk kembali tidur. Meskipun dia secara sadar menyadari perlunya makan, wanita itu mungkin mengalami kehilangan nafsu makan dan ketidakmampuan untuk makan.

2. *Anxiety and Insecurity*

Perhatian yang berlebihan terhadap masalah kecil, perasaan seperti meledak-ledak, merasakan kebutuhan untuk terus bergerak, atau mondar-mandir. Ada sebuah perasaan tidak aman dan rasa keberadaan yang selalu kewalahan dengan peran baru sebagai ibu.

3. *Emotional Lability*

Seorang wanita yang mengalami labilitas emosional walaupun menyadari bahwa emosinya tidak stabil dan di luar kendalinya. Biasanya ditandai dengan menangis tanpa alasan tertentu, mudah tersinggung, kemarahan yang meledak-ledak, dan ketakutan akan tidak pernah bahagia lagi.

4. *Mental Confusion*

Ketidakmampuan yang nyata untuk berkonsentrasi, fokus pada tugas, atau membuat keputusan. Ada

perasaan tidak mampu mengatur diri sendiri dan proses berpikir.

5. *Loss of Self*

Ibu merasakan bahwa cerminan dirinya berubah, identitas pribadi telah berubah sejak kelahiran bayi mereka, sehingga mereka tidak dapat mengidentifikasi siapa mereka sebenarnya dan mereka takut bahwa mereka mungkin tidak akan pernah bisa menjadi diri mereka yang sebenarnya lagi.

6. *Guilt and Shame*

Seorang ibu mengalami rasa bersalah dan malu ketika dia melihat dirinya, bahwa dia berkinerja buruk sebagai seorang ibu dan memiliki pikiran negatif mengenai bayinya. Hal ini menghasilkan sebuah ketidakmampuan untuk terbuka dengan orang lain tentang apa yang dia rasakan dan berkontribusi terhadap keterlambatan diagnosis dan intervensi.

7. *Suicidal Thoughts*

Ibu sering mengalami pikiran untuk bunuh diri pikiran untuk melukai diri sendiri atau mengakhiri hidup mereka untuk menghindari mimpi buruk dan depresi pascapersalinan.

8. *Loss of Interest in Sex*

Pada beberapa kasus ibu mengalami hilang gairah dalam hubungan seksual. Hal ini terasa menyakitkan atau ibu merasa sangat Lelah sehingga enggan memulai hubungan seksual. Biasanya pasangan tidak bisa memahami dan menganggap itu sebuah penolakan.

9. *Avoid Other People*

Mereka akan menghindari pertemuan dengan teman dan keluarga. Sulit untuk ikut bergabung ke kelompok pendukung.

10. *Hopeless*

Ibu berfikir segala sesuatu tidak akan menjadi lebih baik, kehidupan yang dialami tidak bernilai dan terkadang berfikir keluarga akan lebih baik tanpa ada dirinya.

11. *Psychotic Symptoms*

Pada kondisi depresi sangat berat, akhirnya dapat berkembang gejala psikosis. Ibu mulai merasa mendengar suara-suara dan hal-hal yang tidak biasa.

Penatalaksanaan Depresi Postpartum

Beberapa kegiatan dan terapi dapat dilakukan untuk membantu ibu mengatasi masalahnya (Beck, 2006):

1. Memberikan edukasi tentang pranikah, persiapan hamil, persiapan persalinan dan persiapan ibu dan pasangan dalam merawat bayi. Sebelum ibu pulang ke rumah, perawat harus sudah memberikan edukasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan perawatan bayi dan tanda-tanda ibu mengalami depresi
2. Screening test untuk diagnosis awal dan segera, agar cepat mendapatkan tatalaksana dari tenaga kesehatan. Instrumen yang dapat digunakan Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) dan Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)
3. Mengkaji bagaimana dukungan social yang didapat oleh ibu. Menggali aktifitas sehari-hari ibu setelah melahirkan untuk mengetahui apakah ada permasalahan yang dihadapi oleh ibu dalam menjalankan fungsi dan perannya pada masa *childbearing*.
4. Bantu ibu untuk mempunyai harapan yang realistis dengan memberi kesempatan pada ibu untuk mengungkapkan perasaan, keinginan dan tidak menyalahkan ibu.

5. Melibatkan dukungan sosial (suami dan orang tua perempuan dari ibu) dalam membantu ibu merawat bayinya, memberi dukungan emosional, memberi informasi serta semua kebutuhan instrumental ibu. Dukungan social sangat besar pengaruhnya terhadap perbaikan kondisi psikososial ibu yang sedang mengalami depresi (Corrigan et al., 2015)
6. Memberikan reinforcement positif terhadap semua pencapaian yang ibu lakukan sehingga ibu merasa diperhatikan, diperlukan dan terbantu.
7. Anjurkan konsul dengan Interpersonal Pscychoterapy secara rutin dan mensupport ibu mengikuti kelompok sosial yang memberi dukungan dalam bentuk informasi dan bertukar pengalaman
8. Pemberian psikofarmakologis oleh medis, seperti terapi antidepresan perlu pengawasan ketat karena obat ini menimbulkan efek samping cukup serius pada ibu dan dapat dikonsumsi bayi melalui air susu ibu. Hal ini akan memperburuk kondisi bayi.

Daftar Pustaka

- Afrillia, I., Sari Kasoema, R., Ida Miharti, S., Kesehatan, F., & Fort De Kock, U. (2020). FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN POSTPARTUM BLUES (STUDI LITERATURE).
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: A metasyntesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453–472.
<https://doi.org/10.1177/104973202129120016>
- Beck, C. T. (2006). Postpartum Depression “It isn’t just the blues.” *AJN*, 106(5), 40–50.
- Corrigan, C. P., Kwasky, A. N., & Groh, C. J. (2015). Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education*, 24(1), 48–60.
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.48>
- Kumalasari, I., Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palembang, J., Selatan, S., Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palembang, I., & Artikel, I. (2019). FAKTOR RISIKO KEJADIAN POSTPARTUM BLUES DI KOTA PALEMBANG THE RISK FACTORS OF POSTPARTUM BLUES IN PALEMBANG CITY. In *JPP) Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang* (Vol. 14, Issue 2).
- Maeve, K. M. (2010). *Postpartum Depression Theory* (A. M. & A. M. R. Tomey, Ed.; 7th ed.). Mosby; Elsevier.
- Maeve, K. M. (2022). *Postpartum Depression Theory*. https://books.google.co.id/url?client=ca-google-print&format=googleprint&num=0&id=usg5EAAAQBAJ&q=http://elsevierhealth.com/product.jsp%3Fisbn%3D9780323777988%26dmnum%3D12449&usg=AOvVaw20yCjCEKzcTo1ac3E4ejHq&source=gbs_buy_r
- Marsh, J. R. (2013). A Middle Range Theory of Postpartum Depression: Analysis and Application. In *50 | International Journal of Childbirth Education |* (Vol. 28).

- Moll, M. F., Matos, A., Borges, G. B., Ventura, C. A. A., Bernardinelli, F. C. P., & da Silva Martins, T. (2023). Occurrence and factors associated with postpartum depression in the urban area of Brazil. *Enfermeria Global*, 22(1), 156–166. <https://doi.org/10.6018/eglobal.525191>
- Green, L. (2018). Postnatal depression _ Royal College of Psychiatrists. Royal College of Psychiatrists, 1–21. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/mental-illnesses-and-mental-health-problems/post-natal-depression>
- Roshaidai Mohd Arifin, S., Cheyne, H., & Maxwell, M. (2018). Review of the prevalence of postnatal depression across cultures. *AIMS Public Health*, 5(3), 260–295. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2018.3.260>

Profil Penulis



Ns. Hj. Marlinda, M. Kep. Sp. Kep. Mat

Penulis Lahir di Teluk Betung, 23 Maret 1978. Menikah Tahun 2010 dengan Fahrurrozi, S.Kom. dan Mempunyai Anak Faisal Arrasyid Assidiqi (11 Tahun) dan Sayid Alwi Al-Maliki (10 Tahun). Riwayat Pendidikan D3 Keperawatan Di Akper Muhammadiyah Pringsewu, S 1 Keperawatan+Ners Tamat Tahun 2008, dan S2 Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Maternitas Tamat Tahun 2015 di FIK UI. Pengalaman Bekerja Di Akper Muhammadiyah Pringsewu sejak Tahun 2000-2008, 2009-2019 Di STIKes Muhammadiyah Pringsewu Lampung, dan sampai dengan sekarang mengabdikan Ilmu dalam bidang Ilmu Keperawatan Maternitas sebagai Dosen Di Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pringsewu Lampung. Melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi merupakan Tugas seorang Dosen agar dapat mewujudkan karir sebagai Dosen Profesional. Salah satu bentuk aktifitas yang selalu peneliti lakukan adalah melakukan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat dibidang keperawatan maternitas serta mengikuti beberapa pelatihan dan seminar untuk dapat terus mengupdate ilmu khususnya dalam perkembangan Teori Keperawatan terutama yang berkenaan dengan keilmuan penulis yaitu perawat maternitas. Sehingga penulis terus berkelanjutan menuangkan hasil berfikir dan memahami dalam bentuk buku ataupun artikel.

Email Penulis: marlinda.muspardi11@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON; PRINSIP-PRINSIP DAN PRAKTIK KEPERAWATAN

Emitra Fatriona, S.Kep, Ners, M.Kep

Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti

Pendahuluan

Setiap proses keperawatan dalam suatu Negara memiliki sejarah, termasuk di Indonesia. Sejarah adalah suatu peristiwa atau kejadian yang telah terjadi pada masa lalu dan dapat kita ketahui melalui peninggalan pada masa itu. Sejarah cabang ilmu yang melakukan kajian secara sistematis mengenai seluruh perkembangan proses perubahan dan dinamika kehidupan masyarakat. Sejarah zaman dahulu perawatan telah dilakukan oleh manusia, walaupun dengan alat yang sederhana dan dari sumber yang didapatkan dari alam (Ariga A, 2020).Perkembangan keperawatan tidak bisa dipisahkan oleh perkembangan struktur dan kemajuan peradaban manusia. Kepercayaan terhadap animism, penyebaran agama-agama besar di dunia serta kondisi sosial ekonomi masyarakat ikut berpengaruh terhadap perkembangannya ilmu keperawatan. Sejarah perkembangan keperawatan dapat dilihat dari perkembangan keperawatan di dunia dan juga di Indonesia (Budiono, 2015).

Teori keperawatan merupakan suatu gagasan atau ide yang menjelaskan tentang pengalaman, hasil observasi, menggambarkan hubungan dan hasil. Teori keperawatan sangat penting bagi ilmu keperawatan karena menjadi cerminan keprofesionalan suatu disiplin ilmu. Teori keperawatan merupakan sebuah rancangan yang diciptakan untuk memantau perkembangan ilmu pengetahuan dan menjelaskan fenomena yang terjadi di keperawatan kedalam level yang lebih spesifik. Teori keperawatan digunakan untuk mendukung praktek keperawatan, membantu dalam membuat keputusan tentang apa yang diketahui dan apa yang dibutuhkan (Lestari & Ramadhaniyati, 2018). Keperawatan sebagai pelayanan profesional, dalam aplikasi harus dilandasi oleh dasar keilmuan keperawatan yang baik. Dengan demikian perawat harus mampu berfikir logis dan kritis dalam menalaah dan mengidentifikasi fenomena respon manusia. Banyak bentuk-bentuk pengetahuan dan keterampilan berfikir kritis harus dilakukan pada setiap situasi klien, antara lain menggunakan model-model keperawatan dalam proses keperawatan dan tiap model dapat digunakan dalam praktek keperawatan sesuai dengan kebutuhan. Dari beberapa model konsep, salah satu diantaranya adalah model konsep teori yang dinyatakan oleh Virginia Henderson (Mutiara & Anita, 2017).

Virginia Henderson adalah seseorang pendidik keperawatan terkenal dan penulis yang produktif, pada tahun 1937, Virginia Henderson dan lain-lain menciptakan kurikulum keperawatan dasar untuk *National League for Nursing* dimana pendidikan. Pada tahun 1939, Virginia Henderson merevisi buku teks klasik keperawatan Harmer untuk edisi ke empat dan kelima. O'Malley menyatakan bahwa Virginia Henderson dikenal sebagai ibu keperawatan modern. Karyanya mempengaruhi profesi keperawatan di Amerika dan diseluruh dunia (Rofii M, 2021).

Virginia Henderson memperkenalkan definisi keperawatan, ia menyatakan bahwa definisi keperawatan harus menyertakan prinsip kesetimbangan fisiologis,

yang ditinjau dari sisi fungsional. Menurutnya, tugas untuk perawat adalah untuk membantu individu, baik dalam keadaan sakit maupun sehat melalui upaya-upayanya melaksanakan berbagai aktifitas guna mendukung kesehatan dan penyembuhan individu atau proses meninggal dengan damai, yang dapat dilakukan secara mandiri oleh individu saat ia memiliki kesehatan, kemampuan, kemauan atau pengetahuan. Virginia Henderson mengembangkan sebuah model keperawatan yang dikenal dengan "*The Activites of Living*". Model tersebut menjelaskan bahwa tugas perawat adalah membantu individu dalam meningkatkan kemandirian secepat mungkin. Perawat menjalankan tugasnya secara mandiri dan tidak tergantung pada dokter. Akan tetapi, perawat tetap menyampaikan rencananya pada dokter sewaktu mengunjungi pasien (Budiono, 2015).

Konsep Teori Keperawatan

1. Pengertian

Menurut Virginia Henderson, perawatan adalah upaya membantu individu, baik sehat maupun sakit, untuk menggunakan kekuatan, keinginan dan pengetahuan yang dimiliki oleh individu, sehingga mereka mampu melakukan aktivitas sehari-hari yang penting bagi mereka, untuk sembuh dari sakit atau mati dengan tenang. Perawat memainkan peran penting dalam membantu pasien agar tidak terlalu bergantung pada bantuan orang lain secara tepat waktu (Alligood, 2017).Teori keperawatan adalah suatu pandangan atau pedoman yang diterapkan dalam keperawatan baik untuk pendidikan dan praktiknya. Dalam keperawatan banyak teori-teori yang dapat digunakan sebagai pedoman untuk menjalankan proses keperawatan. Teori keperawatan menguraikan dan menjelaskan berbagai fenomena dalam keperawatan, teori keperawatan mempunyai peran dalam membedakan keperawatan dengan disiplin ilmu dan bertujuan untuk menjelaskan, mengontrol, memperkirakan dan menggambarkan hasil asuhan keperawatan atau pelayanan

keperawatan yang dilakukan (Daryaswanti dkk, 2023).

2. Jenis atau Tingkatan Teori Keperawatan

Jenis atau tingkatan keperawatan terbagi menjadi dua yaitu berdasarkan fungsinya dan berdasarkan generalisasi isi dari teori keperawatan tersebut.

- a. Berdasarkan fungsinya, teori keperawatan dibagi menjadi deskriptif, eksplanatori, prediktif dan preskriptif. Deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi sikap dan cara kerja sebuah disiplin ilmu. Eksplanatori digunakan untuk mengetahui atau berhubungan dengan sebuah disiplin ilmu. Prediktif digunakan untuk menghitung hubungan sifat yang muncul dan bagaimana mereka bisa muncul. Preskriptif digunakan untuk mengidentifikasi kondisi dimana hubungan terjadi.
- b. Berdasarkan generalisasi isi teori, dibedakan menjadi empat tingkatan atau jenis yaitu *metatheory*, *grand theory*, *middle range theory* dan *practice theory*. *Metatheory* merupakan teori yang berisikan kumpulan teori, untuk mengidentifikasi fenomena yang terjadi melalui konsep teori yang abstrak. *Grand theory* merupakan teori yang digunakan untuk memberikan acuan kerangka kerja structural yang abstrak, ide, prinsip, utama dan disiplin ilmu yang bisa di identifikasikan. *Middle range theory* merupakan teori yang digunakan untuk praktik keperawatan dan menjelaskan tentang fenomena yang terjadi dalam praktik keperawatan dan populasi yang lebih spesifik. *Practice theory* digunakan untuk mengeksplorasikan suatu tindakan yang nyata dengan berfokus pada praktik klinis yang terbatas pada populasi tertentu dan situasi (Lestari & Ramadhaniyati, 2018).

3. Prinsip dan Praktek Keperawatan

Virginia Henderson tentang prinsip dan praktek keperawatan, Virginia Henderson percaya bahwa fungsi unik dari perawatan adalah untuk membantu individu, sakit atau sehat, dalam melakukan aktivitas yang berperan terhadap kesehatan atau kesembuhannya atau kematian dengan damai (Cahya dkk, 2023).

Menurut dalam buku Beo dkk (2022) prinsip-prinsip etik dalam praktek keperawatan terdiri dari enam yaitu:

a. Otonomi

Otomomi merupakan kebebasan individu terhadap dirinya. Istilah otonomi akan menandakan keunikan individu. Otonomi ini membuatnya lebih berguna secara analitis dengan kemandirian. Ototnomi menandakan struktur karakter yang terlihat dan tidak dapat disangkal.

b. Berbuat baik (*Beneficience*)

Berbuat baik (*Beneficience*) adalah standar bioetika yang paling umum sebagai standar tindakan prinsip etik keperawatan. Perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk mencegah dari kesehatan intervensi dan tindakan keperawatan, meminimalkan bahaya dan melakukan edukasi kepada pasien

c. Tidak merugikan (*Nanmaleficience*)

Tidak merugikan (*Nanmaleficience*) dalam praktik keperawatan mengharuskan perawat memilih intervensi yang dapat bermanfaat tanpa menyebabkan kerugian.

d. Keadilan (*Justice*)

Keadilan (*Justice*) merupakan prinsip etik yang ini berkaitan dengan kesejahteraan dan keadilan. Keadilan berarti tidak memihak dan adil.

Keadilan dalam etik keperawatan menyiratkan bahwa pasien memiliki hak atas perlakuan yang adil dan tidak memihak.

e. Kejujuran (*Veracity*)

Kejujuran (*Veracity*) adalah salah satu prinsip etika dan moral masyarakat. Ketika perawat mempraktikkan kejujuran, mereka menunjukkan rasa hormat terhadap pasien mereka untuk diperlukan sama dan adil.

f. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan (*Confidentiality*) atau privasi adalah bahwa tidak ada informasi yang dapat dibagikan oleh perawat tentang pasien kecuali jika ada persetujuan untuk melakukannya.

4. Komponen Teori Keperawatan kebutuhan Dasar

Berikut ini 14 kebutuhan dasar yang dibutuhkan pasien selama proses perawatan yang dapat menjadi rujukan perawat berdasarkan model keperawatan Virginia Henderson :

- a. Bernafas dengan normal.
- b. Makan dan minum dengan adekuat.
- c. Mampu melakukan eliminasi dengan teratur.
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e. Istirahat tidur.
- f. Menggunakan pakaian yang nyaman, membuka dan memakai pakaian.
- g. Menjaga suhu tubuh dengan rentang normal dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan.
- h. Menjaga tubuh tetap bersih, terawat dan melindungi kulit dari kerusakan.
- i. Menghindari lingkungan yang berbahaya dan menghindari trauma.

- j. Melakukan komunikasi dengan orang lain dan mampu mengekspresikan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran dan pendapat.
 - k. Melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan dan moral.
 - l. Bekerja dan menghasilkan suatu karya atau prestasi.
 - m. Melakukan aktivitas bermain dan relaksasi.
 - n. Mempelajari, menggali dan memprioritaskan kepuasan terhadap fasilitas kesehatan (Lestari & Ramadhaniyati, 2018).
5. Konsep Utama Paradigma Teori Keperawatan

Konsep utama paradigm teori keperawatan Virginia Henderson dalam Lestari & Ramadhaniyati (2018) yaitu :

a. Manusia

Virginia Henderson melihat individu sebagai pasien yang tersusun atas komponen biologi, psikologi, sosiologi dan spiritual yang tidak terpisahkan. Manusia atau individu juga dianggap sebagai seseorang yang membutuhkan bantuan untuk mencapai kemandirian yang terdiri dari 14 macam kebutuhan dasar dalam asuhan keperawatan. Pasien dan keluarganya diposisikan sebagai sebuah unit yang membutuhkan bantuan asuhan keperawatan.

b. Lingkungan

Lingkungan menurut Virginia Henderson merupakan sekumpulan agregat eksternal yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme. Virginia Henderson meyakini bahwa lingkungan memiliki komposisi biologi, fisik dan perilaku. Komposisi biologi lingkungan terdiri dari kumpulan makhluk hidup (tanaman, hewan dan mikroorganisme).

Komposisi fisik meliputi lingkungan sekitar yaitu cahaya matahari, oksigen, karbondioksida, komponen organik dan nutrisi yang membutuhkan tanaman. Komposisi biologis dan fisik ini bekerjasama untuk mengatur keseimbangan ekosistem. Komponen perilaku terdiri dari interaksi sosial, ekonomi, aspek legal, politik dan system keagamaan yang berdampak pada status kesehatan manusia.

c. Kesehatan

Virginia Henderson tidak mendefinisikan kesehatan secara eksplisit, dirinya hanya mengungkapkan jika kesehatan memiliki hubungan dalam meningkatkan atau mempengaruhi kepuasan dan kemandirian pada pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

d. Keperawatan

Keperawatan menurut Virginia Henderson adalah sebuah seni yang menekankan pada sisi empati sebagai seorang perawat. Perawat dengan peran yang unik karena tidak hanya membantu atau mengkaji individu yang sakit, tetapi juga membantu atau mengkaji individu yang sehat, berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan dan mengantarkan pasien menuju kematian yang damai. Virginia Henderson juga memandang bahwa seorang perawat bertugas memberikan kekuatan, keyakinan dan pengetahuan untuk membantu proses penyembuhan pasien.

Daftar Pustaka

- Alligood. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*, 8th edn. Singapore : Elsevier.
- Budiono. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Kementrian Kesehatan republic Indonesia.
- Cahya dkk. (2023). *Konsep Dasar Keperawatan*. Banten : PT Sada Kurnia Pustaka.
- Daryaswanti dkk. (2023). *Teori dalam Keperawatan*. Jambi : PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Mutiara & Anita. (2017). *Aplikasi Teori Keperawatan Nola J Pender pada An. R dalam Asuhan keperawatan dengan Masalah Skabies di Puskesmas Jembatan Kecil*.
- Rofii M. (2021). *Teori dan Falsafah Keperawatan*. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Profil Penulis



Emitra fatriona, S.Kep., Ns., M.Kep,

lahir di Tanjung Bonai, 21 Januari 1986. Jenjang Pendidikan ditempuh mulai di Akper Perintis Bukittinggi lulus tahun 2008 dan langsung melanjutkan Sarjana Keperawatan (S1) dan Profesi Ners di Stikes Perintis lulus bulan April tahun 2011. Pada bulan November 2011 mulai menjadi dosen di Akper Bina Insani Sakti Sungai Penuh, hingga sampai saat sekarang ini. Pada tahun 2014 penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan (S2) di Universitas Andalas Padang (UNAND) mengambil konsentrasi Keperawatan Jiwa , selama kuliah penulis izin belajar dan berstatus sebagai dosen tetap di Akper Bina Insani Sakti dan lulus tahun 2016, dan kembali bertugas sebagai dosen di Akper Bina Insani Sakti Sungai Penuh. Saat ini Penulis menjabat sebagai Ketua Lembaga Penjaminan Mutu Internal (LPMI). Dalam mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis pun aktif dalam melaksanakan Tri Dharma perguruan tinggi, Mulai dari pengajaran , Penelitian dan Pengabdian masyarakat. Belberapa pelnelliitilan yang telah dillakukan dildanail oleh ilntelrnal pelrguruan tilnggil. Selain itu, penulis juga aktif sebagai Anggota HIPGABI (Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia) dan Anggota PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia). Email Penulis :fatrionanaila@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN FAYE GLENNY ABDELLAH PENDEKATAN PADA PASIEN DALAM KEPERAWATAN

Dr. Pipit Festi Wiliyanarti, S.Kep., Ns. M.Kes

Universitas Muhammadiyah, Surabaya

Biografi

Faye Glenn Abdellah, RN, Ed.D., Sc.D., FAAN, RADM (Purn), USPHS. Tokoh teori Keperawatan Faye Glenn Abdellah ini lahir pada tanggal 13 Maret 1919, di New York City. Riwayat studi Faye Glenn Abdellah dimulai Pada tahun 1942, beliau memperoleh ijazah keperawatan dan Magna Cum Laude dari sebuah sekolah yaitu Fitkin Memorial Hospital School of Nursing New Jersey (sekarang Ann Mei School of Nursing. Ia menerima gelar B.S. pada tahun 1945, gelar M.A pada 1947 dan Ed.D., dari Techers College, di Columbia University pada tahun 1955. Kemudian beliau melanjutkan pendidikan lanjutannya. Beliau lebih memilih untuk menjadi dokter. Namun, seperti yang beliau sampaikan dalam sebuah wawancara dengan perawat tentang dirinya bahwa Beliau ini menyampaikan "Aku tidak pernah ingin menjadi MD karena aku terbiasa melakukan semua yang ingin saya lakukan di keperawatan, yang merupakan profesi yang peduli." (Tomey & Alligood, 2006). Dr. Abdellah melayani selama 40 tahun di U.S. Public Health Service (USPHS).

Pada tahun 1981 beliau menjabat deputi ahli bedah umum pada sebuah Rumah Sakit. Abdellah juga menjabat sebagai Kepala keperawatan U.S. Public Health Service (USPHS) dan Department of Health and Human Services, Washington, DC. Tahun 1993, beliau menjabat Dekan di Newly Formed Graduate School of Nursing, Uniformed Services University of Health Sciences. Abdellah menerbitkan lebih dari 140 publikasi ilmiah terkait keperawatan, pendidikan untuk praktisi lanjutan keperawatan, administrasi kesehatan, dan riset keperawatan. Beberapa diantaranya diterjemahkan dalam enam bahasa (George, 2008). Diketahui bahwa Beliau mendapat 11 gelar Doktor kehormatan dari berbagai institusi. Beberapa diantaranya adalah Case Western Reserve, Rutgers, University of Akron, Catholic University of America, Eastern University, and Monmouth College. Gelar kehormatan ini didapatkan oleh beliau dari pengabdiannya di riset keperawatan, pengembangan pelatihan pertama perawat peneliti, ahli dalam kebijakan kesehatan, dan kontribusinya dalam pengembangan kesehatan negara. (George, 2008). Aktifitas Abdellah dalam dunia Internasional meliputi anggota delegasi USSR, Yugoslavia, Perancis, dan RRC; Koordinator Proyek Riset Kedokteran dan Kesehatan Argentina; Konsultan Program pengembangan anak cacat dan lansia di Portugis; Riset keperawatan dan Perawatan Jangka Panjang di Tel Aviv University; Asosiasi Keperawatan Jepang dalam Riset dan Pendidikan Keperawatan; Riset, Pendidikan Keperawatan, dan Home care Nursing di Australia dan New Zealand; dan sebagai konsultan Riset WHO (George, 2008). Tahun 1960, Abdellah berkeinginan untuk mempromosikan keperawatan komprehensif yang berpusat pada klien. Abdellah menggambarkan keperawatan sebagai layanan pada individu, keluarga dan masyarakat. Mengakui pengaruh Henderson, maka diperluas menjadi 21 masalah keperawatan yang ia percaya akan berfungsi sebagai dasar pengetahuan untuk pengembangan teori keperawatan. (Tomey & Alligood, 2006)

Konsep Teori Keperawatan Faye Glenn Abdellah.

George (2008) menjelaskan, Dr. Abdellah mendefinisikan keperawatan sebagai pelayanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Pelayanan ini sebagai pelayanan komprehensif, yang meliputi:

1. Menyadari masalah keperawatan pasien.
2. Menentukan tindakan yang tepat untuk merawat pasien sesuai prinsip-prinsip keperawatan yang relevan.
3. Memberikan perawatan yang berkelanjutan kepada individu dengan tingkat ketergantungan total.
4. Memberikan perawatan yang berlanjut untuk menghilangkan nyeri dan ketidaknyamanan dan memberikan rasa keamanan kepada individu.
5. Mengatur rencana perawatan menyeluruh untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien.
6. Membantu individu untuk menyadari kebutuhan kesehatan dirinya dan mengarahkan dalam mencapai kesehatan fisik dan psikis.
7. Mengarahkan petugas keperawatan dan keluarga untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri sesuai dengan keterbatasannya.
8. Membantu individu untuk menyesuaikan diri dengan keterbatasan dan masalah psikisnya.
9. Bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dalam merencanakan peningkatan derajat kesehatan yang optimal pada tingkat lokal, daerah, nasional dan internasional.
10. Melakukan tahapan evaluasi dan penelitian yang berkelanjutan untuk meningkatkan keahlian dalam tindakan keperawatan dan untuk mengembangkan tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien, untuk memenuhi semua kebutuhan kesehatan masyarakat.

Pada tahun 1973, point ke-3 “Memberikan perawatan yang berkelanjutan kepada individu dengan tingkat ketergantungan total.” Dihilangkan.

Konsep teori Abdellah dikenal sebagai 21 Tipologi masalah keperawatan, yaitu:

1. Mempertahankan kebersihan dan kenyamanan fisik yang baik.
2. Mempertahankan aktivitas, latihan fisik, dan tidur yang optimal.
3. Mencegah terjadinya kecelakaan, cedera, atau trauma lain dan mencegah meluasnya terjadinya infeksi.
4. Mempertahankan mekanika tubuh yang baik serta mencegah dan memperbaiki deformitas.
5. Memfasilitasi masukkan oksigen keseluruh sel tubuh .
6. Mempertahankan nutrisi untuk seluruh sel tubuh.
7. Mempertahankan eliminasi.
8. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit .
9. Mengenali respon-respon fisiologis tubuh terhadap kondisi penyakit patologis fisiologis dan kompesansi.
10. Mempertahankan mekanisme dan fungsi regulasi.
11. Mempertahankan fungsi sensorik.
12. Mengidentifikasi dan menerima ekspresi, kondisi perasaan, serta reaksi positif dan negatif.
13. Mengidentifikasi dan menerima adanya hubungan timbale balik antara emosi dan penyakit organik.
14. Mempertahankan komunikasi verbal dan non verbal.
15. Memfasilitasi perkembangan hubungan interpersonal yang produktif.
16. Memfasilitasi pencapaian tujuan spiritual personal yang progresif.

17. Menghasilkan dan/atau mempertahankan lingkungan yang terapeutik.
18. Memfasilitasi kesadaran diri sendiri sebagai individu yang memiliki kebutuhan fisik, emosi, dan perkembangan yang berbeda.
19. Menerima tujuan optimal yang dapat dicapai sehubungan dengan keterbatasan fisik dan emosional.
20. Menggunakan sumber-sumber di komunitas sebagai sumber bantuan dalam mengatasi masalah yang muncul akibat dari penyakit.
21. Memahami peran dari masalah sosial sebagai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kondisi dalam munculnya suatu penyakit. (Tomey & Alligood, 2006).

Tiga konsep teori keperawatan Abdellah dalam Tomey and Alligood (2006) adalah:

1. Keperawatan

Keperawatan adalah suatu pelayanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Perawatan didasarkan pada seni dan ilmu pengetahuan yang menyiapkan perawat dengan sikap, kompetensi intelektual, dan keterampilan teknis yang siap membantu orang sakit maupun sehat untuk memenuhi kebutuhannya dengan penuh keinginan dan kemampuan.

2. Masalah keperawatan

Abdellah mendefinisikan masalah keperawatan dalam tiga konsep, yaitu kebutuhan pasien secara fisik, sosiologis, dan emosional; jenis hubungan interpersonal antara perawat dan pasien; unsur umum perawatan pasien.

3. Pemecahan Masalah

Pemecahan masalah keperawatan merupakan proses mengidentifikasi, menginterpretasikan, menganalisa, dan memilih tindakan yang tepat untuk

menyelesaikan masalah. Salah satu proses ini adalah menentukan diagnosa keperawatan.

Paradigma Keperawatan Berdasar Teori Abdellah.

Tomey and Alligood (2006) membahas asumsi utama teori Abdellah sebagai berikut:

1. Keperawatan

Keperawatan merupakan profesi pelayanan yang membantu individu, keluarga dan kelompok atau memberikan informasi untuk memenuhi kebutuhan dasar, meningkatkan atau memulihkan kemandirian atau mengurangi kecacatan dengan menggunakan strategi keperawatan yang merupakan suatu cara berdasarkan pola pemecahan masalah. Pemenuhan kebutuhan asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah klien sangat menjadi focus utama. Keperawatan telah hadir dengan memberikan pelayanan yang professional dan memberikan edukasi agar klien dapat secara mandiri mengatasi masalah kesehatan namun tetap memperhatikan kondisi Bio, Psiko social dan spiritual.

2. Individu

Individu merupakan seseorang yang mempunyai kebutuhan dasar fisik, emosi, dan sosial. Kemandirian dan kesadaran diri individu untuk memenuhi kebutuhannya merupakan fokus dari teori Abdellah. Dalam teori ini ditekankan bahwa setiap kebutuhan manusia yang sangat mendasar yaitu Bio, Psiko dan social diharapkan dapat menghadirkan kesadaran diri seseorang, untuk menjadi lebih mandiri.

3. Kesehatan

Pada pendekatan keperawatan berpusat pada pasien, kesehatan merupakan keadaan dimana terpenuhinya semua kebutuhan dasar dan tidak adanya kecacatan.

4. Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud disini merupakan membuat atau menyediakan lingkungan terapeutik. Yang termasuk lingkungan adalah rumah dan komunitas dimana pasien berasal.

Penerapan Teori Keperawatan Abdellah

1. Pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan adalah tindakan keperawatan yang dilaksanakan untuk mengatasi masalah klien, keluarga dan kelompok masyarakat. Berdasarkan Teori 21 tipologi masalah keperawatan Abdellah membantu perawat untuk melakukan proses keperawatan secara sistematis. Ini membantu perawat dalam memahami alasan tindakan yang dilakukan. Perawat menggunakan teori ini sebagai dasar melakukan pengkajian, membuat diagnosa keperawatan, dan rencana keperawatan sebagai cara untuk mengatasi masalah pasien berdasar keperawatan yang berpusat pada pasien (Tomey & Alligood, 2006). Penerapan teori Abdellah dalam praktek keperawatan sangat dikaitkan dengan pengaruh yang kuat dengan pendekatan berpusat pada pasien yang berfokus pada pemecahan masalah pasien. Proses pemecahan masalah Abdellah meliputi identifikasi masalah, memilih data yang relevan, merumuskan hipotesis melalui pengumpulan data, dan merevisi hipotesis berdasarkan kesimpulan yang diperoleh dari data paralel langkah-langkah dari proses keperawatan penilaian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Abdellah & Levine, 1986; George, 2008). Pada akhirnya, teori Abdellah membantu perawat berlatih mengatur administrasi proses keperawatan, strategi keperawatan dan menyediakan basis ilmiah untuk membuat keputusan. Sebagai doktor yang aktif terlibat pada keperawatan dan perawatan kesehatan internasional, Abdellah memberikan kepercayaan untuk penggunaan model

dan menganjurkan menerapkan pengetahuan baru untuk meningkatkan pelayanan keperawatan.

2. Pendidikan keperawatan

Teori dan konsep Abdellah ini dikembangkan di tahun 1950 dan merupakan kondisi klinis yang komprehensif untuk mahasiswa keperawatan, dengan menyediakan struktur kurikulum pendidikan keperawatan. Pendekatan berpusat pada pasien merupakan dasar yang digunakan pada saat itu untuk model keperawatan. Teori Abdellah merupakan teori yang paling berpengaruh dibanding teori lainnya. Teori ini digunakan untuk merubah pola pengajaran berbasis medik ke pendekatan berpusat kepada pasien untuk pendidikan keperawatan (Tomey & Alligood, 2006)

3. Riset keperawatan

Pada Teori 21 tipologi masalah keperawatan Abdellah merupakan teori yang berbasis riset. Hal ini menjadi sangat memungkinkan untuk dilanjutkan dengan riset lainnya. Abdellah sangat percaya bahwa gagasan penelitian keperawatan akan menjadi faktor kunci dalam membantu perawatan muncul sebagai profesi yang benar. Penelitian ekstensif dilakukan tentang kebutuhan pasien dan masalahnya telah menjadi landasan untuk pengembangan dari apa yang sekarang dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Teori Abdellah melahirkan penelitian keperawatan dalam mengembangkan model keperawatan untuk merencanakan pola staff keperawatan di klinik. Pola staff ini yaitu unit perawatan intensif, unit perawatan intermediate, unit perawatan jangka panjang, unit perawatan mandiri dan unit perawatan home care. Dengan mengelompokkan pasien sesuai kesamaan kebutuhan, selain dengan kesamaan diagnosis keperawatannya, pelayanan keperawatan akan dapat memenuhi kebutuhan pasien dengan baik (Tomey & Alligood, 2006)

Penerapan Teori Abdellah pada Kasus Klien dengan Masalah Dengan *Ca Mammæ* yang Menjalani Kemoterapi

Kanker payudara merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia. Pada negara berkembang dan di negara maju, penyebab yang dikatakan paling sering dengan pertambahan kasus penderita kanker payudara adalah perubahan pola hidup di mana lebih ke arah urbanisasi dan ke baratan (Aizer et al., 2013). Efek kemoterapi pada penyakit kanker membuat pasien merasa lebih nyaman karena perubahan yang lebih baik pada keluhan-keluhan fisik yang sebelumnya telah dialami (Antari et al., 2023). Pengobatan kemoterapi memiliki efek samping secara fisik dan psikologis, menurut (Purwati et al., 2016) efek samping kemoterapi secara fisik yaitu mual, rambut rontok (alopecia), alergi, pansitopenia, masalah kulit, fatigue atau kelelahan, risiko pada organ seksual dan saraf, diare dan mulut kering. Dampak dari pemberian kemoterapi tersebut, pasien akan mengalami beberapa efek samping seperti mual, muntah, alopesia (Sigorski et al., 2020). Berdasarkan hasil penelitian (Wiliyanarti, 2021) menyatakan bahwa klien *Ca* payudara mengalami penurunan kualitas hidup. Penurunan kualitas hidup ini menjadi suatu perhatian karena dampaknya sangat besar pada klien dan keluarga. Dampak fisik dan mental yang terjadi pada klien tersebut akan menimbulkan kecemasan pada pasien. Apabila kecemasan ini berlanjut, maka akan menimbulkan beberapa dampak antara lain depresi dan penurunan kualitas hidup pasien kanker payudara (Setyani et al., 2020)

Pasien kanker payudara yang mengalami kecemasan dapat berakibat buruk terhadap proses kemoterapi yang dijalani serta rehabilitasi secara psikologis dan medis, kecemasan ini juga dapat menyebabkan pasien menghentikan proses pengobatan kemoterapinya (Oetami, 2014; dikutip Pratiwi et al., 2017). Efek kecemasan pada pasien kanker payudara meliputi bisa meningkatkan rasa nyeri, mengganggu kemampuan tidur, meningkatkan mual dan muntah sebelum

kemoterapi juga terganggunya kualitas hidup diri sendiri (Abdurrahman et al., 2020). Berdasarkan deskriptif kasus Pasien dengan Kemoterapi maka dapat dijelaskan asuhan keperawatan menurut Teori Keperawatan Faye Glenn Abdellah dapat dijelaskan bahwa pemberian perawatan bersifat perawatan secara komprehensif, sistematis dan berdasarkan pada proses keperawatan. Pemberian perawatan komprehensif ini mencakup biopsikososio kultural spiritual meliputi perawatan luka kanker, pemberian PMT Paliatif, pendampingan psikologis oleh psikolog, pendampingan oleh relawan paliatif dan pendampingan spiritual oleh tokoh agama (Fadillah & Sanghati, 2023). Perawat berdasarkan teori ini diharapkan mampu menggunakan sumber-sumber di komunitas sebagai sumber bantuan dalam mengatasi masalah yang muncul akibat dari penyakit (Abdellah & Levine, 1994). Kondisi klien Ca Mamae yang mengalami kemoterapi mengalami berbagai masalah keperawatan, tentunya membutuhkan perawatan yang lebih komprehensif. Di dapatkan kejadian depresi pada beberapa klien dengan Ca Mamae ini oleh karena klien dan keluarga kurang mendapatkan informasi dan ketidakmampuan keluarga dalam mengakses pelayanan kesehatan yang baik.

Daftar pustaka

- Abdellah, f. G., & levine, e. (1994). Preparing nursing research for the 21 century: evolution, methodologies, challenges. Springer publishing.
- Abdurrahman, n. F., murdiana, s., & ridfah, a. (2020). Intervensi menulis ekspresif untuk menurunkan kecemasan menjalani kemoterapi pada pasien penderita kanker payudara. *Humanitas (jurnal psikologi)*, 4(1), 43–60. <https://doi.org/https://doi.org/10.28932/humanitas.v4i1.2403>
- Aizer, a. A., chen, m.-h., mccarthy, e. P., mendu, m. L., koo, s., wilhite, t. J., graham, p. L., choueir, t. K., hoffman, k. E., martin, n. E., hu, j. C., & nguyen, p. L. (2013). Marital status and survival in patients with cancer. *Journal of clinical oncology*, 31(31). <https://doi.org/10.1200/jco.2013.49.6489>
- Antari, n. K. W., jayanti, d. M. A. D., & sanjiwani, a. A. S. (2023). Hubungan resiliensi dengan tingkat kecemasan pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi. *Jurnal keperawatan jiwa: persatuan perawat nasional indonesia*, 11(2). <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/jkj/article/view/10011>
- Fadillah, f., & sanghati, s. (2023). Tingkat kecemasan pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dimasa pandemi covid-19. *Jurnal ilmiah kesehatan sandi husada*, 12(1), 136–142. <https://doi.org/https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i1.914>
- Pratiwi, s. R., widiанти, e., & solehati, t. (2017). Gambaran faktor-faktor yang berhubungan dengan kecemasan pasien kanker payudara dalam menjalani kemoterapi. *Jurnal pendidikan keperawatan indonesia*, 3(2), 167. <https://doi.org/10.17509/jpki.v3i2.9422>

- Purwati, p., ma'rifah, a. R., & maryati, s. (2016). Hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien kanker payudara di ruang bougenvil rsud prof. Dr. Margono soekarjo purwokerto. *Bhamada : jurnal ilmu dan teknologi kesehatan*, 7(1). <https://ojs.stikesbhamadaslawi.ac.id/index.php/jik/article/view/66>
- Setyani, f. A. R., bunga, b. D., & milliani, c. D. (2020). Tingkat kecemasan pasien kanker payudara yang mendapatkan kemoterapi. *Carolus journal of nursing*, 2(2), 170–176. <https://doi.org/https://doi.org/10.37480/cjon.v2i2.44>
- Sigorski, d., sobczuk, p., osmola, m., kuc, k., walerzak, a., wilk, m., ciszewski, t., kopec, s., hryn, k., rutkowski, p., stec, r., szczylik, c., & bodnar, l. (2020). Impact of covid-19 on anxiety levels among patients with cancer actively treated with systemic therapy. *Esmo open : science for optimal cancer care*, 5(5). <https://doi.org/https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-000970>
- Wiliyanarti, p. F. (2021). *Kualitas hidup pasien kanker payudara*. Umsurabaya publishing.

Profil Penulis



Dr. Pipit Festi Wiliyanarti, Skep.Ns .M.kes.

Penulis lahir di kota Lumajang, 29 Desember 1974, Pendidikan yang dilalui DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya lulus tahun 1997, Selanjutnya meneruskan pada Jenjang S1 Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga, Lulus pada tahun 2000, Pendidikan S2 ditempuh di Pasca sarjana di Universitas Airlangga Lulus pada tahun 2010. Pada tahun 2016 penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan dan profesi di Stikes Husada Jombang. Pada tahun 2013 penulis meneruskan pada program Doktorat Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga selanjutnya lulus tahun 2017. Penulis Bekerja di Universitas Muhammadiyah Surabaya program studi Vokasi Keperawatan sejak tahun 1998 sampai saat ini. Aktifitas lain selain sebagai pengajar yang ditekuni adalah penulis aktif sebagai tiem review dan editor jurnal di jurnal nasional dan internasional.

Email Penulis: pipitfestiwiliyanarti@um-surabaya.ac.i

TEORI KEPERAWATAN PATRICIA BENNER ETIKA DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Agustina Boru Gultom, SKp, M. Kes

Poltekkes Kemenkes Medan

Pendahuluan

Teori Patricia Benner berkaitan dengan etika dalam praktik keperawatan. Benner berpendapat bahwa praktik caring atau kepedulian dijiwai dengan adanya pengetahuan dan keterampilan tentang kebutuhan manusia sehari-hari. Kemudian, agar dapat praktik keperawatan dialami perawat sebagai suatu kepedulian atau caring, maka praktik itu harus diselaraskan kepada pasien tertentu yang sedang dirawat dan situasi tertentu yang terjadi. Filosofi Benner tentang etika dalam praktik keperawatan adalah perspektif holistik yang dinamis dan muncul dengan menganggap filsafat, praktik, penelitian, dan teori sebagai sesuatu yang saling bergantung, saling terkait, dan hermeneutika atau berdasarkan penafsiran. Teori Benner mengenai etika dalam praktik keperawatan menyatakan bahwa perawat dalam praktik keperawatan dimotivasi untuk mewujudkan praktik caring dalam memenuhi kebutuhan, menghibur, dan memberdayakan pasien atau orang yang rentan.

Riwayat Hidup

Patricia Benner lahir di Hampton, Virginia, dan menghabiskan waktu masa kecilnya di California, dan mendapatkan pendidikan profesionalnya. Dia memperoleh gelar sarjana muda dibidang seni keperawatan dari Pasadena College pada tahun 1964. Pada tahun 1970, Dia memperoleh gelar master keperawatan dengan jurusan kekhususan dalam keperawatan medis-bedah, dari Sekolah Keperawatan Universitas California, San Francisco (UCSF). Gelar PhD yang diperolehnya adalah dalam bidang stress, koping, dan kesehatan dianugerahkan kepadanya pada tahun 1982 di Universitas California, Berkeley, dan disertasinya diterbitkan pada tahun 1984. Benner memiliki berbagai pengalaman klinis, termasuk bedah medis akut, perawatan kritis, dan perawatan kesehatan di rumah. Benner memulai karirnya sebagai peneliti perawat pasca sarjana di Sekolah Keperawatan UCSF. Setelah menyelesaikan gelar doktornya pada tahun 1982, Benner menjadi asosiasi profesor di Departemen Keperawatan Fisiologis di UCSF dan kemudian menjadi profesor tetap pada tahun 1989. Pada tahun 2002 dia pindah ke Departemen Ilmu Sosial dan Perilaku di UCSF, sebagai pejabat pertama di Thelma Shobe Cook dan dianugerahi sebagai ketua dalam bidang etika dan spiritualitas. Dia mengajar di tingkat doktoral dan bertugas di tiga sampai empat komite disertasi per tahun. Benner pensiun dari mengajar penuh waktu pada tahun 2008 sebagai profesor emerita dari UCSF, tetapi dilanjutkan dengan presentasi, konsultasi, dan profesor tamu serta proyek penulisan dan penelitian. Dia juga sebagai pendidik perawat dan bekerja sama dengan rekannya dalam melanjutkan pengembangan pembelajaran dan lain-lain (Karen A. Brykczynski, 2018).



Benner banyak menerbitkan buku dan menerima berbagai penghargaan, diantaranya adalah pelantikan pada Perkumpulan Perawat Denmark sebagai Penerima Kehormatan Anggota dan Buku Internasional Sigma Theta Tau, mendapat penghargaan American Journal of

Nursing Book of the Year untuk kategori *From Novice to Expert: Excellence* dan *Power in Clinical Nursing Practice* (1984), Keutamaan Caring: Stres dan Mengatasi Kesehatan dan Penyakit (1989, bersama Wrubel), Keahlian dalam Praktek Keperawatan: Caring, Penilaian Klinis, dan Etika (1996, bersama Tanner dan Chesla), Kebijakan Klinis dan Intervensi dalam Perawatan Kritis: Pendekatan Berpikir dalam Tindakan (1999, bersama Hooper-Kyriakidis & Stannard), dan edisi kedua *Clinical Wisdom* (2011), Krisis Perawatan: Penegasan dan Pemulihan Praktik Caring dalam Profesi Sebagai Penolong (1994), yang diedit oleh Susan S. Phillips dan Patricia Benner, dima terpilih untuk daftar pilihan Buku Akademik Berprestasi pada tahun 1995. Buku Benner dan beberapa artikelnya telah diterjemahkan ke dalam 10 bahasa di dunia. Benner juga banyak mendapatkan penghargaan mengenai kepemimpinan seperti pada tahun 1985, dia dilantik menjadi Perawat Akademik di Amerika, mendapatkan Liga Nasional untuk penghargaan Linda Richards mengenai kepemimpinan di bidang pendidikan keperawatan pada tahun 1989, dan Liga Nasional kedua untuk Keperawatan (NLN) mengenai penghargaan keunggulan dalam kepemimpinan untuk pendidikan keperawatan dan penghargaan presiden NLN untuk kreativitas dan inovasi pendidikan keperawatan pada tahun 2010. Benner juga mendapatkan beberapa penghargaan dalam bidang penelitian seperti keunggulan dalam penelitian keperawatan pada tahun 1990, menerima penghargaan kuliah penelitian Helen Nahm dari fakultas di UCSF atas kontribusinya terhadap keperawatan sains dan penelitian, kontribusi luar biasa terhadap profesi dari Dewan Nasional Dewan Keperawatan Negara untuk mengembangkan instrumen, taxonomy of error, root cause and practice (TERCAP), yang merupakan alat pengumpulan data elektronik yang digunakan untuk menangkap sumber dan sifat kesalahan keperawatan pada tahun 2002.

Pada tahun 2002, Institusi Kepemimpinan Pelayanan Kesehatan Keperawatan memperingati dan memberikan penghargaan kepada Benner karena dampak buku yang

telah diciptakannya pada tahun 1984 selama 20 tahun ini yaitu dari pemula (novice) hingga ahli (expert). Benner juga pernah menerima award dari Perintis Asosiasi Perawat Perawatan Kritis Amerika Spirit pada Mei 2004 atas karyanya dalam perolehan keterampilan dan mengartikulasikan pengetahuan keperawatan dalam perawatan kritis. Pada tahun 2007, dia mendapatkan penghargaan penelitian sebagai Orang Amerika Yang Unggul Dalam Organisasi Perawat Eksekutif (AONE), yang terpilih di Sekolah Keperawatan UCSF Centennial Wall of Fame. Benner menduduki peringkat keempat menjadi perawat paling berpengaruh dalam 60 tahun terakhir menurut pembaca jurnal Nursing Standard di Inggris pada tahun 2008. Benner juga adalah seorang profesor tamu di Universitas Pennsylvania School of Nursing pada tahun 2009 dan Seattle University School of Nursing pada tahun 2013. Bersama suami dan rekannya, Richard Benner, Patricia Benner melakukan konsultasi di seluruh dunia mengenai pengembangan model praktik klinis.

Sumber Filosofi

Pemikiran Benner dalam bidang keperawatan sangat dipengaruhi oleh Virginia Henderson. Dia berpendapat bahwa pengetahuan bertambah seiring berjalannya waktu dalam suatu disiplin praktik dan dikembangkan melalui pembelajaran berdasarkan pengalaman, dasar pemikiran, dan refleksi pada praktik khususnya situasi latihan. Dia menyebut karya itu merupakan artikulasi penelitian, yang diartikan sebagai: “menggambarkan, mengilustrasikan, dan memberi bahasa ke bidang kebijaksanaan praktis, pengetahuan yang terampil, dan gagasan tentang praktik yang baik yang dianggap sepele. Perbedaan filosofis pertama yang dibuat Benner adalah membedakan antara pengetahuan praktis dan teoritis. Dia menyatakan bahwa pengembangan pengetahuan dalam disiplin praktik mengandung perluasan pengetahuan praktis (know-how) melalui penyelidikan ilmiah berbasis teori dan melalui pemetaan 'pengetahuan' yang ada yang dikembangkan melalui pengalaman klinis dalam praktik disiplin itu. Benner

berasumsi bahwa dengan mempelajari praktik, perawat mengungkap pengetahuan baru. Perawat harus berkembang dengan basis pengetahuan praktik (know-how), dan melalui penyelidikan dan pengamatan, mulai mencatat dan mengembangkan pengetahuan keahlian klinis. Idealnya, perawat perlu berlatih dan berdialog dengan teori untuk menciptakan kemungkinan-kemungkinan baru. Sehingga, teori diturunkan dari praktek, dan praktek diperluas dengan teori. Benner menggambarkan lima tingkatan perolehan dan pengembangan keterampilan: (1) pemula, (2) lanjutan pemula, (3) kompeten, (4) mahir, dan (5) ahli.

Tingkat kinerja bukanlah karakteristik individu dari seorang pelaku individu, namun merupakan fungsi dari suatu tindakan dengan mengingat kedekatan perawat dengan situasi tertentu yang dikombinasikan dengan latar belakang pendidikannya. Dia menyatakan perolehan keterampilan berbasis pengalaman akan lebih aman dan lebih cepat jika dilakukan dengan tenang atas dasar pendidikan yang baik. Benner mendefinisikan keterampilan dan praktik terampil sebagai penerapan intervensi keperawatan terampil dan keterampilan penilaian klinis dalam situasi klinis aktual. Hal ini tidak mengacu pada keterampilan psikomotorik bebas konteks atau kemampuan atau ketrampilan lain yang dapat dibuktikan di luar konteks praktik keperawatan. Keterampilan perawat diperoleh melalui pengalaman merawat dan keahlian berkembang melalui kesadaran persepsi perawat ketika perawat mengambil keputusan dari suatu situasi yang mengarahkan mereka untuk mengikuti firasat saat mencari bukti untuk mengkonfirmasi perubahan yang hampir tidak kentara yang mereka amati dari pasien. Benner berpendapat bahwa kapasitas intelektual dan reflektif perawat bergantung pada pengetahuan yang diwujudkan.

Pendekatan Benner terhadap pengembangan pengetahuan perawat yang dimulai dengan *From Novice to Expert* (1984) memulai tradisi hidup perawat yang berkembang untuk belajar dari praktik keperawatan klinis melalui pengumpulan dan penafsiran. Benner

menyatakan bahwa pemberian perawatan kepada pasien atau keluarga yang efektif memerlukan perhatian dan dukungan timbal balik secara kolektif terhadap praktik baik yang tertanam dalam komunitas moral para praktisi perawat dalam upaya menciptakan dan mempertahankan praktik yang baik. Visi praktik Benner adalah diambil dari tradisi Aristotelian dalam etika (Aristoteles, 1985) dan artikulasi terkini dari tradisi oleh Alasdair MacIntyre (1981), dimana praktek diartikan sebagai usaha kolektif yang memiliki gagasan kebaikan praktik secara internal. Namun, usaha kolektif seperti itu harus dilakukan dalam praktek keperawatan (Karen A. Brykczynski, 2018)

Teori Benner mengenai Etika dalam Praktik Keperawatan

Teori Benner bersumber dari metode penelitian fenomenologi interpretatif, yang berpedoman pada konsep filosofis dalam mencari pemahaman tentang kondisi manusia, pengalaman dan cara bagaimana kita mengetahui dan memahami dunia. Teori Benner belajar untuk memahami keprihatinan manusia, makna, pengalaman pembelajaran, perilaku praktis terampil dalam kehidupan sehari-hari, kapan berfungsi tanpa masalah atau ketika berada dalam krisis. Oleh karena itu dalam kehidupan, pemahaman menjadi lebih kaya dari sekedar penjelasan sejak pemahaman lebih terkait dengan pengalaman manusia dan maknanya (Santos, Neves and Carnevale, 2016). Teori Benner mengenai etika dalam praktik keperawatan menyatakan bahwa perawat dalam praktik keperawatan diajak untuk mewujudkan praktik caring yang memenuhi kebutuhan, menghibur, dan memberdayakan pasien atau orang yang rentan. Praktik ini memerlukan komitmen untuk bertemu dengan orang lain dan membantu mereka dengan cara tanpa paksaan dan menghindari pemaksaan serta memperkuat upaya bantuan berdasarkan kehendak penolong atau perawat kepada pasien. Perawat yang menjadi baik dan bertindak baik terjadi dalam situasi tertentu. Pandangan ini dibentuk secara sosial dan diwujudkan dengan pemisahan yang nyata antara

pikiran dan tubuh. Hal ini berkaitan tentang penciptaan etika yang dibentuk oleh perawat dalam membuat pilihan secara otonom tanpa dipengaruhi oleh emosi. Perbedaan antara teknik dan bertindak baik digambarkan. Peran emosi dalam hubungan dengan prosedur dan pemasaran etika digambarkan secara abstrak dan umum adalah strategi pertukaran barang dan jasa pelayanan, namun hubungan pemasaran ini bergantung pada hubungan non-pemasaran yang berfungsi dengan baik, yaitu memberi dan menerima tanpa perhitungan (Benner, 2001).

Teori etika caring ini dapat diterapkan dalam praktik keperawatan di rumah sakit secara khusus dalam perawatan kritis, dimana pasien memerlukan sentuhan lembut dan tindakan kenyamanan. Namun, teori etika caring ini memiliki banyak tantangan karena populasi pasien dan perawat yang beragam secara budaya, kemungkinan terdapat kebingungan budaya dan bahkan hambatan terhadap tradisi keperawatan dalam praktik kenyamanan seperti sentuhan dan kehadiran seseorang disamping pasien. Sentuhan itu sendiri mungkin terancam karena kekhawatiran melintasi batasan budaya baik pasien maupun perawat. Sentuhan dan tindakan kenyamanan fisik dan emosional lainnya sangat penting dalam menciptakan ruang pengungkapan yang aman. Hal ini melibatkan etika hubungan yang baik dan perilaku etis yang terampil. Tujuannya adalah untuk mengartikulasikan praktik-praktik yang tidak mendapat hitungan dan tidak terlihat, contohnya perawat mempraktikkan tindakan kenyamanan meliputi jaminan verbal dan sentuhan agar kontribusi penting mereka terhadap kepedulian kritis menjadi nyata dan terbuka. (Benner, 2004).

Teori ini menggambarkan fokus pada hubungan perawat dengan pasien dengan rasa hormat yang ditandai dengan adanya pengakuan, dukungan untuk tumbuh atau penerimaan diri dan atau membiarkan orang lain menjadi dirinya sendiri.

Etika caring menggeser fokus dari karakter dari dalam diri perawat kepada kualitas hubungan perawat dengan pasien/klien. Kualitas hubungan perawat dengan pasien merupakan hal yang utama, membutuhkan ketrampilan dalam dalam keterbukaan dan daya tanggap dalam pertemuan yang saling menghormati. Etika caring menggabungkan emosi dan rasional serta menekankan kekhususan dan hubungan. Etika caring menciptakan visi emosi yang lebih luas, dengan pemisahan secara tradisional antara nafsu dan akal. Hubungan perawat dan pasien yang terjadi adalah untuk pertumbuhan dan kesejahteraan pasien, bukan untuk peningkatan karakter dalam diri perawat atau bahkan pasien atau masyarakat yang dilayani. Etika caring bermaksud untuk berbagi visi dalam menanggapi hal-hal tertentu. Ketika perawat mengikuti prinsip-prinsip etika dan memberi tanggapan dengan standar yang dapat diterima, maka dia menjadi ahli dalam praktik kebudayaan atau professional didalamnya, dia tidak lagi mencoba melakukan apa yang biasanya salah, melainkan merespons berdasarkan pengalaman dalam budaya dan di dalam praktik khusus. Hal ini membutuhkan pengalaman yang cukup untuk berhenti mengikuti aturan dan prinsip-prinsip yang mendiktekan apa yang harus dilakukan perawat, dan, sebaliknya, bertindak berdasarkan intuisi dari hasil kehidupan di mana bakat dan kepekaan memungkinkan kepuasan pembelajaran perawat dari pengalaman. Agar etika caring ini mendapatkan manfaat dari pasien maka perawat memerlukan adanya latihan mengenai tradisi dan etika caring karena keduanya tertanam dalam praktik sosial dan komunitas. Adapun sifat praktik yang umum terorganisir secara sosial dalam kebajikan dan etika caring adalah:

1. Praktik menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagai tujuan.
2. Praktik menggunakan penalaran klinis
3. Secara teoritis dan praktis ada hubungan dan dapat dievaluasi antara penalaran klinis dan etis.

4. Dialog antara tradisi kebajikan dan etika caring akan diperluas dengan mengartikulasikan aspek etika caring dalam praktik kenyamanan perawat kepada pasien.

Empat poin ini membangun suatu kondisi untuk menghidupkan kembali pemahaman perawat tentang perawatan kesehatan sebagai praktik caring dilakukan oleh perawat yang berkarakter dan dapat dipercaya. Hal ini fokus pada kebajikan dan etika caring dan tidak dimaksudkan untuk menggantikan prinsip etik berbasis hak. Pelayanan kesehatan juga memerlukan perlakuan hormat terhadap hak-hak untuk menciptakan keadilan dan dalam merawat orang asing. Hak mengadili akan terus diperlukan dalam kasus-kasus kerusakan ekstrim. Perawat dapat mengenali contoh-contoh kuat dari praktik yang sangat baik atau buruk. Teknik atau tugas yang diselesaikan tanpa terlibat dalam hubungan caring dengan pasien tertentu dan dengan serangkaian kebutuhan dan kekhawatiran tertentu bukanlah merupakan suatu praktik. Seorang perawat menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi namun penggunaannya harus didasarkan pada tujuan yang layak sebagaimana dipahami dan disepakati oleh pasien dan perawat. Perawat dalam merawat orang yang rentan dan pasien membutuhkan lebih dari sekedar motif keuntungan, yaitu kasih sayang dan perhatian praktik diperlukan. Etika kebajikan harus berfokus pada perilaku terampil sehari-hari di mana perawat menemukan kontinuitas, kebiasaan perilaku yang menjadikan perawat sebagai pribadi seperti sekarang ini. Perawat yang baik harus selaras dengan situasi klinis dan terampil dalam melakukan cara intervensi yang sesuai dengan minat dan kondisi pasien. Setiap hari, perilaku yang terampil membutuhkan ilmu yang baik dan penggunaannya yang terampil untuk praktik klinis. Praktik yang baik membutuhkan kepercayaan dan keterampilan perawati. Perawat harus mengembangkan seni moral berupa perhatian, dan kemauan untuk mendampingi pasien yang menderita. Hal ini tidak bisa dilakukan hanya atas dasar pertukaran atau kesamaan alami, karena penderitaan dan perbedaan membutuhkan

keberanian, kepedulian dan keterbukaan dalam menghadapi perasaan keterbatasan dan kerentanan antara perawat dan pasien.

Respons emosional perawat terhadap situasi klinis pada tingkat yang kompeten bergantung pada penilaian mereka sendiri dan penilaian orang lain terhadap praktik mereka. Perawat yang kompeten dapat mengetahui apakah mereka memahami apa yang dimaksud atau tidak yang terjadi dalam situasi klinis, apakah perawat memiliki atau tidak daya nalar atau pemahaman yang baik tentang situasi akan memandu pencarian masalah mereka. Perawat mengenali bahwa perspektif mereka terhadap situasi klinis memandu tindakan mereka, dan mereka bisa lebih mudah melihat berbagai cara untuk memahami situasi yang sama. Oleh karena itu mereka secara sadar mempertimbangkan perspektif mana yang harus memandu praktik mereka. Kombinasi kompetensi yang baru diperoleh, dan pemahaman tentang risiko dan tanggung jawab untuk memilih perspektif menciptakan respons emosional terhadap hasil praktik mereka. Jika semuanya berjalan baik bagi pasien, maka mereka merasa baik. Namun, jika mereka melakukan kesalahan atau semacamnya dan berjalan buruk, maka mereka merasa menyesal. Praktik klinis yang baik berhubungan dengan penalaran etika dan hasil yang diharapkan, dan tanggap terhadap minat dan kekhawatiran pasien. Di sini, tradisi kebajikan dan etika caring saling melengkapi.

Kebajikan dan etika caring dapat diartikulasikan dari kajian-kajian praktik yang nyata. Inti dari praktik keperawatan adalah banyaknya "tindakan kenyamanan" seperti fisik menyentuh, menggenggam tangan, memandangi, menyeka air mata, memberikan kehangatan selimut, membuat pembicaraan yang menenangkan, memberikan kenyamanan tubuh dengan alas tidur halus dan kering, gerakan, cahaya, kehangatan, warna, gangguan, dan sebagainya. Penghiburan dapat dilakukan dengan berbagai sebab seperti kesusahan, kehilangan atau penderitaan. Hal ini

bergantung pada waktu, kepercayaan, hubungan, dan keterbukaan serta kenyamanan orang tersebut.

Tindakan kenyamanan juga bisa terlihat sepele dan biasa saja, jika dibandingkan dengan intervensi teknologi canggih yang “memperbaiki” atau “menyembuhkan.” Kenyamanan lebih membutuhkan solidaritas dan koneksi jarak dan kendali. Hal ini dikarenakan tindakan kenyamanan adalah apa yang dilakukan seseorang di tengah ketidaknyamanan, kesusahan atau penderitaan. Perawat dalam menawarkan tindakan kenyamanan memerlukan persepsi tentang penghiburan yang diperlukan, praktik pengenalan yang bergantung pada perhatian, dan kehadiran. Tanpa penyesuaian terhadap ritual dan tuntutan tubuh, seseorang tidak dapat merasa nyaman atau tidak dihibur. Kenyamanan adalah inti dari praktik penyembuhan, karena kenyamanan dan kepastian (kebalikan dari ketakutan, kesusahan, kecemasan) memberi orang tersebut ruang untuk berkumpul kembali, untuk memungkinkan tubuh pulih, sembuh dan tumbuh. Selain persepsi bahwa kenyamanan itu diperlukan, seseorang harus memahami situasi dan mampu membayangkan apa yang akan dialami dengan penghiburan. Perawat harus mempelajari dengan pengalaman apa yang ada (dalam situasi ini) mengenai sentuhan yang menenangkan, pembicaraan apa yang menenangkan, sumber dukungan apa yang berhasil untuk pasien dan keluarga tertentu. Keterampilan ini ada dalam suatu hubungan dan dipelajari secara khusus melalui pengalaman melakukan hubungan dengan pasien atau keluarga, dan hal-hal tersebut tidak akan pernah dapat diformalkan secara memadai atau diubah menjadi teknik atau prosedur. Tindakan kenyamanan dipandang oleh beberapa perawat sebagai respons pertama sebelum intervensi tindakan medis seperti sedasi. Dan merupakan kapasitas untuk dikembangkan secara sosial. Salah satu contohnya adalah yang dikembangkan oleh perawat pada perawatan kritis neonatal dan pediatrik. Tantangannya adalah mengembangkan kemampuan bayi untuk merasa nyaman melalui hubungan manusia di tengah lingkungan yang sangat teknis.

Rasa sakit dan penderitaan menghancurkan dunia pasien, sehingga pasien harus belajar bagaimana menghibur diri sendiri dan merasa nyaman dengan tubuh asing atau tubuh yang sakit di dalamnya dan situasi yang asing. Tantangan dalam merawat pasien yang dewasa adalah menemukan bersama dengan apa yang menenangkan, karena kenyamanan seseorang bergantung pada respons-respons yang dipelajari secara sosial di masa lalu dan harus digunakan dalam konteks baru. Untuk orang dewasa yang lebih menyukai kendali dan takut akan ketergantungan dan ketidakberdayaan, langkah-langkah kenyamanan mungkin memerlukan penciptaan lingkup kendali yang kecil untuk membendung gelombang ketakutan, ketergantungan dan ketidakberdayaan. Namun, semua ketergantungan dan ketidakberdayaan manusia tidak dapat ditutupi. Dan agar pasien dapat menerima kenyamanan di tengah ketergantungan adalah dengan membantu seseorang menghadapi dan menerima ketergantungan yang tak terhindarkan melalui penghiburan dan bahkan mungkin rahmat. Tindakan kenyamanan melindungi terhadap ketidaknyamanan yang tidak perlu. Perawat menawarkan tindakan kenyamanan di tengah melakukan tindakan prosedur yang menyakitkan. Tantangan moral dan koping bagi perawat yang tujuannya adalah untuk menghibur dan membatasi penderitaan. Jenis perawatan kenyamanan utama tersebar luas dalam riwayat keperawatan (Patricia Benner, 1997):

1. Perawatan tubuh sebagai sumber kenyamanan
2. Perasaan nyaman secara fisik melalui sentuhan dan membuat pasien/anggota keluarga merasa nyaman
3. Penyediaan istirahat dan membatasi gangguan
4. Penjinakkan lingkungan yang bersifat teknis
5. Menjadi tersedia tanpa mengganggu
6. Menghadapi ketegangan etis antara tindakan rasa sakit dan tindakan pertolongan, kelumpuhan, sedasi dan kenyamanan

7. Dilema dan tantangan etis dalam menimbulkan rasa sakit dengan terapi
8. Menghibur melalui ritual dan rutinitas yang lazim
9. Perawatan kenyamanan yang ditawarkan kepada orang yang sekarat dan orang yang dicintai.

Tema Keperawatan, Pasien, Kesehatan dan Situasi Menurut Benner

Benner dan kolaboratornya menjelaskan tema keperawatan, pasien, kesehatan, dan situasi (Karen A. Brykczynski, 2018)

1. Keperawatan

Keperawatan digambarkan sebagai praktik caring yang ilmunya berpedoman pada seni moral dan etika caring serta tanggung jawab. Keperawatan berpedoman pada hubungan yang bersifat caring, karena akan menentukan kemampuan untuk memberi bantuan dan menerima bantuan.

2. Pasien

Pasien adalah makhluk yang hidupnya ditentukan oleh jalannya dalam menjalani hidup melalui penafsiran akan dirinya sendiri, dan bukan datang ke dunia sudah ditentukan sebelumnya. Empat aspek utama yang harus dipahami pasien untuk menjadikan pasien sebagai suatu pribadi adalah harus berurusan dengan tubuhnya, situasi yang ada, keprihatinan pribadi yang terjadi dan sesuatu itu bersifat sementara.

3. Kesehatan

Kesehatan digambarkan bukan sekedar ketidakhadiran dari penyakit dan penyakit, namun berdasarkan karya, sehingga dapat disebut kesehatan sebagai apa yang dapat dinilai.

4. Situasi

Benner lebih menggunakan istilah situasi daripada lingkungan, karena situasi menyampaikan lingkungan sosial yang mempunyai definisi dan makna sosial. Dengan situasi, perawat melakukan interaksi, interpretasi, dan pemahaman.

Daftar Pustaka

- Benner, P. (2001) 'The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice', *Nursing Philosophy*, 1(1), pp. 5–19. Available at: [https://doi.org/https://doi.org/10.1046-j.1466-769x.2000.00014.x](https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1466-769x.2000.00014.x).
- Benner, P. (2004) 'Relational ethics of comfort, touch, and solace--Endangered arts?', *APA PsycNet*, 13(4), pp. 346–349. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2004-20633-005>.
- Karen A. Brykczynski (2018) 'Caring, Clinical Wisdom, and Ethics in Nursing Practice', in *Nursing Theorists And Their Work*. 9th edn. St.Louis: Elsevier, pp. 98–119.
- Patricia Benner (1997) 'A DIALOGUE BETWEEN VIRTUE ETHICS AND CARE ETHICS', *Theoretical Medicine*, 18, pp. 47–61.
- Santos, R.P. dos, Neves, E.T. and Carnevale, F. (2016) 'Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner', *Revista brasileira de enfermagem*, 69(1), pp. 178–82. Available at: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>.

Profil Penulis



Agustina Boru Gultom, SKp, M. Kes

Penulis mengalami ketertarikan mengenai konsep berfikir kritis dan bagaimana latar belakang sebuah teori dan ilmu pengetahuan bisa terbentuk secara khusus dibidang keperawatan, ketika mulai mengajar mata ajar Metodologi Keperawatan dengan tema berfikir kritis dalam keperawatan, dan mengajar mata ajar Konsep Dasar Keperawatan dengan tema konsep, model dan teori dalam keperawatan dan keterkaitannya dengan ilmu pengetahuan keperawatan di D-III Keperawatan. Penulis sehari-hari bekerja sebagai ASN dengan profesi dosen keperawatan baik di D-III, Sarjana Sain Terapan Keperawatan dan Profesi Ners Terapan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan dengan kegiatan mengajar, membimbing praktek baik di laboratorium maupun di lahan praktek, melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dengan konsentrasi keperawatan dasar, medikal bedah dan gawat darurat. Penulis juga pernah mejadi narasumber/fasilitator, penulis di artikel internasional maupun nasional dengan konsentrasi keperawatan dasar, medikal bedah dan gawat darurat. Sebelum penulis menjadi ASN, penulis pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di kamar bedah salah satu rumah sakit. Penulis memiliki pendidikan awal dibidang keperawatan dengan masuknya penulis ke pendidikan Diploma III Keperawatan pada Akper Depkes RI Medan dan tamat tahun 1994, dilanjutkan pada Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung tamat tahun 2000. Kemudian, penulis melanjutkan pendidikan di Pasca Sarjana Ilmu Kese hatan Masyarakat Minat Studi Manajemen Bencana di S2 FKM USU tamat tahun 2012.

Email Penulis: agnagultom682@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN HILDEGARD E. PEPLAU: ISOLASI SOSIAL

Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep., Ns., M. Kep

Stikes Widyagama Husada

Pengertian

Isolasi sosial merupakan keadaan ketika individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak. Menurut beberapa definisi tentang teori ini menyatakan bahwa, isolasi sosial merupakan pengalaman kesendirian secara individu dan dirasakan segan terhadap orang lain dan sebagai keadaan yang negatif atau mengancam (NANDA, 2018). Isolasi sosial juga dapat di artikan sebagai keadaan kesepian yang dialami oleh seseorang karena orang lain menyatakan sikap yang negatif ataupun mengancam juga disebut sebagai isolasi sosial. Pada pasien skizofrenia isolasi sosial adalah bentuk gejala negatif yang digunakan untuk menghindari dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi. Stuart & Laraia dalam bukunya juga menyatakan bahwa perilaku isolasi sosial sebagai perilaku yang sering muncul pada skizofrenia (Keliat, 2019).

Etiologi

Penyebab atau etiologi dari masalah atau perilaku isolasi sosial yang sering dialami oleh seseorang dengan Skizofrenia terjadi karena beberapa atau multi faktor. Faktot tersebut terbagai menjadi dua yaitu faktor predisposisi dan presipitasi (Alfianto, , Ulfa, 2021).

Berikut adalah faktor predisposisi seseorang mengalami perilaku isolasi sosial:

1. Faktor Perkembangan

Adanya gangguan dalam pencapaian tugas perkembangan.

2. Faktor Biologis

Faktor genetik dapat berperan dalam respons sosial maladaptif. Bukti terdahulu menunjukkan keterlibatan neurotransmitter dalam perkembangan gangguan ini, namun tetap diperlukan penelitian lebih lanjut.

3. Faktor Sosiokultural

Akibat dari adanya transiensi, norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain. Isolasi dapat terjadi karena mengadopsi norma, perilaku, dan sistem nilai yang berbeda dari yang dimiliki budaya mayoritas.

Faktor berikutnya adalah faktor persipitasi (Mehta & Sagar, 2015). Berikut adalah faktor prsipitasi pada orang yang mengalami isolasi sosial

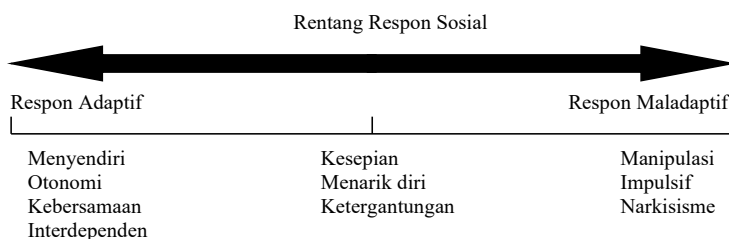
a. Stressor Sosiokultural

Hal ini dapat ditimbulkan oleh menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari orang yang berarti.

b. Stressor Psikologis

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya

Rentang Respon



Gambar 25.1. Rentang Respon Isolasi Sosial

Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dalam batasan norma yang masih diterima oleh norma sosial dan kebudayaan. Respon adaptif meliputi menyendiri, otonomi, kebersamaan, interdependen. Respon menyendiri (solitude) dibutuhkan oleh individu untuk merenungkan apa yang telah dilakukan di lingkungan sosialnya dan cara mengevaluasi diri untuk menentukan langkah selanjutnya (Guntur, A., Rahmadanty, I.,P., dan Ulfa, 2022). Otonomi (autonomy) adalah respon individu menentukan dan menyampaikan ide pikiran dan perasaan dalam hubungan sosial. Kebersamaan (mutuality) adalah respon individu di dalam hubungan interpersonal untuk saling memberi dan menerima. Interdependent sebagai respon individu saling ada ketergantungan dalam hubungan sosial (Dodok et al., 2022).

Terdapat beberapa respon dalam rentang antara adaptif dan maladaptif, mencakup kesepian, menarik diri, dan ketergantungan. Kesepian (loneliness) sebagai kondisi individu merasa sendiri, sepi, tidak adanya perhatian dengan orang lain ataupun lingkungannya. Menarik diri (withdrawal) adalah tindakan melepaskan diri dalam bentuk perhatian dan minat terhadap lingkungan sosial secara langsung, bersifat sementara atau menetap. Respon saat individu gagal mengembangkan atau mengembalikan fungsi kepercayaan diri disebut dengan ketergantungan (dependent).

Respon maladaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah menyimpang dari batasan norma sosial dan kebudayaan setempat, meliputi manipulasi, impulsif, dan narsisme (Wandira et al., 2022).

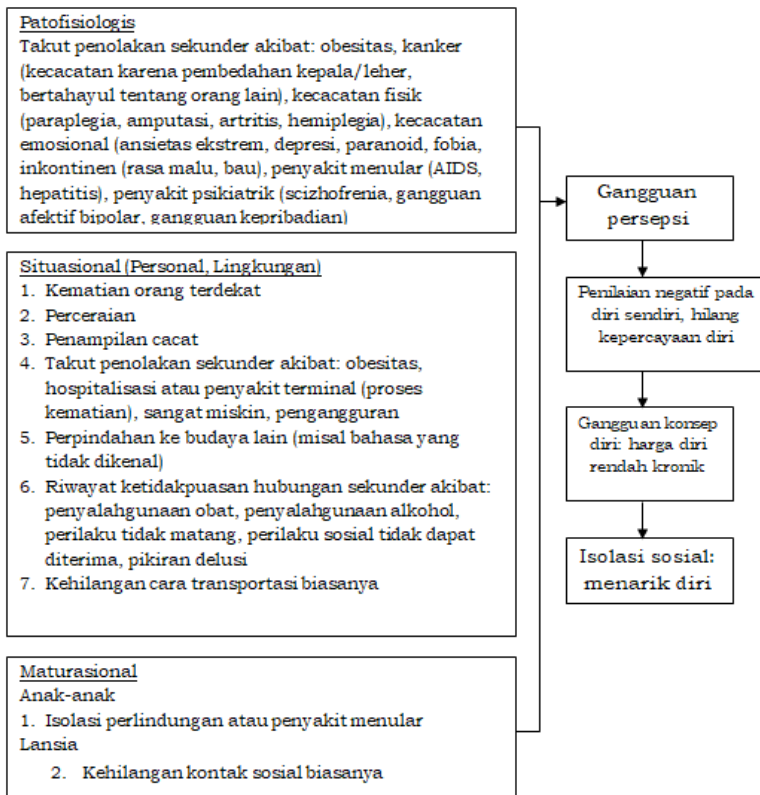
Manipulasi sebagai gangguan hubungan sosial pada individu yang menganggap orang sebagai objek karena individu tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam. Respon manipulasi memiliki hubungan yang terpusat pada masalah pengendalian orang lain atau cenderung berorientasi pada tujuan diri sendiri dan bukan orang lain. Impulsif diindikasikan individu tidak mampu merencanakan sesuatu hal, tidak mampu belajar dari pengalaman, penilaian buruk, individu tidak dapat diandalkan. Narkisisme adalah respon merasa harga diri rapuh, berusaha mendapatkan penghargaan dan pujian secara terus menerus, sikap egosentris, pencemburu, dan marah jika individu lain tidak mendukung (Febrianita et al., 2021).

Perilaku yang Berhubungan dengan Isolasi Sosial

1. Mengungkapkan perasaan tidak berguna, penolakan oleh lingkungan
2. Mengungkapkan keraguan tentang kemampuan yang dimiliki
3. Tampak menyendiri dalam lingkungan atau ruangan
4. Tidak berkomunikasi dan menarik diri
5. Tidak melakukan kontak mata
6. Tampak sedih dan afek datar
7. Posisi meringkuk di tempat tidur dengan punggung menghadap ke pintu
8. Adanya perhatian dan tindakan yang tidak sesuai atau imatur dengan perkembangan usianya
9. Kegagalan untuk berinteraksi dengan orang lain di dekatnya
10. Kurang aktivitas fisik dan verbal

11. Tidak mampu membuat keputusan dan berkonsentrasi
12. Mengekspresikan perasaan kesepian dan penolakan di wajahnya

Berikut adalah clinical Pathway seseorang dengan masalah isolasi sosial



Gambar 25.2. Clinical Pathway orang dengan isolasi social

Asuhan keperawatan menjadi salah satu layanan yang dapat diberikan kepada klien. Salah satu bentuk tersebut melalui terapi. Terapi juga memerlukan suatu tindakan berupa komunikasi. Adapun rangkain tindakan komunikasi dalam asuhan keperawatan dengan melalukukan proses keperawatan dari pengkajian hingga

evaluasi. Berikut contoh aplikasi asuhan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat dalam mengkaji klien dengan isolasi sosial (Wicaksana et al., 2018).

1. Tahapa pengkajian

Pada tahap ini data yang harus ditemukan sebagai berikut:

a. Obyektif

- 1) Tidak ada dukungan dari orang yang penting (keluarga, teman, kelompok)
- 2) Perilaku bermusuhan
- 3) Menarik diri
- 4) Tidak komunikatif
- 5) Menunjukkan perilaku tidak diterima oleh kelompok kultur dominan
- 6) Mencari kesendirian atau merasa diakui di dalam sub kultur
- 7) Senang dengan pikirannya sendiri
- 8) Aktivitas berulang atau aktivitas yang kurang berarti
- 9) Kontak mata tidak ada
- 10) Aktivitas tidak sesuai dengan umur perkembangan
- 11) Keterbatasan mental/fisik/perubahan keadaan sejahtera
- 12) Sedih, afek tumpul

b. Subyektif

- 1) Mengekspresikan perasaan kesendirian
- 2) Mengekspresikan perasaan penolakan
- 3) Minat tidak sesuai umur perkembangan
- 4) Tujuan hidup tidak ada
- 5) Tidak mampu memenuhi harapan orang lain

- 6) Ekspresi nilai sesuai dengan sub kultur tetapi tidak sesuai dengan kultur dominan
- 7) Ekspresi peminatan tidak sesuai umur perkembangan
- 8) Mengekspresikan perasaan berbeda dari orang lain
- 9) Tidak merasa aman di masyarakat

Tahap berikutnya adalah tahap tindakan keperawatan. Dalam tahapan ini penting sekali seorang perawat melakukan hubungan interpersonal yang baik antara perawat dengan klien. Adapun dalam tindakan tersebut pada klien dengan isolasi sosial sebagai berikut:

Dalam tindakan tersebut seorang perawat harus mampu menentukan tujuan utama dari tindakan keperawatan tersebut.

1. Pasien dapat mengenal penyebab isolasi sosial
2. Pasien dapat mengenal manfaat berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain
3. Pasien dapat mengetahui cara-cara berkenalan
4. Pasien dapat berinteraksi atau berkenalan dengan orang lain secara bertahap
5. Pasien dapat melakukan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain, sebagai salah satu kegiatan harian

Sehingga dari tujuan tersebut terbentuk tindakan keperawatan yang berlandaskan dalam implementasi keperawatan. Berikut contoh implementasi dalam keperawatan yang ada hubungannya dengan aktivitas komunikasi dengan pasien.

1. Bantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, dengan:
 - a. Diskusikan dengan pasien tentang penyebab isolasi sosial yang dialaminya
 - b. Bantu pasien untuk menyebutkannya

- c. Perlihatkan respon yang kondusif dan upayakan menjadi pendengar yang aktif
2. Bantu pasien mengenal manfaat berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dengan:
 - a. Diskusikan dengan pasien tentang manfaat berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain
 - b. Bantu pasien menyebutkannya
3. Bantu pasien mengetahui cara-cara berkenalan, dengan:
 - a. Diskusikan dengan pasien tentang cara-cara berkenalan
 - b. Bersama pasien, peragakan kegiatan yang diharapkan (berkenalan)
 - c. Berikan dukungan dan pujian yang realistic pada kegiatan atau usaha yang telah dilakukan pasien
4. Bantu pasien berinteraksi atau berkenalan dengan orang lain secara bertahap, dengan:
 - a. Hadirkan orang lain (perawat lain, petugas kesehatan, ataupun pasien lain) pada pasien
 - b. Beri kesempatan pada pasien untuk memperagakan cara berkenalan pada orang tersebut
 - c. Berikan dukungan dan pujian atas kegiatan yang dilakukan
5. Bantu pasien melakukan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain, sebagai salah satu kegiatan harian, dengan:
 - a. Tingkatkan kegiatan pasien sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan
 - b. Beri pujian atas kegiatan yang dilakukan pasien setiap hari

- c. Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan latihan berbincang-bincang setiap hari
- d. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

Melalui tindakan keperawatan tersebut perlu aplikasi dalam melakukan asuhan keperawatan. Salah satu bentuk tindakan keperawatan jiwa melalui komunikasi dan hubungan interpersonal. Berikut aplikasi asuhan keperawatan jiwa melalui pendekatan komunikasi berdasarkan pendekatan H. E. Peplau

Model Teori Keperawatan Hildegard E. Peplau

1. Sejarah Perkembangan Teori Hildegard E. Peplau

Peplau adalah seorang perawat dengan karir dimulai tahun 1931. Peplau lulus di bidang keperawatan dari Pottstown Rumah Sakit Sekolah Keperawatan di Philadelphia, PA . Dia kemudian bekerja sebagai perawat staf di Pennsylvania dan New York *City*. Posisi musim panas sebagai perawat untuk New York *University* perkemahan musim panas menyebabkan rekomendasi untuk Peplau untuk menjadi perawat sekolah di Bennington *College* di Vermont. Di sana ia memperoleh gelar sarjana di bidang psikologi interpersonal tahun 1943 di Bennington dan melalui pengalaman lapangan di Chestnut Lodge, pusat jiwa swasta, ia belajar masalah psikologis dengan Erich Fromm , Frieda Fromm-Reichmann , dan Harry Stack Sullivan .Pekerjaan seumur hidup Peplau sebagian besar berfokus pada pengembangan teori interpersonal yang Sullivan untuk digunakan dalam praktik keperawatan (Berman et al., 2012).

Peplau memegang gelar master dan doktor dari Teachers College, Columbia University. Dia juga bersertifikat dalam psikoanalisis di William Alanson Putih Institute of New York City. Pada awal 1950-an, Peplau Peplau memegang gelar Master dan Doktor dari *Teachers College*, Columbia University. Dia juga bersertifikat dalam psikoanalisis

di William Alanson Putih *Institute of New York City*. Pada awal 1950-an, Peplau dikembangkan dan diajarkan kelas pertama untuk lulusan kejiwaan mahasiswa keperawatan di *Teachers College*. Dr. Peplau adalah anggota fakultas dari *College of Nursing* di Rutgers University dari 1954 sampai 1974. Di Rutgers, Peplau menciptakan program tingkat pascasarjana pertama untuk persiapan spesialis klinis di keperawatan jiwa (Alligood, 2014). Peplau juga menjadi penasihat organisasi kesehatan dunia (WHO) dan menjadi dosen tamu di beberapa universitas seperti di Benua Afrika, Amerika Latin, Belgia, dan di seluruh Amerika Serikat. Peplau juga menjadi profesi pengacara yang kuat untuk pendidikan pasca sarjana dan penelitian di bidang keperawatan, Peplau menjabat sebagai konsultan untuk *US Surgeon General*, Angkatan Udara AS, dan *National Institute of Mental Health*. Dia berpartisipasi dalam banyak kelompok pembuatan kebijakan pemerintah. Dia menjabat sebagai presiden *American Nurses Association* 1970-1972 dan wakil presiden kedua 1972-1974. Setelah pensiun dari Rutgers, ia menjabat sebagai profesor tamu di *University of Leuven* di Belgia dalam 1975 dan 1976. Dia meninggal dengan tenang dalam tidurnya di rumah di Sherman Oaks, California (Alligood, 2021).

2. Model Teori Keperawatan

Hildegard E. Peplau adalah perawat psikiatri mengenalkan konsep inter personalnya pada tahun 1952. Inti dari teori Peplau adalah pemanfaatan hubungan yang terapeutik antara perawat dan klien. Untuk membantu klien memenuhi kebutuhannya, perawat mengemban berbagai peran yaitu sebagai orang asing, guru, narasumber, orang pengganti, pemimpin, dan konsultan. Model Peplau terus digunakan oleh para klinisi saat bekerja dengan individu yang memiliki masalah psikologis. Model teori Peplau bersifat psikodinamik, ia melihat keperawatan

sebagai proses interpersonal terapeutik yang sangat penting. Tujuan dari keperawatan adalah pengembangan kepribadian ke arah pribadi dan kehidupan sosial yang kreatif, konstruktif dan produktif. Salah satu hasil positif dari model keperawatan Peplau adalah bahwa perawat semakin berfokus pada pasien bukan penyakitnya (Figueiredo et al., 2014).

3. Hubungan Klien/Pasien dengan Perawat

Hubungan antara perawat dan klien atau sebaliknya pada konsep model teori Peplau merujuk pada konsep hubungan interpersonal (Mehta & Sagar, 2015). Hubungan interpersonal perawat-klien digambarkan dalam empat fase diantaranya :

a. Fase Orientasi

Selama fase ini pasien mencari bantuan profesional berdasarkan kebutuhan yang ia rasakan atau yang telah didiagnosa. Perawat mendukung pasien dalam upaya mencoba mengidentifikasi dan mengklarifikasi masalahnya. Salah satu fungsi dari fase orientasi ini adalah untuk memastikan bahwa penyakit sebagai suatu peristiwa tidak mengalami supresi.

b. Fase Identifikasi

Selama fase ini, klien menerima bentuk ketergantungan, saling bergantung, atau mandiri dalam hubungannya dengan perawat (keterkaitan). Fokus perawat adalah meyakinkan orang tersebut bahwa perawat mengerti makna interpersonal dari situasi klien. Perawat mendukung pasien selama ia sakit, pengalaman yang dapat mengarah pada reorientasi perasaan dan dapat memperkuat pertumbuhan dan perkembangan kepribadian.

c. Fase Eksploitasi

Dalam fase ini pasien akan mencoba mendapatkan manfaat yang maksimum dari apa yang ditawarkan dalam hubungannya dengan perawat. Tujuannya bagi perawat dan pasien adalah mencoba mencapai tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya.

d. Fase Resolusi

Fase Resolusi Pada fase akhir ini, kebutuhan dan tujuan yang lama dikesampingkan dan tujuan maupun kebutuhan baru mulai diadopsi. Ketika kebutuhan terdahulu telah terpenuhi, kebutuhan dan tujuan yang baru dan lebih mendesak akan muncul.

Peran dari Model Teori Peplau

1. Komponen pertama adalah keperawatan

Pada komponen keperawatan ini keperawatan didefinisikan oleh Peplau sebagai proses yang signifikan, bersifat terapeutik, dan interpersonal. Keperawatan merupakan instrumen edukatif, kekuatan yang mendewasakan dan mendorong kepribadian seseorang dalam arah yang kreatif, konstruktif, produktif, personal dan kehidupan komunikasi. Proses keperawatan memiliki tanggung jawab legal di dalam pemanfaatan keperawatan secara efektif berikut segala konsekuensinya bagi klien.

2. Individu

Individu sebagai makhluk sosial serta memiliki kebutuhan yang secara holistik. Maka perawat perlu memahami segala bentuk kebutuhan yang harus dipenuhi oleh individu. Individu dalam hal ini, sebagai makhluk sosial yang saling membutuhkan satu sama lainnya. Melalui hubungan interpersonal yang di kembangkan oleh Peplau manusia atau individu harus mampu bertinteraksi untuk dapat

mengurangi stresor yang dihadapi selama di rawat oleh perawat. Sehingga stresor tersebut sebagai kebutuhan yang memang perlu di kelola oleh individu untuk tetap sehat.

3. Kesehatan

Kesehatan adalah hal mutlak yang harus dimiliki oleh setiap manusia. Beberapa orang atau individu memiliki kesehatan yang berbeda-beda. Dasar manusia sebagai makhluk yang unik menjadikan masalah kesehatan setiap individu memiliki penanganan yang berbeda-beda. Peplau mendefinisikan kesehatan sebagai sebuah simbol yang menyatakan secara tidak langsung perkembangan progresif dari kepribadian dan proses kemanusiaan yang terus menerus pada keadaan kreatif, konstruktif, produktif didalam kehidupan pribadi maupun komunitas.

4. Lingkungan

Lingkungan merupakan stresor yang harus dihadapi oleh individu ataupun komunitas. Maka perlu individu untuk mengenal lingkungan dengan baik. Lingkungan yang baik akan menjadikan seseorang mampu bertahan hidup dan menjadikan kualitas hidup yang baik juga, dan sebaliknya. Menurut Peplau, lingkungan merupakan kekuatan yang berada diluar organisme dan berada dalam konteks kultural.

Daftar Pustaka

- Alfianto, Ahmad Guntur, Ulfa, M. (2021). Buku Praktikum Asuhan Kepereawatan Kesehatan Jiwa. Literasi Nusantara.
- Alligood, M.R. (2014). *Theorist and Their Work* (8th ed.). Elsevier.
- Alligood, Martha Raile. (2021). *Nursing Theorists and Their Work*, 10th Edition. In 10th Edition (10th ed., p. 617). Elsevier.
- Berman, A., Snyder, S., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvery, N., Luxford, Y., Moxham, L., Park, T., Parker, B., Reid-Searl, K., & Stanley, D. (2012). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing*. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing, 521.
- Dodok, Y., Guntur, A., Indriyawati, & Wicaksono, K. E. (2022). Behavioral Differences In Seeking Help For Mental Health Among Generation Z From The Kodi People Group And The Madurese Ethnic Group. *Journal of Applied Nursing and Health*, 4(1), 68–75. <https://doi.org/10.55018/janh.v4i1.57>
- Febrianita, D. A., Alfianto, A. G., & Muntaha, M. (2021). Gambaran Kepatuhan Minum Obat pada Penderita Gangguan Bipolar di Masa Pandemi Covid-19. *Media Husada Journal Of Nursing Science*, 2(2), 1–5. <https://doi.org/10.33475/mhjns.v2i2.38>
- Figueiredo, T. R., Gomes, G. C., Oliveira, P. K., Pintanel, A. C., Xavier, D. M., & Farias, D. R. (2014). Nursing care to *children* in pediatric unit: Perception of family. *Journal of Nursing and Socioenvironmental Health*, 1(2), 127–135. <https://doi.org/10.15696/2358-9884/jonse.v1n2p127-135>

- Guntur, A., Rahmadanty, I.,P., dan Ulfa, M. (2022). Mental Health Stigma Among Generation Z Students in Salafi Islamic Boarding Schools. *Journal of Health Sciences*, 15(03), 283–290. <https://doi.org/https://doi.org/10.33086/jhs.v15i03.2886>
- Keliat, B. A. dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Mehta, M., & Sagar, R. (2015). A practical approach to cognitive behaviour therapy for adolescents. In *A Practical Approach to Cognitive Behaviour Therapy for Adolescents*. <https://doi.org/10.1007/978-81-322-2241-5>
- NANDA. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Ed. 11*. EGC.
- Wandira, S. A., Alfianto, A. G., & Ulfa, M. (2022). Terapi Ners Generalis: Sesi 1 Pada Klien Dengan Kekambuhan Risiko Perilaku Kekerasan Dengan Pendekatan Teori Peplau: Laporan Kasus. *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti*, 10(1), 35–42. <https://doi.org/10.47794/jkhws.v10i1.361>
- Wicaksana, I. G. A. T., Wahyu S, T., Eko K, R., & Yudara S, P. (2018). the Effect of Acceptance and Commitment Therapy (Act) on Anxiety Levels in Elderly Living At Panti Sosial Tresna Werdha (Pstw) Bali. *Public Health of Indonesia*, 4(2), 83–90. <https://doi.org/10.36685/phi.v4i2.193>

Profil Penulis



Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep., Ns., M. Kep

Ahmad Guntur Alfianto adalah anak pertama dari 2 bersaudara. Beliau lahir di Kota Malang pada tanggal 15 Mei 1989. Pendidikan tinggi dimulai dari sarjana keperawatan dan profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan atau sekarang lebih di kenal dengan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Sedangkan Program Magister Keperawatan di peroleh dari Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Saat ini menjadi dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di kota Malang yaitu STIKES Widyagama Husada Malang. Program yang di kembangkan saat ini adalah bidang keperawatan jiwa dengan kelompok usia sekolah. Saat ini juga menggagas dan mengembangkan promosi kesehatan jiwa di sekolah dengan program School Mental Health in Rural (SMAIL). Selain itu juga beliau fokus pada kajian riset yang di dirikan dengan team dosen keperawatan jiwa, komunitas dan gerontik dengan kelompok riset jamu gendong. Pengalaman riset sudah dimulai sejak tahun 2018 hingga sekarang. Karya buku yang sudah di terbitkan juga saat ini berjumlah hampir 14 buku yang berfokus di kesehatan jiwa, komunitas dan gerontik.

Email Penulis: ahmadguntur@widyagamahusada.ac.id

TEORI KEPERAWATAN KATHARINE KOLKABA: KENYAMANAN DALAM PROSES KEPERAWATAN

Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An

Poltekkes Kemenkes Palembang

Pendahuluan

Pelaksanaan asuhan keperawatan berbasis bukti merupakan keinginan bagi semua perawat. Praktik keperawatan berbasis teori diperlukan untuk membuat dan menerapkan intervensi keperawatan dalam mengetahui kebutuhan klien dan membuat individu dan keluarganya berespon terhadap masalah kesehatan. Teori akan membantu untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan memperjelas asuhan keperawatan (Potter, Perry, Kerr, & Sirotnik, 2009). Teori menghasilkan pengetahuan keperawatan yang dapat digunakan dalam praktik. Integrasi teori ke dalam praktik merupakan dasar profesi keperawatan. Sebagai contoh teori Kolcaba yang menjelaskan tentang kenyamanan. Teori ini mempunyai nilai dalam membantu keperawatan menciptakan kenyamanan secara fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan. Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan. Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan.

Hal ini menyebabkan teori kenyamanan bisa dimodifikasi seluas-luasnya sesuai kebutuhan klien masing-masing (March & McCormack, 2009). Asuhan keperawatan anak yang berpusat pada keluarga memberikan kenyamanan dari seluruh aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, sehingga asuhan keperawatan secara komprehensif mendukung kesembuhan klien (Dimarco & Kolcaba, 2005). Menciptakan lingkungan yang nyaman selama perawatan turut berkontribusi dalam asuhan keperawatan. Kesehatan merupakan fungsi optimal yang bisa dicapai oleh klien, dimana salah satunya ditentukan dari faktor kenyamanan (Wong, Hockenberry, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2009). Filosofi keperawatan anak adalah asuhan berpusat pada keluarga dan atraumatic care. Asuhan berpusat pada keluarga melibatkan kontribusi keluarga dan seminimal mungkin mencegah trauma fisik maupun psikologis anak. Trauma menimbulkan rasa tidak nyaman anak dan keluarga. Perilaku mencari bantuan kesehatan dilakukan oleh anak dan keluarga untuk mengurangi rasa tidak nyaman ini. Teori kenyamanan bertujuan meningkatkan rasa nyaman klien terkait dengan empat pengalaman yaitu fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan. Kenyamanan adalah pengalaman yang diterima oleh seseorang dari suatu intervensi. Hal ini merupakan pengalaman langsung dan menyeluruh ketika kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial, dan lingkungan terpenuhi.

Konsep Teori Kenyamanan (*Comfort*) Kolcaba

Teori Comfort merupakan teori yang pertama kali dikembangkan tahun 1990 oleh Katharine Kolcaba. Teori ini berkembang kemudian dengan kerangka kerja konseptualnya (Alligood, 2017). Kolcaba (2003) mengenalkan teori kenyamanan sebagai middle range theory karena mempunyai level abstraksi yang rendah dan mudah diaplikasikan dalam praktek keperawatan. Teori ini bersifat universal dan tidak terhalang budaya yang dimiliki oleh setiap masyarakat. Kolcaba menilai kenyamanan dengan membuat struktur taksonomi yang bersumber pada tiga tipe kenyamanan yaitu relief, ease,

dan transcendence (Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira, & Martins, 2017):

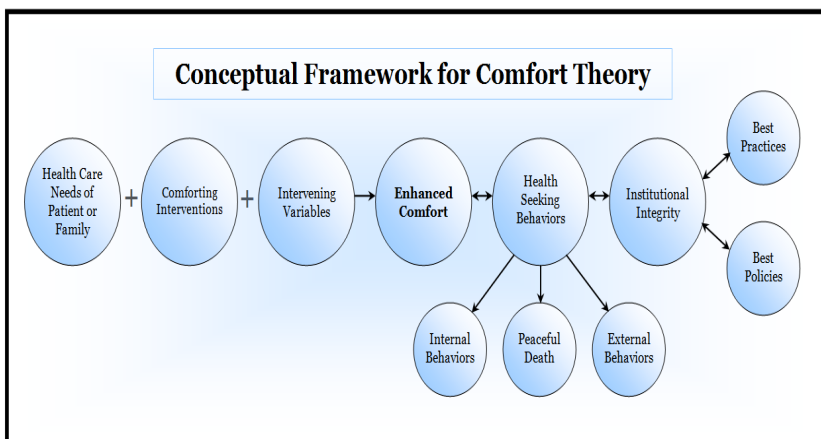
1. Relief (Kelega-an): kondisi resipien yang membutuhkan penanganan spesifik dan segera. Keadaan dimana pasien telah memenuhi kebutuhan khusus.
2. Ease (Ketenteraman): kondisi tenteram atau kepuasan hati dari klien yang terjadi karena hilangnya ketidaknyamanan fisik yang dirasakan pada semua kebutuhan
3. Transcendence: keadaan dimana seseorang individu mampu mengatasi masalah dari ketidaknyamanan yang terjadi.

Konsep teori kenyamanan adalah kebutuhan kenyamanan, intervensi kenyamanan (*comfort care*), intervening variables, peningkatan kenyamanan, *health seeking behaviors* (HSBs) dan integritas institusional (Kolcaba, 2003).

1. Comfort atau kenyamanan adalah pengalaman langsung yang diperkuat dengan kebutuhan relief, ease dan transcendence terkait dengan empat pengalaman yaitu fisik psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural.
2. Comfort care adalah filosofi perawatan kesehatan yang berdasarkan fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan yang nyaman bagi klien. Comfort care mempunyai 3 komponen yaitu intervensi yang sesuai dan tepat waktu, model perawatan yang perhatian dan empati, berfokus pada kenyamanan pasien. Comfort measures adalah intervensi yang sengaja dirancang untuk meningkatkan kenyamanan klien atau keluarga. Comfort needs adalah kebutuhan akan rasa nyaman relief, ease dan transcenden dalam kontak pengalaman manusia secara fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan.

3. HSBs adalah perilaku pasien atau keluarga yang terlibat secara sadar atau tidak sadar, menggerakkan mereka ke arah kesejahteraan. HBs dapat eksternal, internal atau kematian yang damai.
4. Integritas institusional (Integritas Kelembagaan) adalah kondisi sarana perawatan kesehatan yang lengkap, menyeluruh, terkenal, jujur, profesional dan beretika. Apabila institusi telah memberikan integritas ini, maka institusi tersebut menunjukkan bukti praktik terbaik dan kebijakan terbaik.
5. Intervening variables (variabel intervensi) adalah faktor positif ataupun negatif yang sedikit sekali dapat dikontrol oleh perawat atau institusi tetapi berpengaruh langsung kesuksesan rencana intervensi kenyamanan. Contoh Intervening variables adalah dukungan sosial, kemiskinan, prognosis, kondisi medis atau psikologis dan kebiasaan/pola kesehatan.

Konsep teori kenyamanan dapat digambarkan dalam kerangka konseptual sebagai berikut (Dimarco & Kolcaba, 2005):



Gambar 1. Kerangka Kerja Konseptual pada Teori Kenyamanan

Kolcaba mengaitkan ketiga tipe kenyamanan tersebut dengan empat pengalaman kenyamanan yaitu fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial (Bergström,

Håkansson, Stomberg, & Bjerså, 2018). Tiga tipe comfort dipadukan dengan empat konteks pengalaman, maka terbentuk struktur taksonomi kenyamanan. Bagan struktur taksonomi menggambarkan elemen comfort. Bagan ini sangat berguna untuk mengkaji kebutuhan rasa nyaman,, merencanakan intervensi, mengevaluasi keefektifan intervensi tersebut untuk meningkatkan rasa nyaman dan mengukur kenyamanan pasien untuk riset maupun praktik

Tabel 26.1 Struktur Taksonomi Kenyamanan (Dimarco & Kolcaba, 2005)

	Relief	Ease	Transcendence
Fisik	Mual Kurang mobilitas	Tempat tidur nyaman, posisi yang nyaman saat nyeri	Persepsi pasien “Saya dapat mentoleransi nyeri”
Psikospiritual	Kecemasan	Perasaan tidak pasti terhadap keberhasilan operasi	Kebutuhan support spiritual dari tim medis dan perawatan
Lingkungan	Kebisingan di ruang intensif (NICU, PICU), Pencahayaan berlebih, Dingin	Kurangnya privasi, Mendengarkan hal yang positif dan tenang, Kehangatan	Kebutuhan ketenangan, lingkungan yang tidak asing, kebutuhan privasi dengan perawatan diri
Sosiokultural	Tidak adanya perawatan yang sensitive terhadap budaya, keluarga tidak hadir	Keterbukaan bahasa, Dukungan emosional positif, Kehadiran keluarga, Kecemasan perpisahan	Kebutuhan dukungan keluarga dan teman, kebutuhan informasi, Konsultasi.

Kolcaba memandang bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seorang individu yang bersifat holistik, meliputi (Bergström et al., 2018):

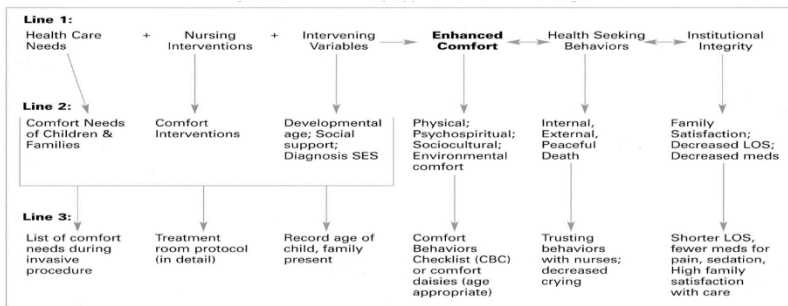
1. Kenyamanan fisik berhubungan dengan mekanisme sensasi tubuh dan homeostasis, meliputi penurunan kemampuan tubuh dalam merespon suatu penyakit atau prosedur invasif. Beberapa alternatif untuk memenuhi kebutuhan fisik adalah memberikan obat, merubah posisi, *backrub*, kompres hangat atau dingin, sentuhan terapeutik.
2. Kenyamanan psikospiritual dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang dapat difasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan interaksi dan sosialisasi klien dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam proses kesembuhan klien.
3. Kebutuhan kenyamanan sosiokultural berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan masyarakat, meliputi kebutuhan terhadap informasi kepulangan (*discharge planning*), dan perawatan yang sesuai dengan budaya klien. Kebutuhan kenyamanan sosiokultural adalah menciptakan hubungan terapeutik dengan klien, menghargai hak-hak klien tanpa memandang status sosial atau budaya, mendorong klien untuk mengekspresikan perasaannya, dan memfasilitasi kerja tim yang mengatasi kemungkinan adanya konflik antara proses penyembuhan dengan budaya klien.
4. Kebutuhan lingkungan yang berhubungan dengan menjaga kerapian dan kebersihan lingkungan, membatasi pengunjung dan terapi saat klien beristirahat, dan memberikan lingkungan yang aman bagi klien

Aplikasi Teori *Comfort* dalam Keperawatan Anak

Aplikasi suatu teori ke lahan praktik dipengaruhi oleh banyak faktor. Sebuah teori keperawatan harus sesuai dengan nilai dan misi suatu institusi, teori bersifat sederhana, dan mudah dipahami untuk dipakai sebagai panduan praktik (Kolcaba, Tilton, & Drouin, 2006). Teori kenyamanan ini disusun sebagai teori yang berpusat pada klien dan keluarga (*family-client centered theory*)

yang dianggap sebagai inti dari praktik keperawatan. Hal ini sesuai dengan filosofi keperawatan anak yang berpusat pada keluarga, sehingga teori ini cocok digunakan pada tatanan pelayanan keperawatan anak. Berdasarkan teori comfort, ada beberapa konsep teori yang harus dipahami oleh perawat dalam melakukan intervensi pada anak dan keluarga, meliputi:

1. Anak dan keluarga memiliki respon terhadap rangsangan yang bersifat kompleks
2. Rasa aman merupakan hasil yang bersifat holistik dari disiplin ilmu keperawatan termasuk keperawatan anak.
3. Rasa nyaman merupakan kebutuhan dasar bagi anak termasuk keluarga yang sifatnya beragam dan untuk memenuhinya diperlukan bantuan perawat
4. Perawat mempertimbangkan keunikan anak sebagai bagian dari sistem keluarga, sehingga perencanaan keperawatan lebih efisien.



Skema Kerangka Kerja Konseptual Comfort Theory pada Pasien Anak (Dimarco & Kolcaba, 2005)

Baris pertama menggambarkan konsep teori umum middle range theory dan masih bersifat abstrak. Kebutuhan rasa nyaman menjadi meningkat ketika telah diidentifikasi dan mendapatkan intervensi kenyamanan. Rasa nyaman yang meningkat merupakan tujuan utama perilaku pencarian kesehatan oleh klien. Perilaku tersebut dapat meningkatkan rasa percaya klien terhadap institusi pemberi layanan kesehatan. Baris

kedua adalah penjelasan kegiatan yang dapat dilakukan pada setiap variabel. Baris ini menggambarkan tingkat praktik comfort pada perawatan anak. Baris ketiga adalah cara dimana setiap komponen dilaksanakan.

Proposisi dalam teori kenyamanan

Proposition adalah pernyataan yang menghubungkan antar konsep. Berikut adalah proposition teori kenyamanan:

1. Perawat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan pasien yang belum dipenuhi oleh sistem pendukung yang ada.
2. Perawat merancang intervensi untuk mengatasi kebutuhan kenyamanan.
3. Variabel intervening diperhitungkan dalam merancang intervensi dan disepakati bersama dalam jangka waktu yang wajar.
4. Jika peningkatan kenyamanan tercapai, pasien diperkuat untuk terlibat dalam perilaku mencari pengobatan.
5. Ketika pasien terlibat dalam perilaku mencari pengobatan karena diperkuat oleh tindakan yang menenangkan, perawat dan pasien menjadi lebih puas dengan pelayanan kesehatan mereka.
6. Ketika pasien puas dengan pelayanan kesehatannya di institusi tertentu, institusi tersebut tetap mempertahankan integritasnya; integritas kelembagaan mempunyai komponen normatif dan deskriptif.

1. Pengkajian Keperawatan

Proses pengkajian dimulai dari mengidentifikasi kebutuhan rasa nyaman klien ditinjau dari 3 fase (*relief, ease, dan transcendence*) serta meliputi 4 konteks kenyamanan (fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan) (Kolcaba & Wilson, 2002):

- a. Kenyamanan fisik terdiri dari sensasi tubuh, mekanisme homeostasis, nyeri akibat prosedur invasif (terkait prosedur diagnostik dan terapi), pemenuhan oksigenasi, dan ketidakmampuan dalam mempertahankan termoregulasi.
 - b. Kenyamanan psikospiritual mencakup kesadaran diri (harga diri, seksualitas, arti hidup) dan hubungan manusia pada tatanan yang lebih tinggi). Kebutuhan kenyamanan dari aspek psiko-spiritual pasien bisa dipenuhi meskipun pasien dengan tingkat kesadaran yang menurun seperti memfasilitasi kunjungan orang tua atau keluarga, sentuhan terapeutik (*caring touch*).
 - c. Kebutuhan kenyamanan lingkungan yang perlu diidentifikasi adalah ketenangan ruangan/pengontrolan kebisingan, suhu, bau, pencahayaan yang cukup, tidak menginterupsi pola tidur klien serta keamanan pasien selama dirawat di ruang.
 - d. Kenyamanan sosiokultural berkaitan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan masyarakat. Perawat dalam memberikan prosedur tindakan apapun perlu berkonsultasi dengan keluarga untuk mengkaji apakah terapi sesuai dengan budaya yang berlaku di lingkungan pasien. Selain budaya, sosial ekonomi keluarga juga perlu diidentifikasi untuk menentukan pilihan prosedur yang tepat.
2. Diagnosis Keperawatan

Aplikasi diagnosis keperawatan berdasarkan teori *Comfort Kolcaba* yang berkaitan dengan kenyamanan terhadap rasa nyeri antara lain nyeri akut, nyeri kronik, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas, kecemasan, gangguan rasa nyaman, risiko cedera, dan infeksi (Lima, Guedes, Silva, Freitas, & Fialho, 2017).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi kenyamanan ditujukan sebagai pemenuhan kebutuhan dasar manusia, seperti istirahat, homeostasis, komunikasi terapeutik dan pengobatan yang holistik. Intervensi keperawatan bertujuan meningkatkan rasa nyaman dan meminimalkan level nyeri. Ada minimal 3 tipe intervensi *comfort* dalam kolcaba, diantaranya (Wilson & Kolcaba, 2004):

a. Standard comfort intervention

Teknik intervensi ini digunakan untuk mempertahankan homeostasis, mengontrol nyeri, dan mencegah komplikasi. Intervensi standar antara lain adalah pengkajian pasien, manajemen nyeri nonfarmakologis dan farmakologis, medikasi, monitoring vital sign, modifikasi lingkungan terkait pengaturan suhu, bau, pembatasan kunjungan, dan pemeriksaan laboratorium.

b. Coaching

Coaching mengandung pengertian melatih pasien dan keluarga untuk mengurangi atau menghilangkan kecemasan dengan menyediakan informasi yang akurat tentang status kesehatan klien, tetap memberi harapan yang sesuai dengan kondisi klien, mau mendengarkan secara aktif, serta membantu implementasi perencanaan untuk meningkatkan kesembuhan klien. Intervensi coaching meliputi dukungan emosional, pendidikan kesehatan, reassurance (pemberian kepastian), dan mendengarkan.

c. Comfort food for the soul

Teknik ini digunakan untuk memberikan ketenangan jiwa. Perawat melakukan intervensi-intervensi khusus yang membuat klien dan keluarga merasa diperhatikan dan dikuatkan secara fisik, mental, emosional, dan spiritual, sebagai contoh mengajarkan beberapa teknik

relaksasi seperti therapeutic touch, guided imagery, terapi musik, memfasilitasi hubungan personal, dan menghabsiskan waktu luang.

4. Implementasi Keperawatan

Beberapa evidence practice based nursing pendekatan teori comfort Kolkaba yang dapat diterapkan untuk kenyamanan pasien pada empat aspek: Perianal care dengan air dapat mengatasi kerusakan integritas kulit akibat diapers dermatitis (Mahayati, 2020); Empowerment pada ibu post partum untuk menurunkan breast engorgement dengan pendekatan teori comfort kolcaba (Septiani & Dwianto, 2020), support system group menurunkan kecemasan penderita diabetes (Rahmawati, Muharyani, & Tarigan, 2019); Mengatasi nyeri pada anak pasca pembedahan laparatomi (Ilmiasih, Nurhaeni, & Waluyanti, 2015), terapi komplementer terhadap kecemasan pasien pada periode perioperative (Pomalango, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Beberapa instrument telah dikembangkan untuk mengukur pencapaian tingkat kenyamanan. Perawat dapat menggunakan beberapa instrument untuk menilai peningkatan kenyamanan klien sesuai dengan usia anak (Lorente, Losilla, & Vives, 2018):

- a. Comfort of paediatric patients: Comfort Scale (CS), Visual Analog Scales (VAS), Comfort Neo Scale, Modified Comfort Scale, Comfort Behavioural Scale (CBS), Paediatric Perioperative Comfort Instrument (PPCI)
- b. Comfort of adult patients: The General Comfort Questionnaire (GCQ) Psychiatric InPatients Comfort Scale (PICS), Psychiatric InPatients Comfort Scale (PICS), Pain Discomfort Scale (PDS)
- c. Comfort of elderly patients with dementia: Discomfort in Alzheimer Type (DS-DAT), End of Life Comfort Planning Questionnaire, Source of Discomfort Scale (SODS)

Aspek Positif

Penerapan teori Kolcaba dapat digunakan secara luas diberbagai tatanan pelayanan pemberian asuhan keperawatan setting perianastesia, perioperatif nursing, critical care, emergency room, onkologi, terapi radiasi, dan praktik perawatan palliative (end-of-life nursing practice). Kenyamanan adalah tujuan sentral dari keperawatan karena melalui rasa nyaman tahap *recovery* klien akan tercapai. Ketidaknyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan yang dirasakan dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang, Oleh karena itu, perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan perlu memahami dan mengaplikasikan model konseptual teori kenyamanan untuk meningkatkan status kesehatan klien. Teori kenyamanan bisa digunakan sebagai acuan kerangka dalam penelitian sehingga memudahkan perawat untuk lebih terlibat dalam penguasaan teori yang berdasarkan riset dan praktik. Sebagai tambahan penerapan pada area pendidikan Goodwin, Sener, dan Steiner (2007) menambahkan aplikasi Kolcaba merupakan konsep yang holistik untuk dijadikan teaching guideline. Pengajar bisa menurunkan ketidaknyamanan mahasiswa. Untuk menurunkan ketidaknyamanan fisik, pengajar mendukung mahasiswa untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahat. Dari aspek psycho-sosial, guru memberikan inspirasi dan reinforcement positif pada mahasiswa untuk menurunkan kecemasan. Untuk menurunkan ketidaknyamanan sosio-kultural, guru menunjukkan penghargaan kepada mahasiswa dengan berbagai perbedaan budaya dan adat istiadat. Pada fase transcendence mahasiswa memiliki motivasi, partisipasi, dan kepuasan sepanjang proses pembelajaran yang ditempuh.

Aspek Negatif

Beberapa kelemahan dari penerapan teori comfort adalah bahwa teori ini melibatkan semua aspek (holistik) yang meliputi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial kultural. Akan tetapi, untuk menilai semua aspek

tersebut dibutuhkan kerjasama secara multidisiplin profesi dan komitmen tinggi dari berbagai profesi agar pelayanan tidak cenderung tidak terfragmentasi antar interdisiplin ilmu atau malah terjadi tumpah tindih. Kerangka konseptual teori kenyamanan tidak akan tercapai tanpa dukungan dan komitmen institusi pelayanan kesehatan. Namun, terkadang memerlukan perhitungan budget untuk operasional di pelayanan kesehatan, sehingga terkadang diperlukan modifikasi dari fasilitas yang sudah ada. Penerapan teori *comfort* Kolcaba pada asuhan keperawatan anak memerlukan format pengkajian khusus karena keempat pengalaman nyaman anak akan berbeda di setiap tahap perkembangan.

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2017). *Nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Bergström, A., Håkansson, Å., Stomberg, M. W., & Bjerså, K. (2018). Comfort theory in practice—Nurse anesthetists' comfort measures and interventions in a preoperative context. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(2), 162–171.
- Dimarco, K. K., & Kolcaba, K. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187–194.
- Goodwin, M., Sener, L., & Steiner, S. (2007). A novel theory for nursing education: Holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4), 278–285. doi:10.1177/0898010107306199
- Ilimasih, R., Nurhaeni, N., & Waluyanti, F. T. (2015). Aplikasi teori comfort Kolcaba dalam mengatasi nyeri pada anak pasca pembedahan laparatomi di Ruang BCH RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. *Jurnal Keperawatan*, 6(1).
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538–544.
- Kolcaba, K., & Wilson, L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2), 102–114.
- Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C., Silva, L. de F. da, Freitas, M. C. de, & Fialho, A. V. de M. (2017). Usefulness of the comfort theory in the clinical nursing care of new mothers: critical analysis. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 37.
- Lorente, S., Losilla, J., & Vives, J. (2018). Instruments to assess patient comfort during hospitalization: A

- psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1001–1015.
- Mahayati, L. (2020). Aplikasi Model Keperawatan Comfort Kolcaba Dalam Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kerusakan Integritas Kulit. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 11–20.
- March, A., & McCormack, D. (2009). Nursing theory-directed healthcare: Modifying Kolcaba's comfort theory as an institution-wide approach. *Holistic Nursing Practice*, 23(2), 75–80.
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomed. J.* 2017; 2 (1): 6–12.
- Pomalango, Z. B. (2023). Penerapan Teori Keperawatan Comfort Katharine Kolcaba dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Perioperatif. *Jurnal Anestesi*, 1(3), 118–128.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Kerr, J. C., & Sirotnik, M. K. (2009). *Canadian fundamentals of nursing*. (No Title).
- Rahmawati, F., Muharyani, P. W., & Tarigan, A. (2019). Pengaruh Support Group Dengan Model Keperawatan Kolcaba Terhadap Tingkat Kecemasan Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 6(1), 64–69.
- Septiani, B. N., & Dwiantoro, L. (2020). Empowerment Pada Ibu Post Partum Untuk Menurunkan Breast Engorgement Dengan Pendekatan Teori Comfort Kolcaba. *The Shine Cahaya Dunia Ners*, 5(1).
- Wilson, L., & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 164–173.
- Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2009). *Textbook of pediatric nursing*. Shoghi M.(translator), 9, 296–298.

Profil Penulis



Eva Oktaviani, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An

Penulis saat ini bekerja sebagai Dosen Departemen Keperawatan Anak di Poltekkes Kemenkes Palembang, Prodi Keperawatan Lubuklinggau sejak tahun 2010 sd sekarang. Lahir di Palembang, 10 Oktober 1985.

Menempuh pendidikan perawat di S1 PSIK UGM tahun 2003. Pernah bekerja di Siloam Lippo Karawaci dari tahun 2008-2010 di ruang NICU dan Pediatrik. Kecintaan penulis terhadap passion anak mendorong penulis untuk melanjutkan Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia tahun 2014. Penulis aktif menulis buku non fiksi (Buku Ajar Keperawatan Anak, Teori Keperawatan) dan buku fiksi seperti komik anak, antologi puisi, antologi cerpen dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa.

Email Penulis: evaoktaviani@poltekkeskemenkes.ac.id

MODEL PENILAIAN KESEHATAN ANAK

Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep

Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

Pendahuluan

Kathryn E Barnard merupakan wanita yang lahir pada tahun 1938 di Omaha, Nebraska yang merupakan ahli keperawatan dan ahli teori keperawatan yang mengembangkan model teori keperawatan dengan model penilaian kesehatan anak (Child Health Assessment Model). Teori keperawatannya dikenal dengan model interaksi penilaian kesehatan anak (The Child Interaction Theory)



Gambar 27.1. Dr. Kathryn E. Barnard
(<https://nursing.uw.edu/article/remembering-kathryn-barnard-a-nursing-legend/>)

Pada tahun 1956, Kathryn E. Barnard mengikuti program pelatihan keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 1960, kemudian melanjutkan pendidikan ke Universitas Nebraska. Selanjutnya pada tahun 1963 telah

berhasil memperoleh gelar MSN dari Universitas Boston dan bekerja sebagai instruktur keperawatan ibu dan anak di Universitas Washington. Pada tahun 1972 meraih gelar PhD, dalam ekologi perkembangan anak usia dini, Universitas Washington..

Awal tahun 1970-an, Barnard mendesak perubahan dalam penanganan bayi prematur yang sering di tempatkan di inkubator terisolasi. Dia menciptakan isolette yaitu sebuah ranjang tidur yang nyaman untuk bayi prematur yang dilengkapi dengan model bergoyang. Dari studinya ini, membuktikan bahwa goyangan lembut pada ranjang tidur bayi akan menyebabkan kenaikan berat badan lebih cepat dan lebih meningkatkan fungsi motorik dan sensorik bayi. Dia seorang ahli yang diakui di dunia internasional dalam bidang kesehatan mental bayi, yang mempelajari perkembangan sosial dan emosiaonal anak-anak selama lima tahun pertama kehiduannya.

Pada tahun 1985, dia telah menajdi profesor keperawatan khususnya bidang ibu dan anak. Barnard menjadi ilmuwan perawat dan menerima dua penghargaan penelitian tahun 1987. Dr. Barnard juga aktif sebagai penelitian, pendidik dan konsultan World Health Organization (WHO)



—Gambar 27.2. Kathryn Barnard—
(<https://nursing.uw.edu/article/remembering-kathryn-barnard-a-nursing-legend/>)

Dalam sebuah wawancara pada tahun 1988 yang dikutip dari The New York Times, dia mengatakan bahwa “ bayi akan selalu menangis ketika merasa tidak nyaman.

Gerakan tangan dan kaki mereka sebetulnya untuk mengungkapkan perasaan. Itu sebabnya, orang tua harus lebih sering menyentuh mereka agar terjadi kontak batin yang erat. Ada sekitar 80% bayi melakukan komunikasi melalui gerakan tubuhnya. Lebih mudah untuk membaca komunikasi bayi yaitu kontak kulit ke kulit”.

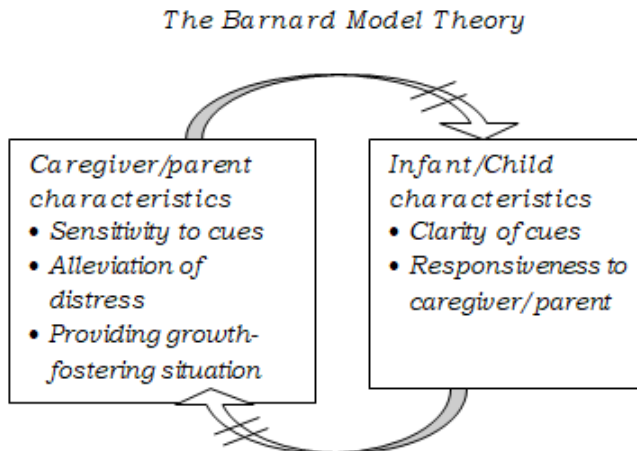
Karya Dr. Barnard yaitu merancang penelitian untuk membantu identifikasi risiko masalah anak-anak. Selain itu, dia menciptakan program untuk mendukung wanita terbebas dari jerat narkoba, kemiskinan, penyakit mental, kehamilan dan pengasuhan anak. Tahun 2002, Dr. Barnard sempat mendirikan Centre on Infant Mental Health and Development di University Washington atas kepeduliannya terhadap anak-anak. Dr. Barnard menghembuskan nafas terakhirnya pada usia 77 tahun di Seattle.

Konsep Utama Teori Kathryn E Barnard

Teori keperawatan dari Dr. Barnard di kenal dengan *The Child Interaction Theory*. Teori interaksi anak merupakan teori yang mengemukakan bahwa perkembangan anak sehat tergantung pada respon orang tua/pengasuh terhadap sinyal dari anak dengan cara yang penuh kasih dan dapat diandalkan, mulai dari saat lahir (Qaiser, 2014). Teori Barnard berfokus pada perkembangan alat pengkajian untuk mengevaluasi pertumbuhan dan perkembangan anak disamping memandang orang tua dan anak sebagai suatu sistem interaktif. Sistem orang tua dan anak dipengaruhi oleh karakteristik individu setiap anggota dan karakteristik individu tersebut yang dimodifikasi untuk memenuhi kebutuhan sistem.

Konsep utama teori ini meliputi persilangan (*intersection*) antara pengasuh (*carigiver/parent*), lingkungan (*enviroment*) dan anak (*child*) yang berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan anak dan hubungan bayi-ibu. Karakteristik individu dari setiap anggota mempengaruhi sistem induk bayi dan perilaku adaptif,

memodifikasi karakteristik tersebut untuk memenuhi kebutuhan sistem.



Gambar 27.1. Model Teori Kartryn E. Barnard

Adapun yang dimaksud dengan karakteristik dari pengasuh/orangtua (caregiver/parent characteristics) meliputi:

1. Sensitivity to cues
2. Alleviation of distress
3. Providing growth-fostering situation

Sedangkan untuk karakteristik bayi/anak (infant/child characteristics) meliputi:

1. Clarity of cues (kejelasan isyarat bayi)

Dalam menjalin hubungan interaksi yang seimbang antara orang tua dan bayi/anak diperlukan isyarat yang harus diberikan oleh bayi kepada pengasuh/orang tua. Isyarat yang diberikan bayi dapat mempermudah atau mempersulit orang tua/pengasuh untuk memahami tanda tersebut seperti menangis, rewel menandakan bayi/anak

ingin tidur atau meminta perhatian, menahan lapar atau ada perubahan fisik dalam dirinya.

2. Responsiveness to caregiver/parent (respon bayi. Anak terhadap pengasuh/orang tua)

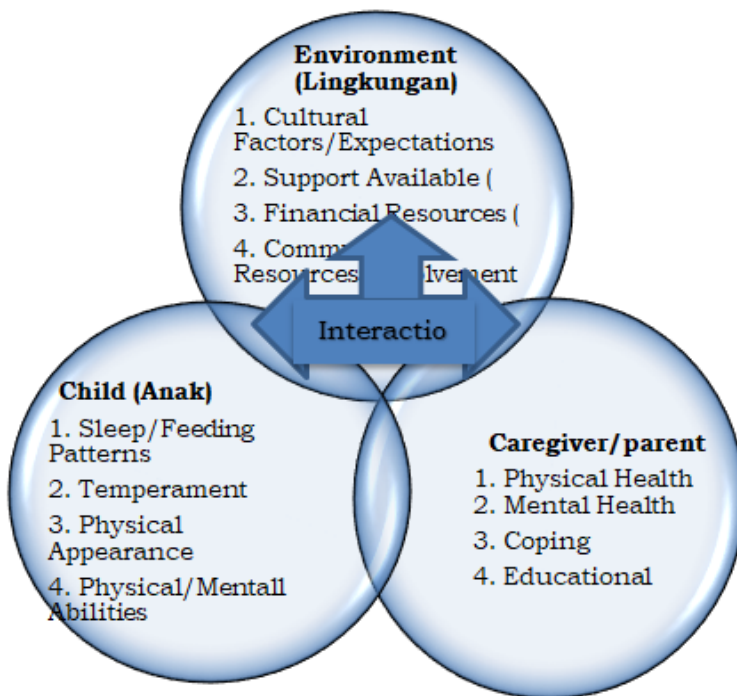
Bayi/anak dapat membaca isyarat dari orang tua/pengasuh atau pemberi layanan kesehatan, sehingga bayi/anak dapat memodifikasi perilakunya. Selain itu bayi/anak dapat memberikan isyarat balik kepada orang tua sebagai respon asuhan yang telah diberikan oleh pengasuh/orang tua. Bila bayi/anak tidak memberikan respon dari isyarat yang diberikan orang tua/pengasuh maka adaptasi tidak akan terjadi.

Teori keperawatan Barnard ini termasuk dalam *tipologi a middle range theory* dalam keperawatan yang memiliki tiga konsep yaitu sebuah persimpangan atau titik temu antara pengasuhan (*caregiver/parents*), lingkungan (*environment*) dan anak (*child*) yang berinteraksi menyerupai diagram venn. Teori ini mengusulkan bahwa karakteristik individu dari masing-masing anggota mempengaruhi sistem orang tua-bayi, dan bahwa perilaku adaptif memodifikasi karakteristik ini untuk memenuhi kebutuhan sistem. (Pokorny, 2010)

Konsep Utama Teori Kathryn E. Barnard dengan tahun pertama dipublikasikan sekitar tahun 1978 meliputi:

1. *Caregiver/Parent* (Pengasuh)
 - a. *Physical Health* (kesehatan fisik)
 - b. *Mental Health* (kesehatan mental)
 - c. *Coping* (koping)
 - d. *Educational Level* (jenjang pendidikan)
2. *Environment* (Lingkungan)
 - a. *Cultural Factors/Expectations* (faktor budaya/harapan)
 - b. *Support Available* (tersedianya dukungan)
 - c. *Financial Resources* (sumber dana)

- d. *Community Resources/Involvement* (sumber daya/keterlibatan komunitas)
3. *Child (Anak)*
- a. *Sleep/Feeding Patterns* (pola tidur/makan)
 - b. *Temperament* (perangai)
 - c. *Physical Appearance* (penampilan fisik)
 - d. *Physical/Mental Abilities* (kemampuan fisik/mental)



Gambar 27.3 . Child health assessment interaction theory Barnard (1994) dalam Tommey&Alligod (2010)

Definisi dan Kekuatan Paradigma Keperawatan

Paradigma keperawatan dalam model Barnard meliputi:

1. *Person* (orang) : dalam hal ini adalah bayi/anak untuk dapat memahami rangsangan auditori, visual dan tactile kemudian memanfaatkan informasi atau reaksi yang diterima dengan baik.
2. *Health* (kesehatan) : pelayanan kesehatan berupa pelayanan preventif terbesar disediakan oleh keluarga yaitu pengasuh/orang tua.
3. *Environment* (lingkungan): segala sesuatu yang mengelilingi bisa berupa tempat, orang, benda-benda, suara atau pemandangan.
4. *Nursing* (keperawatan): adanya pendidikan keperawatan yang memfasilitasi perubahan cara perawatan.

Dalam model Barnard ini, seseorang dalam hal ini bayi/anak dan pengasuh/orang tua serta pemberi layanan kesehatan tidak hanya mampu memahami rangsangan auditori, visual dan taktil, tetapi juga mampu memanfaatkan informasi yang diperoleh secara bermakna. Untuk dapat meningkatkan kesehatan lingkungan, kebutuhan utama adalah keluarga dan cara berinteraksi keluarga, melalui hubungan orangtua-anak yang baik, hal ini merupakan cara perawatan kesehatan secara preventif yang akan menghindari masalah perilaku seiring pertumbuhan anak. Model Barnard juga menggambarkan hal apa saja yang bisa berperan dalam lingkungan orang tua dan anak, selain itu, benda hidup dan benda mati yang ada di lingkungan dapat mempengaruhi hubungan tersebut. Selanjutnya, perawat diharapkan mempromosikan lingkungan yang sehat dan mendidik. Kita mendorong ikatan antara ibu bayi baru lahir dan orang tua bayi serta memastikan dapat beradaptasi dengan perubahan lingkungan.

Aplikasi dan Kontribusi Teori Barnard

Selain menjadi pencipta teori model interaksi untuk evaluasi kesehatan anak, Barnard juga mendirikan proyek pelatihan yaitu NCAST (*Nursing Child Assessment Satellite Training*) yang bertugas untuk menyediakan berbagai profesional kesehatan dari seluruh dunia untuk

menilai perkembangan anak dan interaksi anak orang tua-anak. Perlu diketahui, bahwa Kathryn Barnard tidak mengembangkan teorinya tetapi dia menjadi seorang peneliti yang tidak kenal lelah melakukan evaluasi longitudinal antara lain menyusui dan anak.

Model interaksi orang tua-anak Kathryn E. Barnard bermanfaat dan dapat diterapkan di lingkungan pelayanan kesehatan diterapkan secara teratur di lingkungan layanan kesehatan dengan memberikan nasihat kepada pengasuh/orang tua untuk berusaha memperkuat hubungan orang tua-anak. Model keperawatan ini dapat diterapkan dalam berbagai tatanan pelayanan. Meskipun berfokus pada pengembangan kesehatan anak melalui ikatan kekeluargaan, tetapi orang tua dapat mengambil manfaat dari memperkuat hubungan antara orang tua-anak.

Secara keseluruhan, hubungan orang tua-anak berkorelasi positif dengan peningkatan perkembangan kognitif anak dan oleh karena itu perawat harus mendorong hal ini untuk memastikan bahwa kesehatan mental dapat dicapai. Selain itu, model ini membantu mendukung kesehatan fisik anak karena memungkinkan orang tua mempelajari informasi yang diperlukan untuk membantu anak melalui proses pemulihan

Meskipun Model Interaksi Orang Tua-Anak Barnard dikembangkan pada tahun 1960an, model ini masih dapat diterapkan pada studi kesehatan anak saat ini. Ketika Barnard memulai studinya tentang hubungan orang tua-anak, hanya ada sedikit pemahaman tentang hubungan antara kedua orang ini sehubungan dengan perkembangan komunikasi anak dan pertumbuhan otak. Untuk memastikan bahwa anak-anak berada pada tahap perkembangan yang tepat, maka profesional kesehatan perlu menekankan pentingnya kedekatan kekeluargaan ketika bayi baru lahir dibesarkan menjadi dewasa. Meskipun hubungan ini memiliki dampak tidak langsung terhadap kesehatan anak, anak-anak memerlukan sistem pendukung agar mereka dapat mengatasi penyakit mereka secara efektif dan mengembangkan tatanan kehidupan yang memungkinkan mereka

melakukan pendekatan yang sama terhadap kesehatan. sebagai orang dewasa.

Model interaksi orang tua-anak Kathryn E. Barnard adalah teori keperawatan kelas menengah yang menilai perilaku anak-anak dan orang tua untuk mengidentifikasi “anak-anak yang berisiko”. Anak-anak yang berisiko termasuk mereka yang mengalami gagal tumbuh, bayi baru lahir yang sakit parah, dan anak-anak yang mengalami kekerasan dan penelantaran (Pathbreakers, 1996). Penelitian Barnard berkembang hingga mencakup penyelidikan faktor lingkungan yang diperlukan untuk menjamin kesejahteraan anak dalam hal kesehatan fisik dan status mental. Pada akhirnya, ia menemukan bahwa hubungan orang tua-anak merupakan komponen penting dari kemampuan berpikir dan berbicara jernih di kemudian hari, yang menunjukkan bahwa interaksi awal dengan orang tua mempunyai kemampuan mempengaruhi perkembangan anak secara positif.

Propositions

Teori Banard tentang *Parent/cargiver-child interaction Model* (Model interaksi orangtua/pengasuh-anak) didasarkan pada 10 dalil berikut:

1. Penilaian kesehatan anak tujuan utamanya adalah untuk mengidentifikasi masalah pada suatu titik sebelum mengembangkan dan ketika intervensi yang paling efektif.
2. Faktor lingkungan seperti ditandai oleh proses interaksi orang tua-anak yang penting untuk menentukan hasil kesehatan anak.
3. interaksi antara pengasuh-bayi menyediakan informasi yang mencerminkan sifat dari anak-anaknya terhadap lingkungan pergi.
4. Pengasuh membawa gaya dasar dan tingkat keterampilan yang merupakan ciri khas abadi. Kapasitas adaptasi pengasuh lebih mudah

dipengaruhi oleh respon dari bayi dan dukungan lingkungannya.

5. Interaksi anak yang adaptif, ada proses modifikasi bersama dalam bahwa pengaruh perilaku orang tua bayi atau anak dan pada gilirannya anak mempengaruhi orang tua sehingga keduanya perubahan.
6. Proses adaptif lebih dimodifikasi dari karakteristik dasar ibu atau bay. Oleh karena itu dalam intervensi perawat harus memberikan dukungan bagi para ibu sensitivitas dan respon terhadap bayi nya isyarat daripada mencoba untuk mengubah karakteristik nya atau gaya.
7. Kualitas penting untuk mempromosikan pembelajaran anak-anaknya adalah dalam memungkinkan perilaku dimulai anak dan memperkuat upaya anak-anaknya pada tugas.
8. Masalah besar bagi profesi keperawatan adalah dukungan selama tahun pertama kehidupandari anak dan pengasuh.
9. Penilaian interaktif hal yang penting dalam setiap model perawatan kesehatan anak yang komprehensif.
10. Penilaian lingkungan anak adalah penting dalam setiap model penilaian kesehatan anak.

Model interaksi antara orang tua/pengasuh-anak milik Barnard (*Barnard parent/caregiver-child interaction model*) telah digunakan dalam pendisikan, penelitian dan di praktik klinis selama lebih dari dua dekade. Hasil dari tinjauan penelitian dan tinjauan evaluasi model Barnard menunjukkan bahwa model tersebut secara efektif menggambarkan perkembangan anak dalam konteks interaksi pengasuh/*caregiver* dengan anak/*child* dan lingkungannya/*enviroment*. Proses pengembangan model ini konsisten dalam bentuk logika induktif dimana ahli teori merumuskan konsep dan hubungan berdasarkan teori, penelitian dan observasi klinis yang ada. Model Barnard ini telah digunakan secara internasional sebagai

kerangka teori untuk praktik keperawatan maternitas-anak. *Nursing Feeding and Teaching Scale* digunakan untuk menilai interaksi orang tua/pengasuh-anak dalam praktik klinis dan penelitian memiliki tingkat presisi dan reliabilitas/keandalan yang tinggi. Temuan dari intervensi penelitian menunjukkan bahwa waktu intervensi klinis harus dilakukan pada awal hubungan orang tua-anak dan dipertahankan seiring berjalannya waktu untuk mendapatkan efek atau dampak yang maksimal

Daftar Pustaka

- _____ (2023). Kathryn Barnard's Child Interaction Theory. <https://pmhealthnp.com/kathryn-barnard-child-interaction-theory/> diakses tanggal 28 Agustus 2023
- Aligood, Martha. E. (2017). pakar teori Keperawatan dan Karya Mereka. Edisi Indonesia Ke-8. Volume 1. Singapore. Elseiver.
- DeChesnay.M&Anderson.B. (2012). Caring for the Vulnerable (3rd Ed). Chapter 10. Application of the Barnard Parent-caregiver-Child Interaction Model to care of Premature Infant. Burlington, MA: James & Barlett Publisher. Available on https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=ZdRJGvd3Z_0C&oi=fnd&pg=PA135&dq=Care+of+Premature+Infant+Barnard&ots=6pdMVLem5h&sig=PUjlN5HCujEd0SgYbYKBJrZ3xgA&redir_esc=y#v=onepage&q=Care%20of%20Premature%20Infant%20Barnard&f=false
- Gill Wyne. (2023). Nursing Theories and Theorists: The Definitive Guide for Nurse. available on <https://nurseslabs.com/nursing-theories/#h-kathryn-e-barnard> diakses tanggal 31 Agustus 2023
- Jacqueline Fawcett&Maena Kramer, (2019) Barnard's Child Health Assessment Interaction Theory. <https://nursology.net/nurse-theories/barnards-child-health-assessment-interaction-theory/> diakses tanggal 30 Agustus 2023
- Liehr P, Smith MJ. Middle Range Theory: A Perspective on Development and Use. *ANS Adv Nurs Sci.* 2017 Jan/Mar;40(1):51-63. doi: 10.1097/ANS.000000000000162. PMID: 27930396.

Pridham KA, Lutz KF, Anderson LS, Riesch SK, Becker PT. Furthering the understanding of parent-*child* relationships: a nursing scholarship review series. Part 3: Interaction and the parent-*child* relationship--assessment and intervention studies. J Spec Pediatr Nurs. 2010 Jan;15(1):33-61. doi: 10.1111/j.1744-6155.2009.00216.x. PMID: 20074112; PMCID: PMC2835364.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2835364/>

University of Washington (2023) Remembering Kathryn Barnard, a nursing legend
<https://nursing.uw.edu/article/remembering-kathryn-barnard-a-nursing-legend/> diakses tanggal 28 Agustus 2023

Profil Penulis



Tri Arini, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis merupakan salah satu dosen tetap di Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta yang mulai berkarir mulai tahun 2006 setelah menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan dan Ners dari Program Studi Ilmu Keperawatan UGM Yogyakarta tahun 2006 dan telah menyelesaikan Program Magister Ilmu Keperawatan (Minat Keperawatan Anak) UGM Yogyakarta pada tahun 2015. Sebagai dosen keperawatan khususnya dalam bidang keperawatan anak, telah banyak pengalaman dalam mengaplikasikan ilmu dan mendampingi mahasiswa dalam menjalankan asuhan keperawatan pada anak. Penulis juga aktif sebagai pengurus di organisasi DPW PPNI DIY.

Email Penulis: triarini.ta@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN FLORENCE NIGHTINGALE; TEORI LINGKUNGAN

Zuhartul Hajri, S.Kep., Ners., M.Kep

Stikes Yarsi Mataram

Pendahuluan

Florence Nightingale dikenal sebagai pendiri keperawatan modern. Nightingale adalah seorang perawat selama perang Krimea yang percaya bahwa lingkungan berpengaruh besar terhadap kesehatan pasien. Pada saat terjadi perang Krimea banyak orang yang meninggal dikarenakan kondisi lingkungan yang tidak sehat. Teori Florence Nightingale tentang lingkungan menjelaskan konsep dan dasar-dasar lingkungan yang sehat dan bersih. Teori lingkungan Florence Nightingale berfokus pada lingkungan yang bersih untuk pasien. Konsep-konsep dalam teorinya adalah udara murni, cahaya, kebersihan, drainase yang efisien, dan air murni (Alligood, 2017).

Manfaat Teori

Lingkungan dan sekitarnya dapat mempengaruhi kesehatan pasien. Salah satu manfaat dari teori ini adalah bahwa teori ini masih digunakan dalam praktik hingga saat ini untuk memberikan dasar-dasar lingkungan yang bersih bagi pasien. Rumah sakit saat ini memiliki drainase yang efisien dengan memiliki toilet dan

saluran pembuangan untuk membuang limbah. Rumah sakit juga memiliki jendela di kamar pasien untuk memberikan cahaya dan ventilasi, serta AC dan pemanas. Perawat membantu menjaga kebersihan pasien dengan memandikan pasien dan mengganti seprai mereka bila diperlukan. Petugas kebersihan membersihkan rumah sakit dengan mengepel lantai dan membersihkan kamar pasien. Manfaat lain dari teori ini adalah dengan menyediakan dasar-dasar lingkungan yang bersih, hal ini membantu mengurangi risiko penyakit dan infeksi pada pasien.

Florence Nightingale dan Perang Krimea

Tanggal 12 Mei 1820 Florence Nightingale lahir di Florence, Italia. Namanya diambil dari nama kota tempat ia dilahirkan. Nightingale merupakan seorang dari garis keturunan arsitokrat Victoria yang tinggal di Derbyshire dan Hampshire. Dia juga dari keluarga yang terdidik dan kaya. Nightingale adalah seorang penjelajah sejati ke wilayah yang belum dipetakan. Dia adalah seorang guru, pembaharu, reaksioner dan revolusioner yang memperjuangkan reformasi perawatan kesehatan untuk kebaikan semua orang.



Gambar 28.1: Florence Nightingale
(National Army Museum)

Nightingale diketahui sangat tertarik dengan dunia keperawatan sehingga ia mengikuti pelatihan keperawatan di Kaiserwerth, Jerman yang merupakan sebuah komunitas agama protestan dengan fasilitas rumah sakit, meski tidak disetujui oleh keluarganya. Namun Nightingale mampu menyelesaikan pelatihan keperawatannya pada tahun 1851. Setelah 2 tahun menyelesaikan pelatihannya, ia menjadi pengawas di Hospital for Invalid Gentlewoman di London pada tahun 1853. Pada saat perang Krimea (1854-1856), Sidney Herbert (seorang teman keluarga dan Sekretaris Perang) meminta Nightingale untuk berangkat ke Scutari, Turki bersama 38 orang perawat untuk merawat tantara Inggris yang terluka. Kesan pertama yang didapat adalah mengerikan, sehingga Nightingale memberi komentar “kami berlumuran darah sampai ke leher”. Untuk mencapai misinya memberikan asuhan keperawatan, ia harus mengatasi masalah lingkungan yang ada, termasuk kurangnya sanitasi dan adanya (beberapa pispot, air yang terkontaminasi, seprai yang terkontaminasi dan septi tank yang melupa). Selain itu, para prajurit dihadapkan dengan pencahayaan, suhu dingin, infestasi kutu, infeksi luka dan penyakit oportunistik ketika mereka pulih dari luka akibat pertempuran.

Usaha Nightingale dalam memperbaiki kondisi yang menyedihkan ini membuatnya sangat populer dan dihormati oleh tentara tetapi dukungan dari dokter dan perwira militer kurang antusias. Dia disebut *The Lady of the Lamp*, seperti diabadikan dalam puisi “Santa Filomena”, karena dia berkeliling bangsal pada malam hari, memberikan kenyamanan emosional pada prajurit. Di Scutari, Nightingale mengalami sakit yang kritis akibat demam Krimea yang berpotensi menjadi tipus atau brucellosis dan yang memungkinkan mempengaruhi kondisi fisiknya selama bertahun-tahun setelah itu. Setelah perang, Nightingale kembali ke Inggris untuk menerima penghargaan yang besar. Ia dianugerahi sejumlah dana sebagai pengakuan terhadap hasil kerjanya, selanjutnya dana tersebut digunakan untuk membangun sekolah – sekolah keperawatan di St.

Thomas's Hospital dan Kings's College Hospital di London. Dalam beberapa tahun sekolah Nightingale mulai menerima permintaan Pembangunan sekolah – sekolah baru dibanyak rumah sakit diseluruh dunia, hal ini mengangkat reputasi Florence Nightingale sebagai pendiri keperawatan modern semakin meningkat.

Setelah kembali ke Inggris, Nightingale membatasi diri di kediamannya di London, akibat sakitnya yang berlanjut. Nightingale banyak membatasi diri di rumahnya di London, akibat sakit yang berlanjut setelah Kembali ke Inggris. Walau dalam kondisi sakit, dia tetap menulis surat kepada teman, kenalan, sahabat, dan lawan sebanyak 15.000 – 20.000 surat hingga usia 80 tahun. Melalui tulisan ini dia dapat mempengaruhi mempengaruhi dunia yang menjadi perhatiannya dengan kekuatan kata yang tertulis dengan jelas menyampaikan keyakinan, keinginannya untuk perubahan dalam perawatan kesehatan dan dalam masyarakat. Nightingale mampu bekerja sampai usia 80 tahun hingga mengalami kehilangan penglihatan dan meninggal dunia pada 13 Agustus 1910, diusia 90 tahun disaat sedang tidur. Nightingale mendapatkan berbagai penghargaan dari negaranya dan orang lain sebagai bentuk pengakuan terhadap karya-karyanya. Komunitas keperawatan di Amerika Serikat tetap terpikat oleh kehidupan dan karya Nightingale. Akhirnya semua tulisan Nightingale selagi masih hidup diterbitkan sebagai *The Collected Works of Florence Nightingale*. Karya ini diterbitkan empat belas volume sampai enam belas volume dibawah kepemimpinan sosiolog dan mahasiswa Nightingale Lynn McDonald (McDonald 2001 – sekarang). McDonald juga menerbitkan biografi baru dari Nightingale.

Teori Lingkungan Nightingale

Fokus dari teori Nightingale adalah pada lingkungan, ia memandang bahwa memanipulasi lingkungan fisik adalah komponen utama asuhan keperawatan. Lingkungan yang dimaksud oleh Nightingale adalah mengidentifikasi kesehatan rumah, ventilasi, cahaya, kebisingan kebisingan, variasi, tempat tidur dan

perlengkapan tidur, kebersihan kamar dan dinding, kebersihan pribadi, dan nutrisi ("mengambil makanan" dan "makanan apa") sebagai area utama lingkungan yang dapat dikendalikan oleh perawat. Ketika satu atau beberapa aspek dari lingkungan tidak seimbang, pasien harus menggunakan energi yang lebih besar untuk melawan lingkungan yang memberikan efek negatif terhadap kesehatan (stres). Energi yang seharusnya digunakan untuk penyembuhan menjadi terkuras karena stres. Aspek-aspek dari lingkungan fisik juga dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan psikologis

dari individu sendiri. Perhatiannya terhadap lingkungan sehat melibatkan pengaturan pengaturan rumah sakit di Krimea dan Inggris, dan juga diperluas ke publik dalam rumah pribadi mereka dan untuk kondisi kehidupan fisik orang miskin. Dia percaya bahwa lingkungan yang sehat diperlukan untuk perawatan yang tepat dan pemulihan/ pemeliharaan kesehatan. Karya teoritisnya pada lima komponen penting dari kesehatan lingkungan (udara murni, air murni, drainase yang efisien, kebersihan dan cahaya) tetap relevan sampai hari ini.

1. Ventilasi dan Penghangat Ruangan

Nightingale sangat memperhatikan ventilasi yang tepat bagi pasien, sehingga ia berpesan kepada perawat untuk "menjaga udara yang dihirup saat bernapas semurni udara luar, tanpa mendinginkannya". Lingkungan bisa menjadi sumber penyakit dan pemulihan sehingga ia juga menekankan pada ventilasi yang tepat. Selain membahas ventilasi dikamar atau dirumah, Nightingale memberikan deksripsi dalam mengukur suhu tubuh pasien melalui palpasi ekstremitas untuk memeriksa kehilangan panas. Suhu dapat dikontrol dengan keseimbangan yang tepat, perawat diminta menata lingkungan untuk mempertahankan ventilasi dan kehangatan pasien dengan menggunakan pemanasan yang baik atau antara api yang menyala dan ventilasi dari jendela, membuka jendela dan memposisikan pasien didalam ruangan dengan benar. Pentingnya suhu ruangan ditekankan

oleh Nightingale, diaman pasien tidak boleh terlalu hangat atau terlalu dingin. Saat ini, bangunan sering kali dibangun untuk dikontrol atau diatur suhunya sedemikian rupa. Namun beberapa pasien berada dikamar yang sama sehingga pasien atau perawat tidak dapat mengontrol suhu ruangan sesuai keinginan individu. Pengaturan suhu ruangan mungkin tidak memuaskan salah psien, karena ada pasien yang menginginkan ruangan yang lebih dingin dan pasien yang lain menginginkan ruangan yang lebih hangat. Hal ini disebabkan karena setiap individu berinteraksi dengan lingkungan.

2. Cahaya

Konsep cahaya juga penting dalam dalam teori Nightingale, ia percaya bahwa selain udara segar orang sakit juga membutuhkan cahaya. Secara khusus ia membahasa sinar matahari langsung sebagai kebutuhan tertentu bagi pasien. Dia mencatat bahwa “cahaya memiliki yang efek cukup nyata dan jelas pada tubuh manusia“. Dia mencatat bahwa orang tidak memperhatikan perbedaan antara cahaya yang dibutuhkan di kamar tidur (tempat orang tidur dimalam hari) dan cahaya yang dibutuhkan di ruang perawatan. Agar mendapatkan efek dari sinar matahari langsung, maka perawat diinstruksikan untuk mengerakkan dan memposisikan pasien agar mereka terkena sinar matahari secara langsung. Bagi orang yang sehat, tidak masalah di mana cahaya berada karena dia biasanya berada di ruangan ini hanya pada jam-jam malam atau di malam hari. Ia juga mencatat bahwa orang sakit jarang berbaring dengan wajah mereka ke arah dinding tetapi lebih sering menghadap ke jendela yaitu sumber cahaya matahari.

3. Kebersihan

Kebersihan adalah komponen penting lain dari teori Nightingale. Kebersihan yang dimaksud disini adalah kebrsihan pribadi (pasien dan perawat) dan lingkungan fisik (kebersihanruangan dan dinding. Ia

mengindikasikan bahwa “bagian terbesar dari keperawatan adalah menjaga kebersihan“. Dia menulis bahwa lingkungan yang kotor (lantai, karpet, dinding dan spre) adalah sumber infeksi melalui bahan organik yang dikandungnya. Dia juga menunjukkan bahwa, lingkungan yang memiliki ventilasi terbaikpun tidak akan dapat menyegarkan ruangan yang tidak bersih dan jika terdapat bahan organik maka dapat menimbulkan area kotor. Sehingga penanganan dan pembuangan limbah yang tepat diperlukan untuk mencegah terjadinya kontaminasi lingkungan. Peralatan harus mudah dicuci dan tidak rusak jika terkena kelembapan. Lantai harus mudah dibersihkan daripada ditutupi dengan karpet yang memerangkap debu. Beberapa pembatasan Nightingale terhadap karpet, kain, dan wallpaper dapat diimbangi dengan mekanisme pembersihan saat ini termasuk penyedot debu. Nightingale memandang fungsi kulit sebagai sesuatu yang penting, dan meyakini bahwa banyak penyakit tidak tertentu dapat menyebabkan kerusakan pada kulit. Ia berpikir kebersihan kulit harus dijaga terutama pada anak-anak. Ia juga percaya bahwa kulit yang tidak dibersihkan dapat mengakibatkan infeksi. Mandi dan mengeringkan kulit dapat memberikan kenyamanan yang besar bagi pasien juga diyakini oleh Nightingale. Ia juga menganjurkan pasien untuk sering mandi bahkan setiap hari, disaat itu mandi setiap hari bukanlah hal yang biasa. Selain menganjurkan pasien mandi, ia juga mengharuskan perawat untuk mandi setiap hari, pakaian mereka menjadi bersih dan sering mencuci tangan. Teori ini menunjukkan makna khusus untuk perawatan pasien individu dan merupakan hal yang sangat penting dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin yang tinggal dalam kondisi lingkungan yang sesak dan bermutu rendah, dengan penanganan limbah yang tidak memadai dan akses yang terbatas pada air murni.

4. Kebisingan, Nutrisi dan Mengonsumsi Makanan

Nightingale memasukkan konsep tenang dan diet dalam teorinya. Perawat diperlukan untuk menilai kebutuhan terhadap ketenangan dan melakukan intervensi yang diperlukan untuk mempertahankannya. Kebisingan yang diciptakan oleh kegiatan fisik di daerah sekitar kamar pasien harus dihindari karena bisa membahayakan pasien. Dia menyatakan bahwa pasien tidak boleh dibangunkan dengan sengaja atau tidak sengaja selama istirahat bagian dari tidur. Dia menegaskan bahwa bisikan atau percakapan panjang tentang pasien adalah tindakan yang tidak bijaksana dan kejam. Dia memandang kebisingan yang tidak perlu, termasuk suara dari pakaian perawat, sebagai sesuatu yang kejam dan menjengkelkan bagi pasien. Perawat masa kini mengenakan perhiasan dan membawa kunci yang bergemerincing serta menimbulkan suara-suara lain. Suara-suara lain yang lebih modern termasuk suara gertakan sarung tangan karet, dentingan stetoskop, roda tempat tidur yang terbuat dari logam, serta radio dan televisi. Fasilitas perawatan kesehatan modern memiliki banyak peralatan yang mengeluarkan alarm, bunyi bip, dan suara-suara lain yang mengagetkan atau mengagetkan pasien dari tidurnya hingga terjaga. Nightingale sangat kritis terhadap suara-suara yang mengganggu pasien, seperti tirai jendela yang tertiuip angin ke bingkai jendela. Dia memandangnya sebagai tanggung jawab perawat untuk menilai dan menghentikan suara semacam ini. Nightingale juga memperlihatkan bahwa perawat adalah pengendali lingkungan baik secara fisik maupun administratif. Perawat berperan untuk melindungi pasien dari informasi yang menjengkelkan, melihat pengunjung yang dapat memberikan efek negatif terhadap pemulihan dan mengalami gangguan tidur yang tiba-tiba. Kehadiran hewan peliharaan (hewan kecil) dapat memberikan kenyamanan bagi pasien. Ia percaya bahwa perawat tetap bertanggung jawab atas lingkungan, bahkan ketika perawat tidak hadir

secara fisik karena ia harusnya mengawasi orang lain yang bekerja ketika ia tidak bertugas. Nightingale membahas makanan yang disajikan kepada pasien dan mendiskusikan pentingnya variasi dalam makanan yang disajikan. Dia menemukan bahwa perhatian yang diberikan kepada pasien mempengaruhi bagaimana pasien makan. Dia mencatat bahwa setiap orang menginginkan makanan yang berbeda pada waktu yang berbeda hari dan bahwa porsi kecil yang sering mungkin lebih bermanfaat bagi pasien daripada sarapan atau makan malam dalam porsi besar. Ia meminta perawat tidak hanya menilai asupan makanan, tetapi juga jadwal makan dan efeknya pada pasien. Dia percaya bahwa pasien dengan penyakit kronis bisa mati kelaparan yang tidak disengaja, perawat yang cerdas seharusnya bisa memenuhi kebutuhan gizi pasien dengan baik.

5. Kesehatan Rumah

Dalam catatan keperawatan Nightingale membahas pentingnya kesehatan rumah sebagai hal yang berkaitan erat dengan keberadaan udara bersih, air bersih, drainase yang efisien, kebersihan, dan cahaya. Untuk mendukung pentingnya keperawatan berbasis rumah sakit yang memperhatikan hal-hal tersebut. Nightingale juga mencatat bahwa kebersihan di luar rumah mempengaruhi bagian dalam rumah. Seperti halnya Nightingale mencatat bahwa tumpukan kotoran mempengaruhi kesehatan rumah-rumah pada masanya, demikian juga keluarga modern dapat dipengaruhi oleh limbah beracun, air yang terkontaminasi dan beracun, dan udara yang tercemar.

6. Variasi

Nightingale percaya bahwa variasi dalam lingkungan adalah aspek penting yang mempengaruhi pemulihan pasien. Dia membahas perlunya perubahan warna dan bentuk, termasuk membawakan pasien bunga atau tanaman berwarna

cerah. Dia juga menganjurkan untuk merotasi 10 atau 12 lukisan dan ukiran setiap hari, minggu, atau bulan untuk memberikan variasi bagi pasien. Nightingale juga menganjurkan membaca, menjahit, menulis, dan membersihkan kegiatan untuk menghilangkan rasa bosan pada pasien.

7. Tempat Tidur

Tempat tidur sebagai bagian penting dari lingkungan, dia percaya bahwa tempat tidur harus ditempatkan di bagian ruangan yang paling terang dan ditempatkan agar pasien dapat melihat ke luar jendela. Dia mengingatkan perawat untuk tidak bersandar, duduk di atas, atau menggoyang-goyangkan tempat tidur pasien secara tidak perlu. Di rumah sakit modern, kasur biasanya dilapisi dengan plastik atau bahan lain yang dapat dicuci untuk membersihkan drainase, kotoran, atau materi lainnya. Kasur ini sering menyebabkan pasien berkeringat, yang menyebabkan pakaian pasien menjadi lembab. Tetap penting bagi perawat untuk menjaga tempat tidur tetap bersih, rapi, dan kering serta memposisikan pasien untuk kenyamanan maksimal.

8. Membicarakan Harapan dan Saran

Nightingale tidak berbicara tentang lingkungan sosial dan psikologis pasien pada tingkat yang sama seperti dia berbicara tentang lingkungan fisik. Dia menganggap bahwa pasien akan merasa stres mendengar pendapat setelah hanya melakukan observasi singkat. Nightingale mendorong perawat untuk memperhatikan apa yang dikatakan oleh pengunjung, percaya bahwa orang sakit harus mendengar kabar baik yang akan membantu mereka menjadi lebih sehat

9. Pertimbangan Sosial

Nightingale adalah seorang manajer yang luar biasa. Dia menunjukkan keterampilan manajemennya di Scutari dan menulis tentang hal tersebut dalam

banyak buku yang berhubungan dengan keperawatan. Dia percaya bahwa rumah rumah dan rumah sakit harus dikelola dengan baik yaitu: terorganisir, bersih, dan dengan persediaan yang sesuai. Nightingale mendukung pentingnya melihat lebih dari sekadar individu ke lingkungan sosial tempat ia tinggal. Dia adalah seorang ahli epidemiologi yang tidak hanya melihat jumlah orang yang meninggal, tetapi juga apa yang unik dari sebuah rumah atau jalan. Dia mengamati bahwa beberapa generasi keluarga hidup dan mati dalam kemiskinan. Dengan menggunakan data statistiknya, dia menulis surat dan kertas posisi dan mengirimkannya kepada kenalannya di pemerintahan dalam upaya untuk memperbaiki kondisi kehidupan yang tidak diinginkan. kondisi yang tidak diinginkan. Nightingale adalah panutan bagi aktivisme politik oleh perawat.

Model Lingkungan Nightingale dan Metaparadigma Keperawatan

1. Lingkungan

Komponen fisik lingkungan termasuk ventilasi dan penghangatan, kesehatan rumah, cahaya, kebisingan, tempat tidur dan alas tidur, kebersihan kamar dan dinding, kebersihan diri, makanan yang dikonsumsi dan jenis makanan. Lingkungan sosial dan psikologis yang ditunjukkan sebagai obrolan harapan dan nasihat, manajemen kecil, pengamatan terhadap orang sakit dan variasi. Tulisan Nightingale mencerminkan model kesehatan masyarakat di mana semua yang ada di sekitar manusia dipertimbangkan dalam kaitannya dengan kondisi kesehatan mereka. Dia mensintesis pengetahuan langsung tentang penyakit dengan kondisi sanitasi yang ada di lingkungan.

2. Manusia

Orang adalah individu yang menerima asuhan keperawatan. Meskipun Nightingale tidak

mendefinisikan orang secara khusus, ia mengkonseptualisasikan manusia sebagai holistik. Mereka didefinisikan dalam hubungannya dengan lingkungan mereka dan dampak lingkungan terhadap mereka.

3. Kesehatan

Kesehatan bukan berarti hanya menjadi sehat, tetapi juga mampu menggunakan setiap kekuatan yang dimiliki setiap individu. Dia percaya bahwa keperawatan harus memberikan perawatan kepada yang sehat maupun yang sakit dan mendiskusikan kesehatan sebagai kegiatan yang harus dilakukan oleh perawat. Nightingale percaya bahwa "hanya alam yang dapat menyembuhkan".

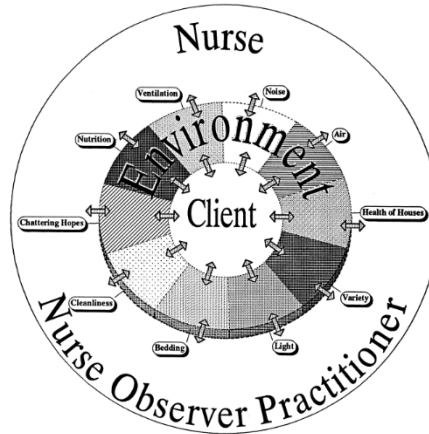
4. Keperawatan

Keperawatan dipandang dalam dua hal. Yang pertama didefinisikan sebagai keperawatan umum; perawat melakukan kegiatan yang disebutkan dalam kaedah lingkungan dan satu lagi adalah keperawatan yang tepat yang dipelajari melalui seni dan ilmu keperawatan. Mereka mampu menerapkan proses keperawatan. Nightingale percaya bahwa setiap wanita pada suatu waktu dalam hidupnya akan menjadi seorang perawat dalam arti bahwa keperawatan bertanggung jawab untuk kesehatan orang lain. Perawat yang terlatih harus belajar prinsip-prinsip ilmiah tambahan untuk diterapkan dalam pekerjaan mereka dan menjadi lebih terampil dalam mengamati status kesehatan pasien sambil memberikan perawatan ketika pasien sembuh.

Salah satu cara untuk mengatur model lingkungan Nightingale dapat dilihat pada gambar 2 berikut: Perhatikan bahwa pasien, perawat, dan konsep-konsep lingkungan utama berada dalam keseimbangan; yaitu, perawat dapat memanipulasi lingkungan untuk mengimbangi respons pasien terhadap lingkungan tersebut. Tujuan perawat adalah membantu pasien agar tetap seimbang. Jika

lingkungan pasien tidak seimbang, pasien akan mengeluarkan energi yang tidak perlu.

Model Lingkungan



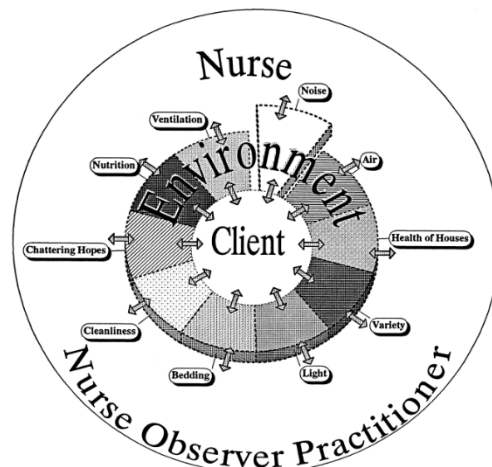
Gambar 28.2: Keseimbangan antara Pasien dan Lingkungan, (George, 2014).

Proses Keperawatan

Nightingale menganjurkan dua perilaku penting yang harus dilakukan oleh perawat dalam melakukan pengkajian kepada pasien. Pertama perawat menanyakan apa yang diinginkan oleh pasien. Jika pasien merasa sakit, tanyakan dimana letak rasa sakitnya. Jika ada keluhan nyeri, tanyakan di mana letak nyeri tersebut. Jika pasien tidak makan, tanyakan kapan dia ingin makan. Tanyakan kepada pasien jenis makanan apa yang diinginkan. Cari tahu apa yang diyakini pasien sebagai sesuatu yang salah. Nightingale memperingatkan agar tidak mengajukan pertanyaan yang mengarahkan dan menganjurkan untuk mengajukan pertanyaan yang tepat. Dia merekomendasikan untuk mengajukan pertanyaan seperti "Sudah berapa jam tidurnya? Dan tidur malam jam berapa?", bukan "Apakah dia memiliki malam yang

baik?" Nightingale juga memperingatkan bahwa orang yang mengajukan pertanyaan harus memperhatikan rasa malu pasien dalam menjawab pertanyaan. Bagian kedua yang dianjurkan dalam pengkajian oleh Nightingale adalah observasi. Dia menggunakan observasi yang tepat mengenai semua aspek kesehatan fisik dan lingkungan pasien. Perawat harus melakukan observasi karena pasien mungkin terlalu lemah. Lingkup pengamatan pada model lingkungan Nightingale, yaitu dampak lingkungan terhadap individu. Untuk Sebagai contoh, bagaimana cahaya, kebisingan, bau, dan tempat tidur mempengaruhi pasien? Pada Gambar 28.3 ini, pasien mengalami stres karena kebisingan di lingkungannya. Pengamatan keperawatan berfokus pada respon pasien terhadap kebisingan; intervensi keperawatan berfokus pada pengurangan kebisingan dan pengeluaran energi pasien yang tidak perlu. Peran perawat adalah menempatkan pasien pada posisi terbaik bagi alam untuk bertindak atas dirinya, sehingga mendorong penyembuhan.

Model Lingkungan



Gambar 28.3: Pasien mengeluarkan energi yang tidak perlu karena tertekan oleh lingkungan (kebisingan), (George, 2014).

Panduan pengkajian dapat disusun dari model lingkungan Nightingale. Konsep-konsep lingkungan yang utama memandu struktur alat pengkajian, yang mengarah pada memeriksa dampak lingkungan terhadap pasien dan mengintegrasikan pengetahuan ilmiah mengenai dampak lingkungan yang seimbang atau tidak seimbang.

Diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan analisis dari kesimpulan yang diperoleh dari informasi dalam pengkajian. Nightingale percaya bahwa data harus digunakan sebagai dasar untuk membentuk kesimpulan apa pun. Adalah penting bahwa diagnosis merupakan respons pasien terhadap lingkungan mereka dan bukan masalah lingkungan. Diagnosis keperawatan mencerminkan pentingnya lingkungan bagi kesehatan dan kesejahteraan pasien.

Perencanaan termasuk mengidentifikasi tindakan keperawatan yang diperlukan untuk menjaga pasien tetap nyaman, kering, dan dalam kondisi terbaik bagi alam untuk bekerja. Perencanaan difokuskan pada modifikasi lingkungan untuk meningkatkan kemampuan pasien untuk menanggapi proses penyakit.

Implementasi terjadi di lingkungan yang mempengaruhi pasien dan melibatkan mengambil tindakan untuk memodifikasi lingkungan tersebut. Semua faktor lingkungan harus dipertimbangkan dipertimbangkan, termasuk kebisingan, udara, bau, tempat tidur, kebersihan, cahaya, dan variasi, semua faktor yang menempatkan pasien pada posisi terbaik bagi alam untuk bekerja pada mereka.

Evaluasi didasarkan pada efek perubahan lingkungan terhadap pasien kemampuan pasien untuk mendapatkan kembali kesehatan mereka dengan biaya energi yang paling sedikit. Observasi adalah yang utama metode pengumpulan data utama yang digunakan untuk mengevaluasi respon pasien terhadap intervensi.

Daftar Pustaka

- Ali Pirani S.S. (2016). Application of Nightingale's Theory in Nursing Practice. *Annals of Nursing and Practice*. 3(1): 1040.
- Alligood, Martha.E. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Edisi Indonesia Ke-8. Volume 1. Singapore: Elsevier.
- Dumitrascu, Dinu I. et.al. (2020). Florence Nightingale bicentennial: 1820-2020. Her contributions to health care improvement *MEDICINE AND PHARMACY REPORTS*. 93(4): 428 - 430
- George, Julia B. (2014). *Pearson New International Edition. Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. Sixth Edition. AS: Pearson Education Limited.
- Iram, Mamoona., (2018). Ensuring Holistic Care: Application and Evaluation of Florence Nightingale's Environmental Theory on Tuberculosis Patient. *Global Journal of Medical Research: F Diseases* Volume 18 Issue 3 Version 1.0. 24-28
- Kamau, S. et al. (2015) Application of Florence Nightingale's Model of Nursing and the Environment in the management of Multiple Drug Resistant Tuberculosis Infected Patients in the Kenyan Setting. *American Journal of Nursing Science*
- Karimi, Hosein & Alavi, Negin Masoudi. (2015). Florence Nightingale: The Mother of Nursing. *Nurs Midwifery Stud*. 4(2): e29475.
- National Army Museum.
<https://collection.nam.ac.uk/detail.php?acc=1963-12-227-1>

Profil Penulis



Zuhartul Hajri, S.Kep., Ners., M.Kep

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan pada tahun 2006, saat itu adek penulis sakit dan dirawat di Puskesmas. Penulis merasa pelayanan yang diberikan tidak sesuai. Hal ini membuat penulis berpikir jika menjadi perawat maka saya akan memberikan pelayanan terbaik untuk pasien. Kondisi tersebut menggugah hati penulis untuk kuliah dibidang keperawatan di STIKes Achmad Yani Cimahi Program Studi S1 Keperawatan pada tahun 2007 yang kini menjadi FITKES UNJANI Cimahi. Penulis lulus S1 Keperawatan pada tahun 2011 dan langsung lanjut studi Ners dan lulus pada tahun 2012. Awal tahun 2013 penulis mulai bekerja di STIKES YARSI Mataram sampai saat ini. Setelah dua tahun bekerja penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan di UNIVERSITAS Muhammadiyah Jakarta dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2017. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Medikal Bedah. Untuk mendukung kepakaran tersebut penulis aktif sebagai peneliti sesuai dengan bidang kepakarannya tersebut. Penulis juga mulai menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi bagi peningkatan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang keperawatan.

Email Penulis: riehajri@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN LYDIA E. HALL; *CARE, CURE AND CORE*

Ns. Sang Ayu Ketut Candrawati.,S.Kep.,M.Kep

Stikes Wira Medika Bali

Biografi



Lydia Eloise Williams Hall

Lydia Eloise Hall (1906-1969) adalah seorang perawat terkenal yang lahir di York, Pennsylvania. Ia lulus dari York Hospital School of Nursing Pennsylvania pada tahun 1927 dan mendapatkan gelar B.S. dalam bidang keperawatan Kesehatan masyarakat (1937) dan M.A. Dalam bidang pengajaran ilmu pengetahuan alam (1942) diperoleh dari Teachers Collage , Columbia University di New York. Setelah lulus, Hall menjadi perawat dan kemudian menjadi dosen di York Hospital School of Nursing dan Fordham Hospital School of Nursing. Hall juga pernah menjadi konsultan di bidang Pendidikan Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas New York, Upstate Medical Center. Ia juga pernah menjadi instruktur pendidikan keperawatan di Teachers College (Parker, 2001; Priyadarshini, 2021) . Selama masa kariernya, Hall memiliki minat khusus dalam bidang Keperawatan Kesehatan Masyarakat, keperawatan kardiovaskular, kardiologi pediatrik, dan keperawatan penyakit jangka panjang. Dia juga seorang penulis dan memiliki 21 publikasi, yang sebagian besar merupakan artikel dan pidato tentang teori keperawatannya yang diterbitkan pada awal hingga

pertengahan 1960-an. Pencapaian terbesar Hall adalah merancang dan mengembangkan Pusat Keperawatan Loeb di Rumah Sakit Montefiore di New York City. Pusat ini dibuka pada bulan Januari 1963 dan memiliki kapasitas 80 tempat tidur untuk pasien berusia 16 tahun ke atas yang tidak lagi mengalami gangguan biologis akut. Hall menjabat sebagai direktur pertama di Loeb Center For Nursing and Rehabilitation dan terus menduduki jabatan tersebut hingga wafat pada Februari 1969. Hall mengembangkan teorinya yang dikenal sebagai Model Perawatan, Inti, dan Penyembuhan, yang mendefinisikan keperawatan sebagai partisipasi dalam aspek perawatan, inti, dan penyembuhan dari perawatan pasien. Teori ini menjadi dasar praktik keperawatan di Loeb Nursing Center dan telah memberikan kontribusi yang signifikan terhadap Perkembangan keperawatan (Parker, 2001; Priyadarshini, 2021).

Teori Asumsi

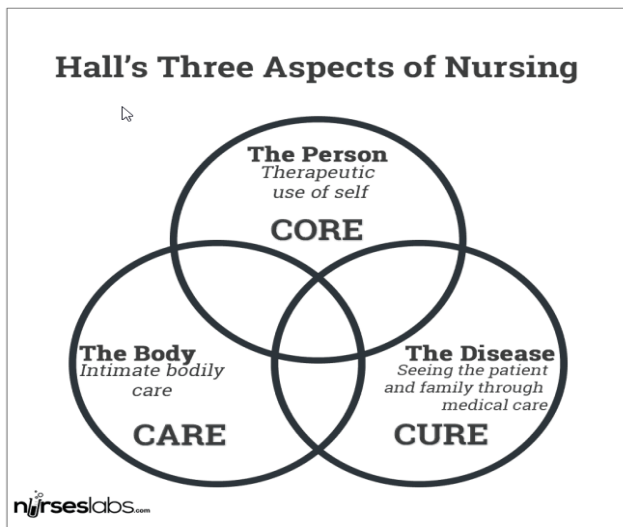
Asumsi-asumsi dalam teori Care, Core, and Cure Model oleh Lydia E. Hall adalah sebagai berikut (Priyadarshini, 2021):

1. penyembuhan terdapat dalam diri pasien, bukan dalam tim perawatan kesehatan.
2. Tiga aspek Motivasi dan energi yang diperlukan untuk keperawatan (care, core, dan cure) tidak berfungsi secara independen, tetapi saling terkait satu sama lain.
3. Ketiga aspek tersebut saling berinteraksi, dan ukuran lingkaran yang mewakili aspek-aspek tersebut dapat berubah tergantung pada perkembangan pasien secara keseluruhan.

Teori Keperawatan Lydia Hall.

Teori Lydia Hall menekankan pentingnya individu sebagai unik dan mampu tumbuh dan belajar. Konsep Three Aspects of Nursing dalam teori Lydia E. Hall. Teori ini terdiri dari tiga lingkaran yang saling terhubung: lingkaran perawatan (Care), lingkaran inti (Core), dan

lingkaran penyembuhan (Cure) yang berfokus pada pemberian perawatan fisik dan pemeliharaan kepada pasien; lingkaran inti, yang mengatasi kebutuhan sosial dan emosional pasien; dan lingkaran penyembuhan, yang melibatkan perawatan medis dan intervensi (Parker, 2001; Priyadarshini, 2021).



Gambar 29.1. Tiga Aspek dalam Keperawatan Hall's

Lingkaran perawatan (Care Circle). Mencerminkan peran utama perawat dalam memberikan perawatan fisik dan pemeliharaan yang esensial kepada pasien. Ini melibatkan tugas-tugas praktis seperti memberi makan, merawat kebersihan, dan memberikan perawatan tubuh lainnya yang mendukung kenyamanan pasien. Fokus utama dari peran perawat dalam lingkaran ini adalah untuk memastikan pasien merasa nyaman dan terjaga kebutuhan dasarnya. Namun, perawat tidak hanya bertanggung jawab pada aspek fisik, mereka juga memiliki peran penting dalam memberikan pendidikan kepada pasien serta membantu memenuhi kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi sendiri oleh pasien. Lingkaran perawatan ini merupakan domain eksklusif bagi perawat, yang bertindak sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar pasien. Selain itu, dalam proses perawatan ini, terdapat

peluang bagi perawat dan pasien untuk membina kedekatan yang penting. Melalui kedekatan ini, pasien dapat merasa nyaman untuk berbagi dan mengeksplorasi perasaan mereka, menciptakan suatu proses belajar mengajar yang penting dalam konteks perawatan.

Ketika beroperasi dalam lingkaran perawatan, perawat mengaplikasikan pengetahuan mereka tentang ilmu pengetahuan alam dan biologi sebagai dasar teoritis yang kokoh untuk praktik keperawatan. Dasar teori ini memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan secara profesional dan berbasis bukti, memastikan bahwa perawatan yang diberikan adalah yang terbaik bagi pasien. Lingkaran inti (Core Circle). Berfokus pada kebutuhan sosial, emosional, spiritual, dan intelektual pasien dalam hubungannya dengan keluarga, institusi, komunitas, dan dunia. Di dalam lingkaran ini, perawat menggunakan teknik reflektif untuk membantu pasien secara verbal mengungkapkan perasaan terkait proses penyakit dan efeknya. Dengan ekspresi tersebut, pasien dapat mengembangkan identitas diri dan kedewasaan. Seperti yang disampaikan oleh Hall (1965).

“Untuk melihat dan mendengarkan diri sendiri sering kali terlalu sulit tanpa bantuan seorang figure penting (perawat) yang telah belajar cara memegang cermin dan papa suara untuk mengundang konseli melihat dan mendengarkan dirinya sendiri. Jika ia menerima undangan tersebut, ia akan mengeksplorasi melalui refleksi perawat, ia dapat menemukan kesulitan secara berurutan, area masalahnya, masalahnya dan pada akhirnya ancaman yang mendikte perilakunya akan di luar kendali”.

Perawat profesional, dengan menggunakan Teknik reflektif (bertindak sebagai cermin bagi pasien), membantu pasien melihat dan mengeksplorasi perasaan mengenai status Kesehatan saat ini dan potensi perubahan gaya hidup yang mungkin terjadi. Dengan kesadaran ini, pasien dapat membuat keputusan secara sadar berdasarkan perasaan dan motivasi yang dipahami dan diterima. Lingkaran penyembuhan (Cure

Circle). Dalam asuhan pasien didasarkan pada ilmu patologi dan terapeutik serta melibatkan perawatan medis dan intervensi untuk mengobati kondisi patologi pasien. Ini mencakup berbagai tindakan medis yang berbagi peran dengan profesi medis lainnya, seperti dokter. Selama proses asuhan medis ini, perawat bertindak sebagai advokat aktif bagi pasien, memastikan bahwa kebutuhan mereka terpenuhi dengan cermat dan bahwa mereka menerima perawatan yang sesuai dengan diagnosis mereka. Peran perawat selama aspek penyembuhan berbeda dengan lingkaran perawatan karena banyak tindakan perawatan memiliki karakteristik yang cenderung negatif, lebih fokus pada menghindari rasa sakit daripada memberikan kenyamanan. Dalam hal ini, pasien mungkin melihat perawat sebagai penyebab potensial rasa sakit, yang terlibat dalam tindakan medis seperti suntikan. Perawat di dalam lingkaran penyembuhan berperan sebagai penghibur potensial yang memberikan perawatan dan kenyamanan selama fase penyembuhan dan rehabilitasi pasien melalui pembelajaran. Dalam kerangka teori Lydia E. Hall, lingkaran penyembuhan ini berfokus pada tahap penyembuhan pasien yang mencakup proses rehabilitasi yang penting untuk pemulihan pasien. Teori Hall juga menekankan pentingnya individu sebagai unik, mampu tumbuh, dan belajar. Pasien dianggap sebagai sumber energi dan motivasi untuk penyembuhan, bukan tim perawatan Kesehatan (Pridham and George, 1986; Parker, 2001; Botoor, Weraman and Ratuludji, 2019).

Paradigma dalam Keperawatan

Mayor konsep dalam teori *Care, Core, and Cure Model* oleh Lydia E. Hall adalah sebagai berikut:

Manusia: manusia terdiri dari tiga aspek yang saling terkait, yaitu tubuh, patologi, dan kepribadian. Perilaku manusia tidak hanya didasarkan pada pengetahuan mereka, tetapi lebih pada perasaan yang menggerakkan mereka. Tindakan yang dilakukan oleh manusia sangat dipengaruhi oleh perasaan, dan perasaan ini seringkali berada di luar kendali kesadaran mereka. Dalam konteks

ini, terdapat dua jenis perasaan, yaitu "*know feelings*" (perasaan yang diketahui) yang memungkinkan individu merasa bebas dan memiliki kendali atas perilaku mereka, dan "*feelings-out-of awareness*" (perasaan di luar kesadaran) yang mengarah pada tindakan yang mungkin tidak dapat mereka kendalikan.

Dalam pemahaman ini, klien dapat mencapai potensi maksimal melalui proses pembelajaran. Oleh karena itu, terapi utama yang diperlukan klien adalah pengajaran. Manusia secara alami memiliki dorongan untuk mencapai tujuan pribadi mereka, bukan hanya untuk memenuhi harapan orang lain yang mungkin mencoba mengatur mereka. Oleh karena itu, penting untuk menjalani proses perundingan dengan klien sebelum pengajaran dan pembelajaran yang efektif dapat terjadi. Dengan demikian, paradigma manusia dalam teori Lydia E. Hall menyoroti pentingnya pemahaman perasaan dan pengajaran sebagai kunci untuk mencapai kesejahteraan dan penyesuaian yang optimal.

Sehat-sakit: Menurut paradigma sehat-sakit dalam teori Lydia E. Hall, menjadi sakit terkadang dapat dianggap sebagai suatu bentuk perilaku yang kompleks. Perilaku sakit ini dikendalikan oleh perasaan yang berakar pada kesulitan-kesulitan dalam penyesuaian diri. Proses penyembuhan dipercayai mampu membimbing individu menuju penyesuaian dengan membantu mereka membawa perasaan-perasaan dan tujuan-tujuan yang sejati ke dalam kesadaran mereka. Dalam proses ini, individu diberi kesempatan untuk memulai proses penyembuhan diri mereka sendiri. Melalui refleksi, klien memiliki peluang untuk berubah dari kegelisahan yang mungkin belum teridentifikasi menjadi langkah-langkah konstruktif dalam menyelesaikan masalah. Dalam kerangka teori ini, kesehatan dapat diartikan sebagai keadaan kesadaran diri yang memungkinkan individu memilih perilaku yang optimal bagi diri mereka sendiri. Oleh karena itu, sangat penting untuk membantu individu menjelajahi makna di balik perilaku mereka sehingga mereka dapat mengidentifikasi dan mengatasi masalah melalui pengembangan identitas diri dan kedewasaan.

Lingkungan:

Dalam teori Lydia E. Hall, paradigma lingkungan memainkan peran sentral dalam pemahaman perawatan kesehatan. Hall menekankan bahwa lingkungan tempat individu berada memiliki pengaruh besar terhadap kesejahteraan fisik dan psikologis mereka. Dalam pandangannya, lingkungan bukan hanya fisik, tetapi juga mencakup aspek-aspek sosial dan psikologis dari situasi individu. Dia mengembangkan konsep Pusat Keperawatan Loeb yang berfokus pada menciptakan lingkungan yang mendukung pertumbuhan dan pengembangan diri individu. Paradigma lingkungan dalam teori ini menyoroti pentingnya menciptakan kondisi yang kondusif bagi individu untuk memenuhi potensi kesehatan mereka, baik itu dalam konteks perawatan kesehatan formal seperti di rumah sakit, maupun dalam kehidupan sehari-hari mereka. Dengan demikian, paradigma lingkungan dalam teori Lydia E. Hall menekankan bahwa perawatan yang efektif harus memperhitungkan pengaruh lingkungan dalam mencapai kesejahteraan individu (Parker, 2001; Botoor, Weraman and Ratuludji, 2019; Umara, 2019).

Keperawatan: Nursing adalah perkara yang rumit, dan klien sebagai subjek perawatan juga memiliki kompleksitasnya sendiri. Setiap klien adalah seorang individu yang dipengaruhi oleh latar belakang budaya dan lingkungannya. Mereka mungkin menghadapi penyakit yang belum sepenuhnya dipahami atau diobati oleh ilmu kedokteran. Di sisi lain, perawat yang memberikan perawatan juga adalah individu yang unik. Mereka berinteraksi dengan klien dalam proses pembelajaran dan pengajaran, sehingga menjadikan profesionalisme dalam praktik keperawatan sangat penting. Oleh karena itu, perawatan klien sebaiknya dilakukan oleh perawat profesional yang memiliki komitmen untuk mengambil tanggung jawab penuh dalam perawatan dan pendidikan klien mereka. Fungsi perawat profesional pada dasarnya memiliki aspek terapeutik yang signifikan. Ketika klien telah mencapai tahap perawatan di rumah sakit, proses pemulihan

dapat dimulai karena klien lebih menerima dan beradaptasi dengan lebih baik melalui proses pembelajaran yang dipandu oleh perawat. Tahap awal penyakit sering kali merupakan krisis biologis di mana peran perawat berfungsi sebagai pendukung dalam upaya pengobatan. Keterampilan perawatan bukan hanya tentang memahami aspek tubuh klien, tetapi juga memodifikasi proses-proses ini seiring dengan perkembangan patologi dan pengobatan, sambil tetap memperhatikan dinamika keperibadian individu klien (Pridham and George, 1986; Parker, 2001; Botoor, Weraman and Ratuludji, 2019).

Implikasi untuk Praktik Keperawatan

Kisah-kisah dan studi kasus yang ditulis oleh perawat di Loeb mengungkap implikasi praktik keperawatan pada waktu itu dan pergeseran budaya perawatan (Alfano, 1971; Bowar, 1971; Bowar-Ferres, 1975; Englert, 1971; Griffiths & Wilson-Barnett, 1998). Alfano (1964) membahas pendekatan Loeb terhadap lingkungan keperawatan dan praktik perekrutan yang menekankan praktik keperawatan tingkat tinggi. Perawat di Loeb diberikan dukungan dalam mengembangkan praktik profesional dan mendapatkan pertumbuhan pribadi seiring dengan prinsip-prinsip teori keperawatan Lydia E. Hall. Mereka menjalankan praktik kolaboratif dengan dokter dan menekankan pentingnya praktik keperawatan profesional. Konferensi staf berkala digunakan sebagai wadah diskusi keperawatan dan praktik kolaboratif (Isler, 1964). Meskipun Loeb Center memunculkan model praktik keperawatan profesional yang sukses, replikasi konsep ini di tempat lain menghadapi hambatan. Alfano (1982) mencatat bahwa beberapa orang meragukan pentingnya perawat memberikan perawatan langsung, dan perbedaan definisi praktik keperawatan profesional menjadi kendala. Faktor lain termasuk insentif ekonomi yang mendukung perawatan pasien di tempat tidur perawatan akut dan kesulitan dalam mempertahankan pasien rehabilitasi jangka pendek di unit perawatan yang sudah ada. Faktor-faktor ini mungkin mempengaruhi replikasi model Loeb di masa depan (Pearson, 1984;

Griffiths, 1997b).Menariknya, model Loeb telah menjadi prototipe untuk pengembangan unit rawat inap yang dipimpin oleh perawat (NLIU) di Inggris. Dua perawat Inggris, Peter Griffiths dan Alan Pearson, mengunjungi Loeb Center untuk mempersiapkan pengembangan NLIU di Inggris. Mereka telah menerbitkan banyak tulisan yang menggambarkan unit-unit ini dan secara aktif terlibat dalam penelitian terkait. Dalam tinjauan literatur yang komprehensif, Griffiths dan Wilson-Barnett (1998) mengidentifikasi beberapa unit rawat inap yang dipimpin oleh perawat, termasuk Loeb, dan merinci struktur dan penelitian yang dilakukan untuk mengevaluasi sentra ini. Definisi operasional unit rawat inap yang dipimpin oleh perawat, yang diambil dari penelitian ini, mencakup karakteristik berikut:

1. Lingkungan rawat inap yang menawarkan perawatan aktif.
2. Perencanaan kasus berdasarkan kebutuhan keperawatan.
3. Kepemimpinan keperawatan dalam tim klinis multidisiplin.
4. Keperawatan dikonseptualisasikan sebagai terapi aktif yang utama.
5. Perawat memiliki wewenang untuk menerima dan mengeluarkan pasien (Griffiths & Wilson-Barnett, 1998, p. 1185).

Meskipun potensi pengembangan lebih lanjut dari unit rawat inap yang dipimpin oleh perawat di Inggris tampak menjanjikan tanpa hambatan keuangan dari sistem perawatan kesehatan di Amerika Serikat. Griffiths (1997b) menyarankan bahwa kendala keuangan yang serupa dengan yang dialami di Amerika Serikat dapat mempengaruhi pengembangan NLIU di masa depan di Inggris (Parker, 2001; Botoor, Weraman and Ratuludji, 2019).

Implikasi untuk Penelitian Keperawatan

Tantangan di Lingkungan Perawatan. Saat ini, perawat berpraktik dalam lingkungan perawatan kesehatan yang didorong oleh keuntungan finansial, di mana kualitas dikorbankan dan pasien tersesat dalam dunia perawatan yang salah urus. Lebih dari sebelumnya, tren ini mengindikasikan adanya kebutuhan untuk kembali ke premis dasar dari filosofi Hall tentang perawatan terapeutik yang berpusat pada pasien. Menurut Griffiths (1997a), bagaimanapun juga, Loeb Center saat ini hanya mencerminkan sedikit kemiripan dengan citra sebelumnya. Sekarang ini menyediakan sebagian perawatan subakut dan sebagian perawatan jangka panjang dan, pada kenyataannya, tampak sangat mirip dengan jenis sistem yang ingin diubah oleh Hall. Keperawatan terjebak dalam rawa-rawa dokumen, dan antusiasme yang dihasilkan oleh model Hall tidak lagi terlihat.

Harapan dari Lydia E. Hall. Bagaimana reaksi Lydia Hall terhadap kondisi ini, dan tanggapan apa yang kita harapkan jika dia berbicara dengan kita hari ini? Kami yakin beliau akan terkejut dengan berkurangnya jumlah perawat profesional di fasilitas pelayanan kesehatan dan hambatan yang dihadapi oleh mereka yang masih ada. Beliau akan mendorong kita untuk mencari cara-cara baru untuk menyediakan perawatan keperawatan yang dibutuhkan dalam iklim yang kacau ini. Beliau akan memimpin kami dalam menantang status quo dan berbicara tentang perlunya para pemimpin keperawatan memiliki visi yang jelas tentang praktik keperawatan dan kemauan untuk mengadvokasi keperawatan terlepas dari kekuatan eksternal yang berusaha untuk tidak memajukan profesi ini.

Panggilan untuk Pengembangan Perawatan. Hall akan mendorong penyelidikan ilmiah yang menggambarkan hasil perawatan dan memvalidasi dampak keperawatan profesional, khususnya dalam pengaturan perawatan jangka panjang. Hall akan setuju bahwa peningkatan perawatan bagi para lansia di panti jompo merupakan masalah etika yang signifikan bagi masyarakat dan

bahwa perawat, kelompok penyedia perawatan terbesar bagi para lansia di panti jompo, memainkan peran penting dalam peningkatan perawatan. Hall meminta kita untuk mengembangkan model perawatan profesional dan menunjukkan hasil positif bagi kesehatan dan kesejahteraan lansia. Hall akan menantang keyakinan yang dipegang secara luas bahwa penyediaan perawatan untuk populasi ini hanya terdiri dari perawatan tempat tidur dan tubuh yang dapat diberikan secara efektif oleh staf non-profesional. Beliau memuji gerakan menuju praktik keperawatan tingkat lanjut, tetapi mungkin akan membayangkannya sebagai sarana bagi perawat yang berpendidikan tinggi untuk menggunakan keahlian mereka secara lebih efektif dalam memberikan perawatan pasien secara langsung di luar rumah sakit. Beliau akan mendorong perawat praktik tingkat lanjut untuk terus mengembangkan pengetahuan yang berkaitan dengan disiplin keperawatan dan kontribusi unik keperawatan terhadap kesehatan masyarakat. Hall akan mengidentifikasi organisasi keperawatan komunitas sebagai peluang bagi perawat untuk mengkoordinasikan dan memberikan perawatan yang berkesinambungan dalam pengaturan rawat jalan dan di rumah. Akhirnya, ia mendorong para perawat untuk merebut kembali aspek-aspek praktik keperawatan yang telah dilimpahkan kepada orang lain, aspek-aspek keperawatan yang menurut Hall (1963a), memberikan kesempatan bagi perawat untuk membangun hubungan yang apresiatif dan humanis dengan pasien dan memungkinkan mereka untuk bekerja sama menuju kesembuhan (Pridham and George, 1986; Parker, 2001; Botoor, Weraman and Ratuludji, 2019).

Daftar Pustaka

- Botoor, E. P. P., Weraman, P. and Ratuludji, I. D. (2019) 'The Concept Application of Lydia Eloise Hall 's Nursing Model (Hall Theory) Focusing on Care Aspect in Patient Nursing Process at Kelimutu Ward of Prof . Dr . W . Z . Johannes Public Hospital Kupang', 8(6), pp. 1376–1380.
- Parker, M. E. (2001) Nursing Theories and Nursing Practice: Dorothy Johnson Behavioral System Model for Nursing, Hong Kong Nursing Journal.
- Pridham, K. F. and George, J. B. (1986) Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice, The American Journal of Nursing. doi: 10.2307/3425023.
- Priyadarshini, M. (2021) 'Lydia E. Hall Theory core, care and cure model', International Journal for Research Trends and Innovation (www.ijrti.org), 6(9), p. 10. Available at: www.ijrti.org.
- Umara, A. F. (2019) 'The Model Theory Approach "Care, Core, Cure" for Patients with Cardiovascular Disease', International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS), 1(2), pp. 120–128. doi: 10.35654/ijnhs.v1i2.53.

Profil Penulis



Ns. Sang Ayu Ketut Candrawati.,S.Kep.,M.Kep

Penulis lahir di Kabupaten Bangli, 11 April 1985. Adapun Riwayat Pendidikan penulis yaitu, menyelesaikan pendidikan sarjana Keperawatan tahun 2008 dan Profesi Ners tahun 2010 di STIKes Surya Global Yogyakarta tahun 2010, dan menyelesaikan pendidikan magister Keperawatan di Universitas Diponegoro tahun 2017.

Penulis bekerja sebagai Dosen di STIKES Wira Medika Bali sejak tahun 2010 hingga sekarang. Penulis adalah salah satu dosen pengampu keperawatan gerontik dan Keperawatan Paliatif dan Menjelang Ajal di STIKes Wira Medika Bali. Ketertarikan penulis dalam bidang keperawatan gerontik dan Keperawatan Paliatif dan Menjelang Ajal diwujudkan dengan keaktifan penulis dalam melaksanakan kegiatan Tri Darma Perguruan Tinggi meliputi pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat tentang lansia, pasien terminal, care giver dan perawat paliatif. Penulis juga aktif mengikuti berbagai seminar, workshop atau pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan gerontik Keperawatan Paliatif dan Menjelang Ajal, sebagai narasumber serta reviewer di Jurnal Nasional. Saat ini penulis terlibat dalam kepengurusan Ikatan Perawat Gerontik (IPEGGERI) Provinsi Bali sebagai Ketua Divisi Riset dan Pengembangan sejak tahun 2021 hingga saat ini.

Email Penulis: candrawati@stikeswiramedika.ac.id

TEORI KEPERAWATAN JOYCE TRAVELBEE TEORI HUBUNGAN INTERPERSONAL

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta

Konsep Dasar

Paradigma keperawatan menjelaskan ada 4 unsur utama yang mendasar didalamnya yaitu: Manusia, Lingkungan, Kesehatan, keperawatan. Paradigma keperawatan merupakan konsep sentral keperawatan, yang menjelaskan tentang teori-teori model konseptual keperawatan. Perawat perlu memahami konsep ini sebagai kerangka konsep dalam memberikan asuhan keperawatan. Keperawatan merupakan salah satu cabang ilmu yang berdasarkan pada berbagai sumber model konsep dan teori keperawatan atas dasar filosofi dan ilmu pengetahuan. Keperawatan diakui sebagai disiplin ilmu karena memiliki body of knowledge yang dikembangkan melalui proses ilmiah. Suatu disiplin ilmu akan semakin berkembang karena diaplikasikan ke dalam praktik. Para pakar keperawatan mengklasifikasikan teori ke dalam tingkatan filosofis, conceptual models and grand theories, dan middle range nursing theories.

Teori dikelompokkan ke dalam nursing models, *grand theory* dan middle range theory. Nursing model merupakan kumpulan dari konsep, definisi dan usulan-

usulan yang memproyeksikan sebuah pandangan sistematis atas fenomena dengan merancang hubungan-hubungan khusus diantara konsep-konsep untuk keperluan menggambarkan, menjelaskan, pemikiran dan atau mengendalikan fenomena. Sedangkan *grand theory* cakupannya lebih luas dan kompleks sehingga memerlukan spesifikasi lebih lanjut. Dimana *grand theory* memuat konsep-konsep sumatif yang menggabungkan teori-teori dengan cakupan lebih kecil. Joyce Travelbee percaya bahwa segala sesuatu yang dikatakan atau dilakukan perawat (sebagai manusia) terhadap orang yang sakit (sebagai manusia) membantu memenuhi tujuan keperawatan. Perawat dan pasien adalah manusia yang saling berhubungan. Prosesnya adalah interaksi. Keperawatan adalah hubungan interpersonal, dimana perawat memfasilitasi kemajuan pasien, keluarga atau komunitas dalam mencegah atau mengatasi penyakit atau penderitaan dengan cara yang dapat mengarah pada penemuan makna dari pengalaman tersebut. Perawat bertanggung jawab untuk mendidik dan memberikan strategi untuk membantu pasien dalam menghindari atau mengurangi tekanan dari kebutuhan yang tidak terpenuhi. Teori ini mempunyai peluang untuk meningkatkan hubungan antar manusia. Hal ini harus memfasilitasi atribusi makna atau setidaknya pemahaman yang lebih baik mengenai beban gejala dan penyakit manusia. Konsep model Travelbee dapat memupuk refleksi diri atas kemanusiaannya sendiri dan bagaimana seorang manusia berhubungan dengan manusia lainnya. Konsep-konsep ini selaras dengan pemahaman tentang praktik berbasis bukti dan memungkinkan pengembangan peningkatan kualitas dan penelitian keperawatan. Pentingnya bagi perawat untuk memahami konsep tentang apa itu manusia, karena hubungan mereka dengan manusia lain akan ditentukan oleh konsep tersebut. Inti dari disiplin keperawatan adalah empat fenomena yang menjadi perhatian: manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Teori keperawatan itu sendiri adalah suatu pandangan atau pedoman yang diterapkan dalam keperawatan baik untuk pendidikan

maupun prakteknya. Dalam keperawatan banyak teori-teori yang yang dapat digunakan sebagai pedoman untuk menjalankan proses keperawatan. Dalam proses keperawatan teori keperawatan sangatlah penting diterapkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Asuhan keperawatan adalah proses atau sebuah rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien diberbagai tatanan. Asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi suatu masalah yang dihadapi. Mengaplikasikan teori keperawatan sangatlah penting bagi seorang perawat karena akan meningkatkan kemampuan perawat melalui teori metode dapat dikembangkan secara teoritis dan sistematis sehingga proses keperawatan lebih mudah dilakukan dan asuhan keperawatan bisa terjalankan di Rumah Sakit.

Sumber-Sumber Teori

Pengalaman trevelbee dalam pendidikan dasar keperawatan didapat pada praktek awal pada sebuah institusi amal katholik. Hal ini berdampak besar dalam perkembangan teorinya. Trevelbee percaya bahwa perawat memberikan perawatan terhadap pasien di institusi ini kurang memperhatikannya. Travelbee merasakan bahwa keperawatan memerlukan revolusi kemanusiaan.

Sebuah titik balik untuk memfokuskan dalam merawat adalah merupakan fungsi seorang perawat dalam menjaga ,merawat orang-orang dan memprediksikannya jika tidak ditemukan pelanggan yang dalam hal ini pasien akan menuntut pelayanan- pelayanan dari pekerja kesehatan. Perawat adalah bertanggung jawab dalam membantu pasien menghindari dan meringankan rasa duka cita mereka karena tidak mendapatkan makanan. Perawat dan pasien saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. persamaan antara keduanya terlihat dari pernyataan trevelbee bahwa perawat dan pasien saling berinteraksi antara satu dengan yang lain

dan definisinya itu merupakan tujuan keperawatan. Tujuan keperawatan adalah guna membantu perseorangan, keluarga, atau komunitas untuk mencegah atau mengulangi dengan pengalaman penyakit dan penderitaan bahkan jika dibutuhkan juga untuk menemukan arti dari pernyataan ini.

Asumsi Dasar

1. Keperawatan

Joyce Travelbee mendefinisikan keperawatan sebagai sebuah proses antar diri perseorangan komunitas untuk mencegah dan menanggulangi dengan pengalaman dari penyakit dan penderitaan dan bahkan jika diperlukan untuk sebuah proses antar diri seseorang karena ini adalah merupakan sebuah pengalaman yang terjadi antara perawat dan individu atau sekelompok individu. Asumsi keperawatan adalah membangun hubungan antar manusia. Suatu hubungan terjalin hanya ketika masing-masing peserta memandang satu sama lain sebagai manusia yang unik. Dalam paradigma keperawatan perawat memfasilitasi individu, keluarga, atau komunitas untuk mencegah atau mengatasi penyakit dan penderitaan. Perawat juga membantu dalam mencoba menemukan makna dalam pengalaman tersebut. Semua kontak dengan orang sakit membantu memenuhi tujuan keperawatan. Ukuran akhir kompetensi keperawatan selalu dalam kaitannya dengan sejauh mana individu dan keluarga telah dibantu dalam masalah penyakit dan penderitaan. Keperawatan harus berpusat pada pasien. Teori ini dapat diterapkan dan telah digunakan dalam gerakan rumah sakit, membantu individu yang sakit parah dan keluarga mereka menemukan makna dalam penderitaan dan memupuk harapan, bahkan di akhir kehidupan. Kurangnya kasih sayang dalam asuhan keperawatan terhadap "Interpretasi individu terhadap kepedulian mempengaruhi kualitas perawatan yang dapat mereka berikan". Tujuan keperawatan adalah

membantu individu atau keluarga untuk mencegah atau mengembangkan koping terhadap penyakit yang dideritanya, mendapatkan kembali kesehatannya, menemukan arti dari penyakit atau mempertahankan status kesehatan maksimalnya. Kerangka kerja praktik proses interpersonal dipandang sebagai hubungan manusia dengan manusia yang terbentuk selama sakit dan selama “mengalami penderitaan”.

2. Personal/orang

Kata person didefinisikan sebagai manusia, antara keduanya antara perawat dan pasien adalah manusia, seorang manusia adalah pribadi yang unik, individu yang tidak dapat dipisahkan yang berproses berkelanjutan menjadi susunan dan perubahan. Manusia sebagai "individu unik yang tak tergantikan, makhluk yang hanya ada satu kali di dunia ini, namun tidak seperti orang mana pun yang pernah hidup atau akan hidup". *Manusia* diartikan sebagai manusia. Perawat sekaligus pasien, keluarga atau masyarakat yang berada di bawah payung penyakit adalah manusia. Seseorang adalah makhluk yang bergantung pada siapa hal-hal terjadi di luar kendalinya. Orang tersebut menderita dan memilih. Manusia adalah unik, tidak tergantikan, selalu berevolusi dan berinteraksi.

3. Kesehatan

Status kesehatan dapat dibagi menjadi status kesehatan subjektif dan objektif. status kesehatan subjektif seseorang adalah sebuah definisi secara individu yang membaik dalam persetujuan dengan penilaian diri sendiri dari status fisik, emosi dan spiritual. kesehatan objektif adalah ketiadaan penyakit yang tidak dapat dilihat, ketidakmampuan atau ukuran kecatatan dan pemeriksaan fisik, uji laboratorium, penafsiran oleh seorang direktur spiritual atau penasihat psikologi. *Kesehatan* didefinisikan sebagai sesuatu yang subjektif dan objektif. Manusia merasakan dan

menghubungkan perasaan mereka sendiri tentang kesehatan dan penyakit. Menjadi manusia berarti mengalami penyakit. Asumsi dasarnya adalah bahwa penyakit dan penderitaan adalah pertemuan spiritual serta pengalaman emosional-fisik. Manusia mungkin menganggap penyakit sebagai hal yang bermanfaat atau tidak dapat dihindari. Adanya kesusahan mungkin tidak menyebabkan seseorang mencari pertolongan.

4. Lingkungan

Travelbee tidak secara tegas mendefinisikan lingkungan dalam teorinya. Di mendefinisikan kondisi dan kehidupan pengalaman pertemuan oleh semua manusia selama menderita, harapan dan kesakitan dan kondisi ini dapat disamakan dengan lingkungan. Perawat harus jeli terhadap pasien di tempat pasien berada untuk memastikan bahwa pasien tersebut membutuhkan. Pengalaman yang dialami semua manusia, penderitaan, kesakitan, penyakit dan harapan. Pekerjaannya dengan pasien psikiatris dan komunitas serta individu yang dirawat di rumah sakit mencakup kesadaran akan lingkungan yang berbeda.

5. Konsep dan Definisi Utama

a. Manusia

Manusia ditemukan sebagai individu yang unik dan tak dapat dipisahkan dalam suatu waktu ada di dunia ini. Tidak ada yang seperti manusia baik yang pernah hidup ataupun yang akan hidup

b. Pasien

Pasien adalah merupakan hal yang klise yang berguna untuk komunikasi ekonomi. Sebenarnya pasien itu tidaklah ada. Hanya ada makhluk hidup individu yang membutuhkan kepedulian, pelayanan dan bantuan dari orang lain yang dipercaya dapat memberikan pertolongan yang dibutuhkan.

c. Perawat

Perawat juga seorang manusia, perawat memiliki tubuh yang berpengetahuan khusus dan berkemampuan untuk menggunakannya yang bertujuan membantu orang lain untuk mencegah penyakit atau memelihara tingkat kesehatan yang tinggi. Peran perawat untuk membantu orang yang sakit untuk mengalami harapan guna mengatasi stres akibat penyakit dan penderitaan.

d. Penyakit

Penyakit adalah sebuah kategori dan klasifikasi. Penyakit (illness) sebagai definisi dari tidak sehat atau pengalaman sakit seseorang. Penyakit sebagai kriteria subjektif dan objektif ditentukan oleh dampak luar dari penyakit dalam diri individu. Kriteria subjektif lebih kepada apa yang seseorang rasakan sebagai penyakit. Seseorang akan bereaksi terhadap suatu penyakit tergantung pada budayanya, beban gejalanya dan apakah ada kaitannya dengan gejala tersebut. Tergantung pada gangguan fungsi serta respon penyedia layanan kesehatan, hubungan antar manusia yang menumbuhkan pemahaman tentang penyakit dikembangkan. Setiap manusia mengalami penderitaan, karena itu adalah bagian dari kemanusiaan. Ada kemungkinan bahwa semakin seseorang peduli terhadap orang lain, semakin besar kemungkinan menderita. Harapan berorientasi pada masa depan. Tanpa harapan, tidak ada arah untuk mengurangi penderitaan.

e. Penderitaan

Penderitaan adalah perasaan yang tidak senang yang meluas dari mental yang pindah dengan sederhana, secara fisik atau ketidaksesuaian spiritual hingga penderitaan tersebut dinamakan tingkat yang menular tidak terjaga dan seterusnya meningkat dari persamaan apatis. Joyce Travelbee menambahkan dimensi bahwa

penderitaan adalah pengalaman hidup yang umum dan bahwa hubungan manusia adalah apa yang membantu orang mengatasi penderitaan. Pada dasarnya, keperawatan adalah hubungan manusia dengan manusia. Penderitaan tidak selalu terlihat jelas atau diakui. Sebagai manusia yang memahami kemanusiaan, penderitaan manusia, bahkan dalam keheningan dan mengedepankan hubungan terapeutik yang memungkinkan eksplorasi makna. Hubungan baik, fase atau lapisan terakhir dari hubungan, dibangun setelah pengetahuan dan keterampilan perawat/manusia diperlukan untuk memfasilitasi pengurangan penderitaan manusia lain. Perawat merasakan, merespons, dan menghargai keunikan manusia yang sakit.

f. Rasa Sakit

Rasa sakit itu sendiri tidak dapat diamati hanya saja dampaknya tidak tertulis. Rasa sakit adalah pengalaman tersendiri dan susah untuk dikomunikasikan ke individu. Penderitaan dapat diganti diatas continuum.

g. Harapan

Harapan adalah karakterisasi yang dibangun oleh mental dengan keinginan untuk memperoleh sebuah penyelesaian atau menyelesaikan sebuah penggabungan perencanaan dengan beberapa tingkatan pengharapan bahwa apa yang diinginkan atau diminta dapat tercapai. Harapan berhubungan atau ada kaitannya dengan ketergantungan dengan yang lain, pilihan, keinginan, kepercayaan, kegigihan, keberanian dan orientasi pada masa depan.

h. Keputusan

Keputusan adalah ketiadaan pengharapan

i. Komunikasi

Komunikasi adalah proses yang dapat memungkinkan perawat untuk membangun hubungan antar sesama manusia dan dengan demikian memenuhi tujuan dari keperawatan, yakni membantu individu-individu dan keluarga-keluarga untuk mencegah dan untuk penanggulangan dengan pengalaman penyakit dan penderitaan bahkan jika dibutuhkan untuk membantui mereka untuk menemukan arti dari pengalaman ini. Komunikasi adalah suatu keharusan untuk keperawatan yang baik dan merupakan bagian mendasar dari teori ini. Joyce Travelbee mengungkapkan upaya untuk berkomunikasi untuk mengenal orang yang sakit, untuk memastikan dan memenuhi kebutuhan keperawatan dan untuk mencapai tujuan keperawatan. Hubungan antar manusia yang terus berkembang yang mendorong pemahaman tentang penyakit dan penderitaan. Konsep komunikasi bergema melalui model Travelbee. Menegal manusia lain sama pentingnya dengan melakukan prosedur. Sebagaimana dicatat, perawat harus menjalin hubungan baik, jika tidak, dia tidak akan mengetahui kebutuhan pasien. Perawat yang mengenal orang sakit lebih cenderung mampu mendeteksi tidak hanya perubahan nyata dalam kondisi individu namun juga mampu mengenali perubahan lebih halus yang mungkin terjadi.

j. Interaksi

Kata interaksi (interaction) mengacu pada banyak hubungan selama dua individu yang dapat berpengaruh timbal balik antara sesama dan dapat berkomunikasi secara verbal maupun nonverbal.

k. Interaksi antara perawat dan pasien

Kata interaksi antara perawat dan pasien mengacu pada hubungan antara perawat dan seseorang yang menderita sakit. Kebutuhan keperawatan adalah sebuah kebutuhan keperawatan adalah rasa kebutuhan dari seseorang yang sakit atau keluarga yang dapat ditemukan oleh perawat profesional pelaksana dan dengan meletakkan dalam jangkauan definisi yang legal/sah atau dalam praktik keperawatan.

1. Pengobatan untuk diri sendiri

Pengobatan yang digunakan untuk diri sendiri adalah kemampuan seseorang untuk menggunakan secara sadar dan dalam memenuhi kekhawatiran dalam berusaha untuk membangun hubungan dan intervensi struktur keperawatan. Hal ini memerlukan pengetahuan diri sendiri, pemahaman diri sendiri, pemahaman dari pengetahuan. seseorang yang dinamis kemampuan untuk menginterpretasikan sesuatu pengetahuan pribadi yang sama dengan pengetahuan yang lain dan kemampuan dalam campur tangan yang efektif dalam situasi keperawatan.

m. Rasa empati

Empati adalah proses yang mana individu dapat memahami psikologi dari orang lain. Saat manusia berbagi pengalaman orang lain, seseorang dapat berempati atau berhubungan dengan pengalaman orang lain.

n. Rasa simpati

Simpati termasuk keinginan untuk membantu seseorang yang sedang mengalami tekanan/stress. Simpati muncul sebagai respons terhadap keinginan manusia untuk meringankan atau mengurangi penderitaan manusia lain. Joyce Travelbee menjelaskan simpati bukanlah

sebuah fase dalam proses mengetahui. Ini lebih merupakan suatu kecenderungan, suatu sikap, suatu jenis pemikiran dan perasaan yang ditandai dengan minat dan perhatian pribadi yang mendalam.

o. Hubungan

Hubungan adalah suatu proses, satu kejadian, satu pengalaman atau pengalaman yang berkelanjutan dengan cara bersama dan dengan keperawatan dan menerima kepeduliannya. Hal ini menyusun sebuah kelompok yang menyangkut pikiran dan perasaan, pikiran-pikiran ini, perasaan-perasaan dan penderitaan yang diubah atau dikomunikasikan oleh seorang terhadap orang lain. Hubungan adalah urusan yang dinamis, berfluktuasi dan akan berubah seiring perubahan terjadi dalam situasi atau hubungan antar pribadi.

p. Hubungan antara sesama manusia

Sebuah hubungan antara sesama manusia adalah pengalaman utama dari pengalaman yang berkelanjutan antara perawat dan penerima keperawatannya. Karakteristi utama dari pengalaman adalah kebutuhan keperawatan dalam individu atau keluarga itu bertemu. Hubungan antara sesama manusia dalam situasi keperawatan adalah berarti terus menerus dengan maksud keperawatan adalah suatu kepandaian. Hubungan antara sesama manusia dibangun ketika perawat dan penerima perawatannya mencapai sebuah hubungan setelah meningkat atas tahapan pertemuan yang original, munculnya identitas, empati dan simpati.

Hubungan antar manusia menjadi terapeutik ketika melewati langkah atau tahapan yang diharapkan. Travelbee menyatakan bahwa keperawatan dicapai dimulai dengan pertemuan awal, yang berkembang melalui tahap-tahap

munculnya identitas, pengembangan perasaan empati dan kemudian, simpati, hingga perawat dan pasien mencapai hubungan baik. Suatu hubungan terjalin hanya ketika masing-masing peserta memandang satu sama lain sebagai manusia yang unik. Hubungan manusia dengan manusia dibangun sebagai proses interaktif. Pertemuan atau perjumpaan perdana mungkin akan segera menjalin hubungan. Sayangnya, hubungan ini mungkin tidak positif. Melalui kemunculan berbagai identitas pribadi, kedua manusia berusaha menghubungkan atau menemukan makna dalam perjumpaannya. Joyce Travelbee memberikan kriteria keperawatan untuk berhubungan dengan orang sakit. Joyce Travelbee telah menciptakan kerangka konseptual yang menjadi dasar hubungan terapeutik dengan pasien, keluarga dan komunitas yang berada dalam kesusahan atau berpotensi menderita. Definisinya tentang komponen metaparadigma fenomena keperawatan menambah signifikansi sosial dan kegunaan sosial teorinya. Joyce Travelbee mengajarkan perawat untuk memahami atau setidaknya mengeksplorasi makna penyakit dan penderitaan dalam diri mereka. Melalui identifikasi eksistensial inilah manusia yang satu dapat berhubungan dengan manusia yang lain dan harus mendorong refleksi diri sebagai manusia untuk membantu manusia lain terhubung.

Joyce Travelbee mendefinisikan keperawatan sebagai sebuah proses antar diri perseorangan komunitas untuk mencegah dan menanggulangi dengan pengalaman dari penyakit dan penderitaan dan bahkan jika diperlukan untuk sebuah proses antar diri seseorang karena ini adalah merupakan sebuah pengalaman yang terjadi antara perawat dan individu atau sekelompok individu-individu. Joyce Travelbee menyatakan bahwa tujuan keperawatan adalah

membantu perseorangan, keluarga, atau komunitas untuk mencegah atau mengulangi dengan pengalaman penyakit dan penderitaan dan keperawatan memerlukan revolusi kemanusiaan.

Hubungan manusia dengan manusia memberi perawat landasan yang diperlukan untuk terhubung secara terapeutik dengan manusia lain. Asumsi tersebut menyangkut manusia yang berstatus perawat, berkaitan dengan manusia yang menderita, berada dalam kesusahan, atau berpotensi menderita. Perawat memahami keunikan setiap manusia yang sakit dan oleh karena itu memfasilitasi mereka menemukan makna penderitaan. Hal ini harus memfasilitasi makna atau pemahaman yang lebih baik mengenai beban gejala dan penyakit manusia. Tantangan bagi perawat adalah untuk mengidentifikasi diri mereka sebagai manusia secara individual, seperti halnya pasien mereka dan karena itu menerima dan memahami persepsi satu sama lain tentang diri dan penyakit, berusaha untuk saling mengenal dan memenuhi kebutuhan satu sama lain. Orang yang terkena dampak selalu menyadari budaya, agama, etnis, keluarga, dan hubungan komunitas seseorang, atau kekurangannya, dan harus mengidentifikasi cara untuk menghubungkan manusia dengan manusia. Meskipun tujuan sederhana teorinya adalah untuk menjalin hubungan baik dengan manusia yang sakit, ada beberapa fase atau tahapan yang harus dicapai: pertemuan, identitas, empati, simpati, dan hubungan baik. Teori hubungan manusia dengan manusia memiliki potensi untuk digunakan secara global dalam keperawatan, karena kita semua adalah manusia, kita semua mengalami kesusahan, dan kita semua menderita. Namun individu manusia, keluarga, atau komunitas harus melihat kesusahan atau penyakitnya sebagai hal yang

memerlukan intervensi jika suatu hubungan ingin berkembang. Nilai-nilai spiritual dapat menentukan persepsi seseorang terhadap penyakit atau kesusahan. Travelbee menceritakan: “Nilai spiritual perawat atau keyakinan filosofisnya tentang penyakit dan penderitaan akan menentukan sejauh mana dia dapat membantu”.

Terapi mandiri, yaitu kemampuan untuk menggunakan kepribadian sendiri secara sadar dan penuh kesadaran dalam upaya membangun keterhubungan dan menyusun intervensi keperawatan. Hal ini mengacu pada kehadiran perawat secara fisik dan psikologis.

Daftar Pustaka

- Alligood, Martha Raile. 2014. *Nursing Theorist and Their Work*. Edisi 8. United State of America
- Rofii M. 2021. *Teori dan Falsafah Keperawatan*. Edisi 1. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
- Saleh, U. 2018. *Theory guided practice in nursing*. *Journal of Nursing Research Practice*
- Soutsos, M., & Domone, P. 2018. *Construction Materials : Their nature and behaviour* (5 edition). Toby Mottram, University of Warwick.
- Sue C, D., & Ladner, P. K. 2011. *Fundamentals of nursing sandards & praktice* (D. Garza (ed.); Fourth Edi). Clifton Park. New York: Delmar Cengage Learning.
- Taylor, C. 2002. *Assessing Patients' Needs: Does The Same Information Guide Expert And Novice Nurses*. *International Nursing Review*.
- Teichman, J., & Evans, K. C. 1999. *Philosophy: A Beginners Guide* (3rd Editio).
- Wiley-Blackwell. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. 2006. *Nursing Theorists and Their Work* (Six editio). Missouri: Mosby Elsevier.
- Travis, J. W., & Ryan, R. S. 2004. *Wellness Workbook: How to Achieve Enduring Health and Vitality*. New York: Random House LLC.
- Virkus, S. 2014. *Key Concepts in Information and Knowledge Management*. Institute of Information Studies, Tallinn University

Profil Penulis



Dr. Atik Badi'ah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

Lahir di Trenggalek, 30 Desember 1965. Bekerja sebagai dosen/Lektor Kepala di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta mulai 1988 s.d sekarang. Lulus Akademi Perawat Dep Kes Yogyakarta 1987, Lulus IKIP PGRI Wates Bimbingan Konseling tahun 1994, Lulus S 1 Keperawatan PSIK FK UNPAD Bandung tahun 1997, Lulus S2 Kesehatan Ibu Anak FK UGM tahun 2002 dan Lulus S3 Promosi Kesehatan Pasca Sarjana UNS Surakarta tahun 2018. Pernah menjadi dosen berprestasi Poltekkes tingkat Nasional tahun 2006. Mendapat penghargaan dari Presiden dan Menteri Kesehatan. Menjadi penguji eksternal Disertasi S3 Promosi Kesehatan UNS. Menjadi Asesor Beban Kinerja Dosen (BKD). Menjadi Reviewer Internal Jurnal Caring Jurusan Keperawatan Poltekkes Yogyakarta, menjadi Reviewer Eksternal Jurnal Internasional Health Notion, Jurnal Nasional Forikes Poltekkes Surabaya, Jurnal Nasional Surya Medika Stikes Surya Global Yogyakarta, Jurnal Nasional Health Sciences and Pharmacy Journal Stikes Surya Global Yogyakarta dan Jurnal Nasional MIKKI Stikes Wira Husada Yogyakarta. Menjadi Reviewer Penelitian Eksternal Nasional dan Reviewer internal Penelitian dan reviewer internal pengabdian masyarakat tingkat Poltekkes Yogyakarta. Menjadi pembicara tingkat lokal dan nasional. Menjadi Afiliasi Reasearch Seameo Recfon. Melakukan berbagai penelitian tingkat Poltekkes, Nasional dan Internasional (Seameo Recfon) dan telah dipublikasikan dalam jurnal Internasional terindeks Scopus, jurnal nasional OJS dan Terakreditasi. Sudah menerbitkan beberapa buku keperawatan. Sudah menulis 47 Chapter Kesehatan.

Email : atik.cahyo@yahoo.com

TEORI KEPERAWATAN PHIL BARKER; MODEL PEMULIHAN KESEHATAN MENTAL

Chlara Yunita Prabawati.,S.Kep.,Ns.,MSN

Universitas Muhammadiyah Surabaya

Model Tidal adalah pendekatan filosofis Kesehatan secara model strategi pada setting keperawatan jiwa akut yang di-inisiasi oleh Professor Phil Barker tahun 1990 di Inggris dengan judul “The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation”. Teori Keperawatan Jiwa ini banyak di-implikasikan di setting praktis dan klinis diseluruh dunia pada pasien dengan onset psikiatri akut, spectrum autism, disabilitas kognitif, demensia, dan Parkinson (P. J. Barker & Buchanan-Barker, 2011).

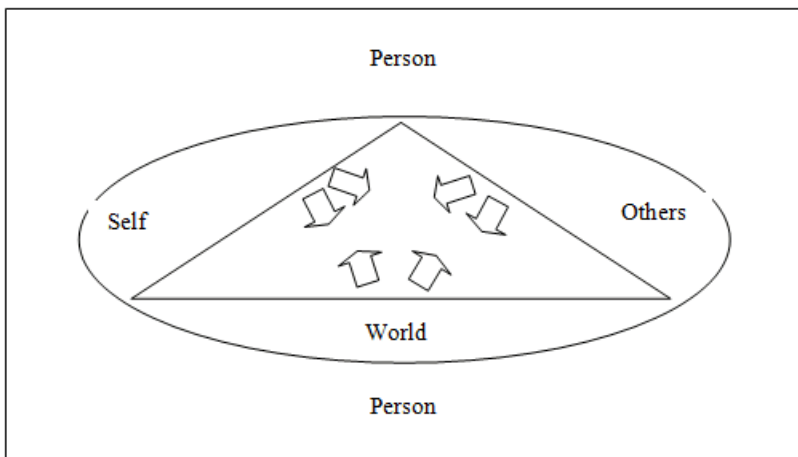
Pemulihan Kesehatan Mental Menggunakan Proses Model Tidal oleh Phil Barker

Dalam tahapan proses komunikasi dan hubungan perawat-klien, perawat akan memulai bertanya dengan :

“How do we tailor care to fit the specific needs of the person and the person’s story and unique lived experience, so that the person might begin, or advance further on, the voyage of recovery?” - “ Bagaimana kita mampu mengintegrasikan perawatan spesifik berdasarkan cerita dan pengalaman pasien yang unik, sehingga individu mampu memulai kembali kedepannya atau mampu berlayar kembali dalam kehidupannya setelah recovery

?”(P. Barker & Buchanan, 2005; P. J. Barker & Buchanan-Barker, 2011)

Dari pertanyaan diatas akan dihubungkan dengan prinsip utama tidal yaitu Model Tidal fokus membantu pasien dengan pengalaman dan gejala metaphorical “breakdown” ketika masa pemulihan. Model ini menggunakan strategi cerita personal pasien tentang pengalaman distress yang dialami dan kesulitan menghadapi penurunan gejala pasien. Dalam konteksnya model Tidal menjembatani pasien dalam menentukan kemampuan diri pasien sejauh mana mereka menjalani proses rekoveri tersebut (*getting going again*) (P. Barker, n.d.; P. Barker & Buchanan, 2005; P. J. Barker & Buchanan-Barker, 2011; de Freitas et al., 2020; Zaraza Morales & Contreras Moreno, 2020)



Gambar 31. 1 tiga dimensi personhood. (Barker, PJ. 2000. The tidal model theory and practice. Pp. 29-31. Newcastle, UK: University of Newcastle.)

Dari refleksi pertanyaan diatas model tidal memperhatikan aspek penting prinsip terapeutik dalam keperawatan jiwa (Gambar 1) yaitu:

1. Fase Breakdown: meliputi *self*-domain, world domain dan others domain

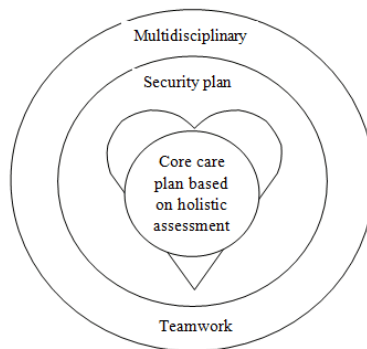
Self-Domain

- a. Personal Security Plan

Domain ini berfokus pada fase onset gejala gangguan jiwa pada fase akut yang mungkin tidak hanya berbahaya untuk diri individu namun juga orang lain dan lingkungan. Model Tidal akan menginisiasi Personal Security Plan yang mendevop hubungan perawat-klien secara terapeutik. Personal Security Plan membantu tim dan pasien yang memuat prinsip keterbukaan, dan kebersamaan.

Personal Security plan ini meliputi

- 1) Hal yang mampu dilakukan pasien
- 2) Hal yang memberikan ketenangan pasien
- 3) Hal yang memberikan keamanan pasien
- 4) Menyusun jadwal kegiatan yang memuat 3 hal diatas
- 5) Melakukan jadwal kegiatan sesuai arahan dari perawat



Gambar 31.2 Struktur perawatan (Barker, PJ. 2000. The tidal model theory and practice. Pp. 27. Newcastle, UK: University of Newcastle.)

b. Bridging Process

Penggunaan methapora “bridging” adalah dalam proses perawatan pasien gangguan jiwa terdapat proses secara prinsip terapeutik yang utama. Hubungan Perawat-klien sangat dibutuhkan dalam menegakan koneksi yang saling menguatkan, hingga pemberian motivasi dalam konteks recoveri. Prinsip Bridging ini adalah implikasi Personal Security Plan dilakukan secara continue bersamaan dengan adanya diskusi dari perawat dengan pasien terkait hal-hal yang berkaitan.

c. The Monitor Assessment

Perawat melakukan pendampingan dan menganjurkan pasien dalam melakukan refleksi terhadap dirinya sendiri meliputi:

- 1) Mendiskripsikan perasaan pasien melalui kalimatnya sendiri
- 2) Bercerita tentang apa yang dirasakan khususnya ketika merasa aman atau mandiri
- 3) Mengidentifikasi item personal pasien dengan melakukan skala prioritas yang dituliskan dalam kertas
- 4) Melakukan diskusi hubungan sosial dengan tim perawat dan mengidentifikasi potensi kekuatan yang muncul
- 5) Melakukan diskusi terkait personal security
- 6) Mendiskusikan dukungan yang bisa diberikan perawat dalam implikasi personal security

Seluruh domain ini dilakukan secara berkala dan dicatat dalam *monitoring assessment record* oleh perawat dan dievaluasi tim secara berkala.

2. Fase Eksplorasi. Konsep ini dipahami oleh praktisi sebelum dilakukan pendekatan praktis.

World Domain

- a. The holistic Assessment

Dalam implikasi domain ini perawat akan bertanya : “Apa yang membuat Anda disini?” , Perawat tidak menanyakan tentang sakit atau Sejarah sakit pasien karena banyak pasien yang percaya bahwa pasien tidak sakit. Assesmen secara holistic dilakukan perawat dimulai dengan identifikasi isu, kesulitan dan dinamika permasalahan dalam hidupnya. Perawat akan melanjutkan eksplorasi efek dari bada permasalahan tersebut dan bagaimana masalah tersebut berpengaruh terhadap koneksi dan hubungan pasien dengan orang lain.

Perawat melanjutkan sesi berikutnya dengan mimpi, cita-cita dan harapan pasien ketika menghadapi situasi kehidupan mereka dan mengenali tahapan distress yang mereka lakukan dengan bertanya:

- 1) Bagaimana distress berdampak pada kehidupan pasien?
- 2) Aspek apa yang paling hilang dalam hidup pasien?
- 3) Berapa banyak orang yang terdampak setelah fase masalah ini ?

Tahap selanjutnya adalah refleksi selama 1X24 jam dimana pasien dibiarkan sendiri dan memikirkan apa yang sudah didiskusikan. Kemudian dilanjutkan tahap *one to one session*.

- b. One-to One Session

Sesi ini dilakukan secara kusus oleh satu perawat mendampingi satu pasien. Dikusi dilakukan dengan menginiasi bagaimana pasien mampu menjalani hidup saat masalahnya

terjadi, meng-eksplor imajinasi pasien ketika menjalani situasi tersebut.

Elemen ilustrasi dalam pemberian kolaborasi Tidal care dengan tujuan pasien mampu menginternalisasikan proses kehidupannya

- 1) Apa yang saya catat/dapat?
- 2) Apa yang sudah saya diskusikan?

Dalam pertanyaan di atas seperti pertanyaan oleh diri sendiri yang dijawab oleh pasien sendiri. Ketika proses ini berlangsung perawat akan merecord dan mendokumentasikan jawaban secara detail, kemudian pasien akan menyimpulkan hasil dan komentar. Perawat akan menambahkan stimulasi improvisasi atau jenis adaptasi yang dilakukan oleh pasien.

3. Fase Implikasi

Praktisi melakukan implikasi model tidal melalui praktik mendampingi pasien gangguan jiwa.

Others Domain

a. *Group Work*

Dalam diskusi kelompok, klien akan berdiskusi dan menyebut mereka sebagai individu yang mempunyai nama daripada disebut pasien. Dalam group Tidal, proses mempertahankan identitas personal, pemberdayaan kelompok dengan pengalaman edukasi dengan cara menggambar pengetahuan yang dipahami oleh member kelompok dan mendiskusikan kekuatan apa yang bisa diambil.

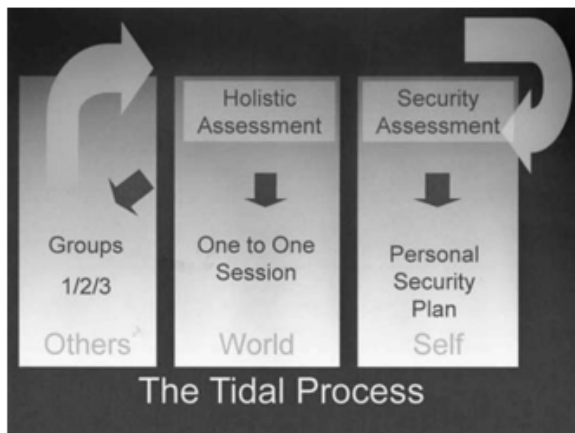
Setelah *explore grup* tidal dilanjutkan dengan melakukan tahapan group diskoveri dengan menugaskan 2 group member menceritakan kisah dan pengalaman mereka dalam melakukan aktifitas sehari-hari, tema tidak dibatasi tentang gejala yang mereka rasakan dan permasalahannya. Perawat dalam konteks ini

berperan sebagai fasilitator yang tidak memberikan judgment. Perawat juga menstimulasi dalam memberikan dukungan Bersama oleh kelompok. Dilanjutkan Group ketiga yang dilakukan adalah the solution-findings

b. *Solution Finding*

Dalam fase ini klien mampu melakukan stimulasi kesadaran diri dalam mencari jawaban apa yang sudah mereka tanyakan selama ini. Adapun jawaban tersebut meliputi:

- 1) Pengobatan
- 2) Pemenuhan kebutuhan papan/rumah.
- 3) Support keluarga dan Masyarakat
- 4) Terapi alternatif seperti support group, terapi keluarga hingga mindfulness.



Gambar 31.3. Proses Tidal (Barker, 2000)

Konsep *Getting going again* dalam model Tidal meliputi stimulasi kesadaran bahwa setiap individu baik sehat maupun mengalami gangguan jiwa dan psikiatri akan melewati fase kehidupan yang turun/slowing down, kegagalan, perasaan mati rasa secara emosi /arrest of personal, dinamika naik turunnya hubungan sosial.

Dalam implikasi ini konselor akan memberikan model Tidal (biasa disebut praktisi Tidal) yang meliputi mengidentifikasi, mengenal isu fase yang sedang dihadapi, mendeskripsikan perasaan yang dirasakan, mengurai masalah yang sedang dihadapi, mengurai akar kesulitan yang membawa individu pada onset gejalanya dan berusaha memahami dan mengikuti fase kehidupan yang terus berjalan tersebut (rejoin the flow of life (P. Barker, n.d.; P. Barker & Buchanan-Barker, 2010; P. Barker & Buchanan, 2005; P. J. Barker & Buchanan-Barker, 2011; de Freitas et al., 2020; Minister for Mental Health - Tidal Model.Pdf, n.d.; Mukrimaa et al., 2016; Zaraza Morales & Contreras Moreno, 2020)

Model ini dianalogikan seperti sifat dan kekuatan air yang mengalami gelombang pasang dan surut. Secara terperinci Model Tidal ini memuat aspek (Tabel.1):

Tabel 31.1 : Pendekatan Model Tidal oleh Phill Barker

N	Domain	Implikasi	Deskripsi
1	Pendekatan Alur Filosofis	Konsep ini dipahami oleh praktisi sebelum dilakukan pendekatan praktis.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami keyakinan akan kaingin tahanan 2. Memahami bahwa individu mempunyai sisi kuat dan lemah 3. Memahami untuk menghormati setiap individu 4. Memahami fase krisis akan dilalui oleh setiap individu dalam kehidupannya 5. Memahami bahwa setiap fase kehidupan mempunyai proses yang harus dijalani dimana cara sederhana mungkin bisa efektif dilakukan dalam proses tersebut
2	<i>Enggagement Process</i>	Konsep ini dipahami dan dilakukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemulihan dan rekoveri pasien gangguan jiwa mempunyai prognosis 50% berhasil dan tidak berhasil

	oleh praktisi Bersama pasien gangguan jiwa	2. Pemahaman praktisi akan terjadinya perubahan
		3. Pemahaman praktisi akan Langkah dan terapi terbaik untuk pasien gangguan jiwa adalah mengenali dari individu itu sendiri
		4. Pemahaman praktisi bahwa recovery membutuhkan support system yang baik
		5. Pemahaman praktisi untuk selalu bersifat dinamis, mau belajar dan berkembang seiring perkembangan pasien

3	Tahap <i>Exploring Self Domain</i>	Praktisi melakukan implikasi model tidal melalui praktik mendampingi pasien gangguan jiwa	1. Pasien gangguan jiwa merasakan pengalaman mereka
			2. Pasien dibimbing praktisi menyusun security plan atau rencana keaman diri pasien untuk mengurangi ancaman yang dirasakan

4	Tahap <i>Exploring World Domain</i>	Praktisi melakukan implikasi model tidal melalui praktik mendampingi pasien gangguan jiwa	2. Praktisi dan pasien melakukan eksplorasi support system yang ada di sekitar pasien dalam mendeskripsikan cerita pasien dan mengidentifikasi kekuatan yang bisa digunakan untuk mendukung proses pemulihan
---	-------------------------------------	---	--

5	Tahap <i>Exploring Others Domain</i>	Praktisi melakukan implikasi model tidal melalui praktik mendampingi pasien gangguan jiwa	1. Praktisi dan pasien mengidentifikasi hubungan sosial dan dinamikanya dimana akan diambil kekuatan yang bisa digunakan untuk mendukung proses pemulihan
6	Menganalisis Kekuatan Methapora	Memfilosofikan kehidupan yang mengalir seperti air	<p>1. Mengidentifikasi sumber distress yang meliputi distress emosional, distress fisik dan distress spiritual dan mengubahnya secara perlahan menjadi eustress.</p> <p>2. Menganalogikan dinamika distress ini seperti perjalanan air yang mengalir dan terus berubah, analogi filosofi ini sesuai dengan faktor yang terkait dengan krisis kejiwaan, bisa beragam serta kumulatif</p> <hr/> <p>3. Melakukan analogi yang meliputi :</p> <p>a) Mendeskripsikan awal perjalanan di laut – ini adalah analogi cerita tentang masa lalu pasien tersebut</p> <p>b) Mendeskripsikan gelombang atau bada yang terjadi hingga pasien merasa terdampar atau tenggelam karena bada tersebut – fase terberat dan trigger masalah yang dilalui pasien hingga pasien menampilkan gejala psikiatri</p> <p>c) Mengeksplorasi penyebab badai dan inisiasi hal-hal pendukung yang bisa membuat berlayar Kembali- berdiskusi</p>

sumber kekuatan yang menstimulasi eustress dan faktor-faktor pendukung kekuatan dinamika kehidupan pasien.

7	<i>Respect the Commitment along the Metaphor</i> (menghormati prinsip dan komitmen selama terapi berlangsung)	Praktisi dan pasien wajib menghormati dan menjaga prinsip-prinsip dalam implikasi model tidal	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Value the Voice</i> (Hargai Suara) 2. <i>Respect the Language</i> (Hormati Bahasa) 3. <i>Develop Genuine Curiosity</i> (Kembangkan Rasa Ingin Tahu) 4. <i>Become the Apprentice</i> (Menjadi Apprentice) 5. <i>Reveal personal wisdom</i> (Ungkapkan Kebijakanaksanaan) 6. <i>Be Transparent</i> (Jadilah Transparan atau Terbuka) 7. <i>Use the Available Toolkit</i> (Gunakan Sumberdaya yang Ada) 8. <i>Craft the Step Beyond</i> (Tentukan Langkah) 9. <i>Give the Gift of Time</i> (Berikan Waktu) 10. <i>Know That Change is Constant</i> (Ketahuilah Bahwa Perubahan Bersifat Konstan)
Sumber : (P. Barker, n.d.; P. Barker & Buchanan-Barker, 2010; P. J. Barker & Buchanan-Barker, 2011; de Freitas et al., 2020)			

Daftar Pustaka

- Barker, P. (n.d.). Nurses often talk about the 'realities' of their everyday work as the 'coal face', implying that this is hard and dirty work. However, nurses have to 'get close' to the people in their care, becoming a recognisable face that the person comes to trust. In .
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The tidal model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171–180. <https://doi.org/10.3109/01612840903276696>
- Barker, P., & Buchanan, P. (2005). The tidal model: a guide for mental health professional Phil Barker and Poppy Buchanan-Barker.
- Barker, P. J., & Buchanan-Barker, P. (2011). Mental Health Nursing and the Politics of Recovery: A Global Reflection. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 350–358. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.009>
- de Freitas, R. J. M., de Araujo, J. L., de Moura, N. A., de Oliveira, G. Y. M., Feitosa, R. M. M., & Monteiro, A. R. M. (2020). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>
- Minister for Mental Health - Tidal Model.pdf. (n.d.). The tidal model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171–180. <https://doi.org/10.3109/01612840903276696>
- Mukrimaa, S. S., Nurdyansyah, Fahyuni, E. F., YULIA CITRA, A., Schulz, N. D., غسان, د., Taniredja, T., Faridli, E. M., & Harmianto, S. (2016). The tidal model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171–180. <https://doi.org/10.3109/016128409032766968>.

Zaraza Morales, D. R., & Contreras Moreno, J. R. (2020).
The Mental Health Recovery Model and Its
Importance for Colombian Nursing. *Revista
Colombiana de Psiquiatria*, 49(4), 305–310.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.002>

Profil Penulis

Chlara Yunita Prabawati.,S.Kep.,Ns.,MSN



Penulis merupakan alumni dari S1 dan Program Profesi Prodi Keperawatan UM Surakarta (2015) dan melanjutkan S2 di Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University (NCKU) Taiwan (2018).

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Jiwa dan saat ini penulis bekerja di Departement Keperawatan Jiwa, Prodi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surabaya. Penulis juga aktif di Organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Pimpinan Cabang *Istimewa* Muhammadiyah (PCIM) dan aktif dalam pendampingan psikososial *Family Caregiver* di Organisasi Childhood Cancer Care (3C). Dalam mewujudkan karir sebagai dosen profesional, Penulis aktif menjadi pembimbing dalam praktik keperawatan jiwa di RSJ dan komunitas. Penulis juga aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya dan melakukan pengabdian masyarakat. Beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh penulis, didanai oleh institusi nasional seperti Asosiasi Program Profesi AIPNI dan Institusi internasional, dimana penulis berhasil mendapat penghargaan hibah penelitian dari The Korean Society of Hypertension (2020) dan juga berhasil mendapatkan hibah penelitian dari The Alzheimer Society, Canada (2021). Selain itu penulis juga mendapatkan rekognisi sebagai reviewer Jurnal Nasional terakreditasi Scopus. Penulis dapat dihubungi melalui

Email Penulis: chlarayunita@gmail.com

TEORI KEPERAWATAN CAROLYN
L. WIENER AND MARYLIN J.
DODD; TEORI LINTASAN
KESEHATAN (*HEALTH
TRAJECTORY*)

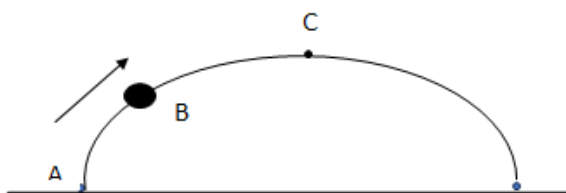
DR.Dwi Prihatin Era, S.Kp.,M.Kep.,Sp.MB

Politeknik Kesehatan Kalimantan Timur

Konsep teori lintasan kesehatan dikemukakan oleh Carolyn L. Wiener dan Marylin J. Dodd. Teori ini menjabarkan bahwa dalam keperawatan kita dapat berfokus pada pemahaman mengenai manusia yang mengalami perubahan kesehatan dari waktu ke waktu selama hidupnya menyerupai sebuah pola lintasan. Konsep ini berlaku pada individu, keluarga, dan masyarakat. Namun untuk mendapatkan inti dari teori ini, mari melihat bahwa perspektif LK berpusat pada manusia (individu) dimana pelayanan keperawatan ditekankan pada pentingnya mengetahui dan memahami bahwa manusia mengalami perubahan sehat-sakit di sepanjang usianya. Pemahaman mengenai perspektif ini membantu dalam penerapan teori pada tatanan pelayanan, yaitu bahwa pelayanan keperawatan yang diberikan akan berbeda-beda tergantung berada pada titik mana dalam lintasan kesehatan tersebut juga akan membantu pasien dan keluarga untuk menyiapkan diri dalam menghadapi tahapan penyakit (Wiener & Dodd, 1993).

Memiliki bentuk dan pola tersendiri pada masing-masing individu, teori ini memandang kesehatan manusia yang dinamis dari waktu ke waktu. Wiener dan Dodd menggunakan istilah lintasan-- yang sering dipakai untuk menjelaskan jalur pergerakan suatu benda, termasuk gaya yang bekerja padanya untuk menghubungkan lokasi dengan waktu—untuk menjelaskan teori mereka.

Lintasan dicirikan oleh titik awal (nilai pada suatu waktu didefinisikan sebagai 0) dan bentuk (bentuk ditentukan oleh fungsi matematika), laju perubahan (kecepatan), dan laju perubahan (percepatan). Secara keseluruhan, lintasan kesehatan memberikan informasi tentang status kesehatan pada waktu tertentu, termasuk titik akhir yang menjadi fokus perhatian semua pihak— kepada pasien, keluarga maupun tenaga kesehatan. Mereka menggambarkan bahwa dalam kehidupan manusia perjalanan sehat dan sakit adalah hal yang terus berubah mengikuti pola (dinamis) lintasan, dimana dinamika tersebut akan membutuhkan perlakuan yang berbeda tergantung saat ini ia berada pada titik mana pada lintasan. Selain itu lintasan membantu memprediksi arah pergerakan status kesehatan. menggunakan indikator kesehatan yang subyektif maupun obyektif.



Gambar 32.1. Lintasan

Penerapan teori keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan berdampak pada peningkatan kualitas asuhan keperawatan. Hal ini berarti bahwa pelayanan keperawatan yang dilakukan secara profesional akan

berkembang karena didukung oleh teori dan model keperawatan serta pengembangan riset keperawatan dan diimplementasikan didalam praktek keperawatan.

Dari Teori ke Pelayanan

Teori keperawatan memainkan peran penting dalam membangun struktur implementasi dalam rangkaian layanan kesehatan. Ia menjadi kerangka kerja yang memandu perawat dalam praktiknya, memberi mereka arahan dan bentuk untuk diikuti.

Berikut adalah beberapa hal dimana teori keperawatan penting dalam membentuk struktur implementasi:

1. **Standarisasi Praktik:** Teori keperawatan membantu membakukan praktik keperawatan dengan menyediakan bahasa dan kerangka kerja yang umum untuk dipahami dan diterapkan oleh semua perawat. Teori-teori ini mendefinisikan peran, tanggung jawab, dan hasil yang diharapkan dari perawat, memastikan konsistensi dan kesinambungan pelayanan di berbagai rangkaian layanan kesehatan.
2. **Pengorganisasian Prioritas:** Teori keperawatan membantu perawat memprioritaskan perawatan berdasarkan kebutuhan spesifik pasien. Dengan memahami prinsip dan konsep yang mendasari teori keperawatan, perawat dapat mengidentifikasi aspek perawatan yang paling penting dan mengalokasikan waktu dan sumber daya yang tepat untuk aspek tersebut. Hal ini membantu dalam menyusun proses implementasi dan memastikan bahwa aspek-aspek penting dari perawatan pasien tidak diabaikan.
3. **Memandu Pengambilan Keputusan:** Teori keperawatan menawarkan pendekatan sistematis dalam pengambilan keputusan. Mereka memberi perawat landasan pengetahuan yang dapat diterapkan pada berbagai situasi pasien. Teori-teori tersebut membantu perawat menganalisis dan mengevaluasi data pasien, menilai berbagai pilihan yang tersedia, dan memilih intervensi yang paling

tepat. Panduan ini memastikan bahwa keputusan didasarkan pada bukti dan selaras dengan praktik terbaik.

4. Meningkatkan Hasil Pasien: Teori keperawatan dirancang untuk meningkatkan hasil pasien dengan memberikan pedoman berbasis bukti untuk pemberian perawatan. Dengan mengikuti teori-teori ini, perawat dapat menerapkan intervensi dan strategi yang telah terbukti efektif pada populasi pasien tertentu. Pendekatan terstruktur ini membantu mencapai hasil yang diinginkan pasien dan meningkatkan hasil kesehatan yang positif.
5. Memfasilitasi Kolaborasi: Teori keperawatan memberikan landasan bersama untuk praktik keperawatan, memungkinkan komunikasi dan kolaborasi yang efektif di antara para profesional kesehatan. Perawat yang berlandaskan teori tertentu dapat mengartikulasikan tindakan dan intervensi mereka kepada anggota tim lainnya, membina kolaborasi interdisipliner dan menyelaraskan perawatan yang diberikan kepada pasien. Hal ini mendorong pendekatan implementasi yang lebih kohesif dan terkoordinasi.
6. Mempromosikan Penelitian dan Inovasi: Teori keperawatan mendorong penelitian dan inovasi dengan memberikan landasan bagi pengembangan dan eksplorasi pengetahuan. Perawat, dengan mengkaji secara kritis teori-teori yang ada, dapat mengidentifikasi kesenjangan pengetahuan dan melakukan penelitian untuk lebih meningkatkan pemahaman mereka dan menyempurnakan praktik keperawatan. Teori juga menginspirasi perawat untuk berpikir kreatif dan mengembangkan pendekatan inovatif dalam pemberian perawatan, yang mengarah pada perbaikan berkelanjutan dalam struktur implementasi.

Secara keseluruhan, teori keperawatan sangat penting dalam membangun struktur implementasi karena memberikan perawat kerangka kerja untuk memandu

praktik mereka, memprioritaskan perawatan, membuat keputusan, dan berkolaborasi secara efektif. Hal ini memastikan bahwa proses implementasi berbasis bukti, berpusat pada pasien, dan menghasilkan hasil yang lebih baik bagi individu yang menerima asuhan keperawatan. Penelitian bertema LK bertujuan untuk mengembangkan komponen teoritis dan empiris untuk membangun pemahaman ilmiah mengenai kesehatan dari waktu ke waktu untuk individu, keluarga, atau masyarakat. dan kemudian mengintegrasikan hasil penelitian ini dengan bidang ilmu keperawatan lainnya yang muncul, dan menerapkannya di seluruh rangkaian proses keperawatan.

Pemanfaatan Teori Lintasan Kesehatan

1. Memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan dan intervensi yang dipersonalisasi berdasarkan tahap spesifik penyakit yang dialami pasien.
2. Dengan memahami lintasan penyakit pasien, perawat dapat mengantisipasi dan mengatasi potensi komplikasi atau perubahan kondisi pasien.
3. Membantu perawat dalam menetapkan tujuan dan harapan yang realistis untuk proses pengobatan dan pemulihan pasien.
4. Memahami lintasan penyakit pasien memungkinkan perawat untuk memberikan pendidikan dan dukungan yang tepat kepada pasien dan keluarganya, membantu mereka mengatasi tantangan dan ketidakpastian yang terkait dengan penyakit ini.
5. Ini memfasilitasi komunikasi dan kolaborasi yang efektif dengan profesional kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien, memastikan pendekatan pengobatan yang terkoordinasi dan komprehensif.

Teori dan Penerapannya

Teori keperawatan Wiener dan Dodd dapat diterapkan dalam berbagai cara untuk mendukung pasien dari berbagai latar belakang penyakit, baik akut maupun kronik. Sebagai contoh salah satunya adalah pada pasien dengan kanker. Teori ini berfokus pada asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan kondisinya saat ini dibandingkan pada pola lintasan penyakitnya. Hal ini menekankan pentingnya memahami dan mengatasi kebutuhan dan pengalaman unik individu dalam konteks penyakit mereka.

Berikut beberapa cara spesifik penerapan teori ini dalam merawat pasien kanker:

1. **Membangun Hubungan Terapeutik:** Teori ini menekankan pentingnya membangun hubungan perawat-pasien yang kuat berdasarkan kepercayaan, empati, dan saling menghormati. Perawat dapat menerapkan prinsip ini dengan secara aktif mendengarkan pasiennya, menunjukkan kasih sayang, dan mengatasi kekhawatiran mereka. Menciptakan lingkungan yang aman dan mendukung dapat membantu pasien merasa lebih nyaman dan mendorong komunikasi terbuka.
2. **Personalisasi Perawatan:** Setiap pasien kanker memiliki kebutuhan fisik, emosional, dan psikososial yang unik. Penerapan teori ini melibatkan pengenalan individualitas setiap pasien dan menyesuaikan rencana perawatan. Perawat dapat menilai dimensi bio-psiko-sosial-spiritual pasien untuk mengembangkan rencana perawatan yang dipersonalisasi yang memenuhi kebutuhan dan tujuan spesifik mereka. Hal ini dapat melibatkan penggunaan terapi pelengkap, dukungan psikologis, atau sumber daya spiritual. Salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan dengan mempertimbangkan lintasan kesehatan pasien dilakukan di Eropa terhadap 93 pasien kanker dan pasangan serta keluarganya, dimana penelitian tersebut melakukan personalisasi intervensi agar mencapai hasil perawatan yang optimal (Matthys et al., 2021).

3. Mempromosikan Edukasi Pasien: Teori ini menekankan pentingnya pemberdayaan pasien melalui pendidikan. Perawat dapat mendidik pasien kanker tentang kondisi mereka, pilihan pengobatan, dan strategi perawatan diri. Hal ini memungkinkan pasien untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan mereka dan membuat keputusan yang tepat. Pendidikan mungkin termasuk menjelaskan proses penyakit, efek samping pengobatan, manajemen pengobatan, dan modifikasi gaya hidup.
4. Memfasilitasi Hubungan yang Mendukung: Kanker sering kali menyerang tidak hanya pasiennya tetapi juga keluarga dan teman-temannya. Perawat dapat menerapkan teori ini dengan menyadari pentingnya membina hubungan yang mendukung dan melibatkan orang yang dicintai pasien dalam proses perawatan. Dengan memberikan informasi, dukungan emosional, dan memfasilitasi komunikasi antara pasien dan jaringan dukungan mereka, perawat dapat meningkatkan kesejahteraan pasien dan orang yang mereka cintai secara keseluruhan.
5. Mempromosikan Perawatan Holistik: Teori Wiener dan Dodd mengakui dampak multidimensi kanker pada kehidupan pasien. Perawat dapat menerapkan prinsip ini dengan menangani aspek perawatan fisik, emosional, psikososial, dan spiritual. Hal ini mungkin melibatkan pengelolaan rasa sakit dan pereda gejala, memberikan dukungan psikologis melalui konseling atau kelompok dukungan, dan memfasilitasi akses terhadap sumber daya spiritual atau layanan kerohanian sesuai pilihan pasien.
6. Advokasi untuk Kesejahteraan Pasien: menekankan pentingnya advokasi untuk kepentingan terbaik pasien. Perawat dapat bertindak sebagai pembela pasien dengan memastikan bahwa hak-hak pasien dihormati, memfasilitasi akses terhadap perawatan dan layanan yang tepat, dan mendorong pengambilan keputusan bersama antara pasien, tim layanan kesehatan, dan jaringan dukungan mereka.

Dengan menerapkan teori keperawatan Wiener dan Dodd, perawat dapat memberikan perawatan yang komprehensif dan berpusat pada pasien kepada pasien kanker, memenuhi kebutuhan fisik, emosional, psikososial, dan spiritual mereka. Pendekatan holistik ini mendorong hasil positif bagi pasien, meningkatkan kualitas hidup, dan memfasilitasi perjalanan pasien melalui pengobatan dan pemulihan kanker.

Lintasan Perawat vs Lintasan Pasien

Apakah sebuah lintasan hanya berlaku bagi orang sakit saja? Atau apakah berlaku juga pada yang merawatnya? Bagian berikutnya akan mendiskusikan bagaimana lintasan juga berlaku pada perawat dan bagaimana lintasan tersebut akan beririsan dengan lintasan pasien suatu saat di suatu tempat. Lintasan perawat dalam merawat pasien mengacu pada perjalanan profesional dan perkembangan perawat dalam memberikan perawatan kepada individu dengan berbagai kondisi kesehatan, termasuk yang mengalami penyakit. Hal ini melibatkan perolehan pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman perawat dari masa pendidikan formal hingga masa pelayanan yang memungkinkan perawat memiliki kualifikasi untuk secara efektif mendukung dan memenuhi kebutuhan pasien mereka.

Lintasan perawat ini meliputi:

1. Pendidikan dan Pelatihan: Perawat menjalani pendidikan dan pelatihan yang ketat untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan kompetensi klinis yang diperlukan. Hal ini termasuk menyelesaikan program keperawatan dan mendapatkan lisensi, serta mengikuti pelatihan khusus di berbagai bidang seperti onkologi, perawatan kritis, atau geriatri.
2. Pengembangan Profesional: Perawat terlibat dalam pendidikan berkelanjutan dan pengembangan profesional agar tetap mengikuti perkembangan praktik dan kemajuan berbasis bukti dalam perawatan kesehatan. Hal ini dapat mencakup

menghadiri konferensi, lokakarya, dan mengejar gelar lanjutan untuk meningkatkan pengetahuan dan keahlian mereka.

3. **Spesialisasi dan Sertifikasi:** Perawat dapat memilih untuk mengambil spesialisasi di bidang perawatan kesehatan tertentu, seperti keperawatan onkologi, di mana mereka membangun pengetahuan dan keterampilan khusus untuk memberikan perawatan komprehensif kepada pasien penderita kanker. Mereka dapat memperoleh sertifikasi dalam spesialisasi pilihan mereka, menunjukkan kemahiran dan komitmen terhadap keunggulan.
4. **Perawatan Kolaboratif dan Tim Interdisipliner:** Perawat sering kali bekerja sebagai bagian dari tim interdisipliner, berkolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya, termasuk dokter, apoteker, pekerja sosial, dan ahli terapi fisik. Kolaborasi ini memastikan perawatan pasien yang komprehensif dan terkoordinasi, menggabungkan berbagai perspektif dan keahlian.

Sedangkan lintasan pasien sebagaimana yang telah disinggung sebelumnya dalam mengalami suatu penyakit mengacu pada perjalanan dan pengalaman unik individu terhadap suatu kondisi kesehatan atau penyakit tertentu. Lintasan ini menunjukkan berbagai tahapan, tantangan, dan perubahan yang terjadi sepanjang perjalanan penyakit. Adanya ketidakpastian akibat penyakit dapat memperberat dan menjadi penyulit pasien untuk menampilkan koping positif (Street et al., 2022).

Lintasan pasien ini meliputi:

1. **Diagnosis:** Lintasan pasien dimulai dengan diagnosis suatu penyakit, yang dapat menjadi pengalaman yang mengubah hidup dan emosional. Pasien mungkin menjalani berbagai tes diagnostik dan konsultasi medis untuk menentukan sifat dan tingkat penyakit mereka.

2. Pengobatan dan Intervensi: Pasien menjalani pengobatan dan intervensi khusus untuk penyakitnya, seperti pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi, atau terapi target. Fase ini dapat melibatkan beberapa kunjungan layanan kesehatan, rawat inap, dan penyesuaian gaya hidup dan rutinitas sehari-hari.
3. Penatalaksanaan Gejala: Pasien mungkin mengalami serangkaian gejala fisik dan psikologis yang berkaitan dengan penyakitnya dan pengobatannya. Perawat memainkan peran penting dalam memberikan manajemen gejala dan perawatan suportif, mengatasi nyeri, kelelahan, mual, kecemasan, dan gejala lainnya melalui intervensi farmakologis dan non-farmakologis.
4. Dukungan Psikososial: Lintasan pasien mencakup aspek psikologis dan emosional dalam mengatasi suatu penyakit. Pasien mungkin mengalami ketakutan, depresi, kecemasan, atau tantangan emosional lainnya. Perawat memberikan dukungan psikososial dengan menawarkan konseling, memfasilitasi kelompok dukungan, dan membantu pasien mengatasi dampak emosional dari penyakit mereka.
5. Perawatan Bertahan Hidup atau Perawatan Paliatif: Tergantung pada penyakit dan perjalanan penyakitnya, pasien dapat beralih ke perawatan bertahan hidup, di mana mereka menerima pemantauan berkelanjutan, perawatan lanjutan, dan dukungan untuk mengelola potensi dampak jangka panjang dari penyakit atau pengobatan. Alternatifnya, pasien dapat beralih ke perawatan paliatif atau perawatan akhir hayat, di mana perawat berfokus pada penanganan gejala, meningkatkan kualitas hidup, dan mendukung pasien dan keluarganya secara emosional dan spiritual.

Baik lintasan perawat dalam merawat pasien maupun lintasan pasien dalam mengalami suatu penyakit melibatkan tantangan, pertumbuhan, dan

perkembangan yang unik. Perawat bertujuan untuk memberikan perawatan yang dipersonalisasi dan holistik, mendukung pasien sepanjang perjalanan penyakitnya untuk meningkatkan kesejahteraan mereka dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan.

Lintasan Kesehatan dan Intervensi Keperawatan

Berdasarkan lintasan kesehatan pasien, intervensi keperawatan disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan spesifik dan tahapan penyakit mereka. Mari kita jelajahi bagaimana setiap struktur intervensi keperawatan dapat dibuat berdasarkan lintasan kesehatan pasien:

1. Pencegahan Primer: Pada tahap ini, intervensi keperawatan fokus pada peningkatan kesehatan dan pencegahan terjadinya penyakit. Perawat dapat memberikan pendidikan tentang pilihan gaya hidup sehat, strategi pencegahan penyakit, dan imunisasi. Mereka juga dapat melakukan pemeriksaan dan penilaian untuk mengidentifikasi individu yang berisiko terkena penyakit tertentu dan memberikan intervensi atau rujukan yang sesuai.
2. Pencegahan Sekunder: Tahap ini melibatkan deteksi dini dan intervensi untuk membatasi perkembangan suatu penyakit. Intervensi keperawatan mungkin termasuk melakukan pemeriksaan dan tes diagnostik, memantau tanda-tanda vital, dan menilai pasien untuk faktor risiko tertentu. Perawat memainkan peran penting dalam mendidik pasien tentang pentingnya pemeriksaan rutin, praktik perawatan diri, dan kepatuhan terhadap rencana pengobatan.
3. Pencegahan Tersier: Pada tahap ini, pasien sudah terdiagnosis suatu penyakit atau kondisi. Intervensi keperawatan bertujuan untuk mencegah komplikasi, mengelola gejala, dan mengoptimalkan kualitas hidup pasien. Perawat dapat menerapkan strategi manajemen pengobatan, memfasilitasi program rehabilitasi, dan memberikan pendidikan tentang

teknik manajemen diri. Mereka juga membantu pasien dan keluarga mereka dalam menavigasi sistem layanan kesehatan dan mengakses layanan dukungan yang sesuai.

4. Perawatan Restoratif: Tahap ini berfokus pada pemberian intervensi untuk memulihkan atau meningkatkan kemampuan fungsional dan kemandirian pasien. Intervensi keperawatan mungkin termasuk terapi fisik, terapi okupasi, dan terapi wicara untuk membantu pasien mendapatkan kembali kekuatan, mobilitas, dan kemandirian. Perawat berkolaborasi dengan profesional kesehatan untuk mengembangkan rencana perawatan yang dipersonalisasi, memantau kemajuan, dan memberikan dukungan dan pendidikan berkelanjutan kepada pasien dan keluarga mereka.
5. Perawatan Akhir Kehidupan: Pada tahap ini, intervensi keperawatan menangani kebutuhan fisik, emosional, dan spiritual pasien menjelang akhir kehidupan. Perawat memberikan perawatan paliatif, berfokus pada manajemen nyeri dan gejala, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Selain itu, mereka menawarkan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga mereka, memfasilitasi diskusi perencanaan perawatan lanjutan, dan membantu pengambilan keputusan di akhir hayat.

Penting bagi perawat untuk menilai lintasan kesehatan pasien, termasuk tahap penyakit saat ini, prognosis, dan kebutuhan spesifik, untuk mengembangkan intervensi keperawatan yang tepat. Dengan menyesuaikan intervensi dengan kondisi kesehatan pasien yang unik, perawat dapat memberikan perawatan individual dan holistik untuk mendukung pasien sepanjang perjalanan layanan kesehatannya.

Lintasan Kesehatan dan Pemberdayaan di Masyarakat

Lintasan kesehatan memang bisa menjadi inti dari kesehatan masyarakat dan pemberdayaan masyarakat

karena berfungsi sebagai kerangka panduan untuk memahami kebutuhan dan tantangan kesehatan dalam suatu komunitas. Mari kita telusuri bagaimana lintasan kesehatan dapat berkontribusi terhadap kesehatan dan pemberdayaan masyarakat:

1. Mengkaji kebutuhan kesehatan masyarakat: Lintasan kesehatan membantu dalam menilai status kesehatan saat ini dan mengidentifikasi kebutuhan spesifik masyarakat. Dengan memahami penyakit yang lazim, risiko kesehatan, dan isu kesehatan yang sedang tren di masyarakat, penyedia layanan kesehatan dan tokoh masyarakat dapat mengembangkan intervensi yang ditargetkan dan mengalokasikan sumber daya secara efektif.
2. Menyesuaikan intervensi: Berdasarkan lintasan kesehatan, intervensi dapat dirancang untuk mengatasi tantangan spesifik dan tren/kecenderungan kesehatan di masyarakat. Hal ini mencakup tindakan pencegahan, program pendidikan kesehatan, akses terhadap layanan kesehatan, dan inisiatif untuk mempromosikan perilaku sehat. Dengan merencanakan intervensi sesuai kondisi kesehatan masyarakat, efektivitas dan dampak dari upaya ini dapat dimaksimalkan; dimana perawat dapat bekerja bersama pasien dan keluarga dalam merancang aktifitas pemberdayaan menuju adaptasi dan kesembuhan (Palmer et al., 2018).
3. Pemberdayaan anggota masyarakat: Lintasan kesehatan dapat memberdayakan anggota masyarakat dengan menumbuhkan rasa kepemilikan dan partisipasi terhadap kesehatan mereka sendiri (Wiener & Dodd, 1993). Dengan melibatkan anggota masyarakat dalam penilaian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan, mereka menjadi mitra aktif dalam pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Pemberdayaan ini mengarah pada peningkatan literasi kesehatan, efikasi diri, dan rasa tanggung jawab bersama terhadap kesehatan masyarakat.

4. Mendorong advokasi masyarakat: Memahami lintasan kesehatan dapat memberdayakan anggota masyarakat untuk melakukan advokasi terhadap kebutuhan kesehatan mereka. Dengan memberikan mereka pengetahuan dan alat untuk mengidentifikasi kesenjangan kesehatan, terlibat dalam diskusi kebijakan kesehatan, dan memobilisasi perubahan, masyarakat dapat melakukan advokasi untuk meningkatkan akses layanan kesehatan, perubahan lingkungan, dan kebijakan yang mendukung kesejahteraan masyarakat.
5. Mendorong kemitraan kolaboratif: Jalur kesehatan dapat menyatukan beragam pemangku kepentingan, termasuk penyedia layanan kesehatan, organisasi masyarakat, pembuat kebijakan, dan masyarakat, untuk berkolaborasi dalam inisiatif kesehatan masyarakat. Upaya kolektif ini meningkatkan koordinasi, pembagian sumber daya, dan pengembangan strategi komprehensif yang mengatasi berbagai faktor penentu kesehatan. Hal ini menciptakan rasa tanggung jawab bersama dan tindakan kolektif menuju peningkatan kesehatan masyarakat.
6. Pemantauan dan evaluasi: Lintasan kesehatan memberikan kerangka kerja untuk memantau dan mengevaluasi dampak intervensi terhadap kesehatan masyarakat dari waktu ke waktu. Dengan melacak data secara rutin dan menilai kemajuannya, anggota masyarakat dan penyedia layanan kesehatan dapat mengidentifikasi tren, bidang perbaikan, dan menyesuaikan intervensi. Pemantauan dan evaluasi yang berkelanjutan membantu menyempurnakan strategi, memaksimalkan efisiensi, dan memastikan peningkatan berkelanjutan pada hasil kesehatan masyarakat.

Dengan menggunakan jalur kesehatan sebagai kerangka inti, inisiatif kesehatan masyarakat menjadi lebih tepat sasaran, responsif, dan berdampak. Pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan mereka dalam proses

pengambilan keputusan dan advokasi akan menumbuhkan rasa kepemilikan dan tanggung jawab kolektif terhadap kesehatan. Pendekatan ini mengarah pada peningkatan berkelanjutan pada hasil kesehatan masyarakat dan meningkatkan pemberdayaan masyarakat secara keseluruhan.

Daftar Pustaka

- Matthys, O., De Vleminck, A., Dierickx, S., Deliens, L., Van Goethem, V., Lapeire, L., Groenvold, M., Lund, L., Arnfeldt, C. M., Sengeloev, L., Pappot, H., Johnsen, A. T., Guerin, S., Larkin, P. J., Jordan, C., Connolly, M., D'Alton, P., Costantini, M., Di Leo, S., ... Cohen, J. (2021). Effectiveness of a nurse-delivered (FOCUS+) and a web-based (iFOCUS) psychoeducational intervention for people with advanced cancer and their family caregivers (DIAdIC): study protocol for an international randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00895-z>
- Palmer, C. G. S., McConkie-Rosell, A., Holm, I. A., LeBlanc, K., Sinsheimer, J. S., Briere, L. C., Dorrani, N., Herzog, M. R., Lincoln, S., Schoch, K., Spillmann, R. C., & Brokamp, E. (2018). Understanding Adult Participant and *Parent* Empowerment Prior to Evaluation in the Undiagnosed Diseases Network. *Journal of Genetic Counseling*, 27(5). <https://doi.org/10.1007/s10897-018-0228-6>
- Street, R. L., Treiman, K., Wu, Q., Kranzler, E. C., Moultrie, R., Mack, N., & Garcia, R. (2022). Managing uncertainty and responding to difficult emotions: Cancer patients' perspectives on clinician response during the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 105(7). <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.029>
- Wiener, C. L., & Dodd, M. J. (1993). Coping amid uncertainty: an illness trajectory perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 7(1).

Profil penulis



DR. Dwi Prihatin Era, S.Kp.,M.Kep.,Sp.MB

adalah seorang akademisi, peneliti, dan penulis di bidang keperawatan, yang saat ini menjabat sebagai dosen di Poltekkes Kalimantan Timur. Perjalanan pendidikannya yang mendalami disiplin ilmu keperawatan dari jenjang sarjana hingga doktoral, semuanya diperoleh dari Universitas Indonesia yang bergengsi. Minat dan keahlian Era terutama terletak pada keperawatan medikal bedah, dengan penekanan khusus pada onkologi dan urologi. Ia sangat berkomitmen untuk meningkatkan standar perawatan pasien di bidang ini melalui penelitian akademis yang ketat dan penerapan praktisnya di lapangan. Ketertarikannya pada bidang ini berkobar sejak masa studi sarjananya dan semakin meningkat seiring berjalannya waktu. Selain spesialisasinya dalam keperawatan bedah medis, Era memiliki minat yang tak tergoyahkan pada topik yang lebih luas seperti pemberdayaan pasien dan caregiver, konsep diri, harga diri, proses transisi dalam rentang sehat-sakit- aspek-aspek yang merupakan bagian integral dari perawatan pasien holistik. Ia sangat yakin bahwa memahami keadaan pasien dari berbagai dimensi dapat berdampak signifikan pada proses kehidupan mereka.

Email Penulis: era@poltekkes-kaltim.ac.id

*THE THEORY OF TECHNOLOGICAL
COMPETENCY AS CARING IN
NURSING (TCCN)*

Ns. Ricky Prawira, S.Kep., M.Kep.

Critical Care Nurse at Charitas Hospital,
Palembang, Indonesia

Theorist's Biography

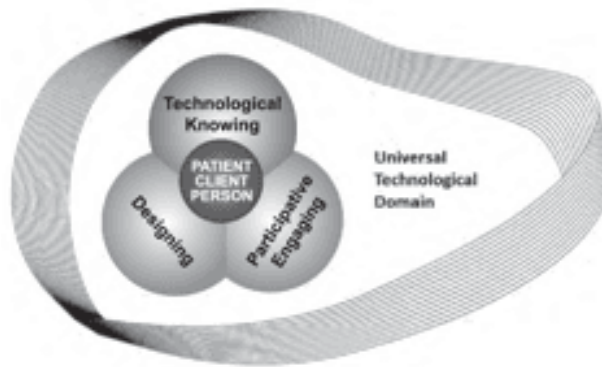
Rozzano Locsin adalah ahli teori keperawatan dan profesor keperawatan Filipina-Amerika. Beliau terkenal karena karyanya dibidang teori keperawatan, filsafat keperawatan, dan pendidikan keperawatan. Beliau adalah penulis beberapa buku, antara lain Teori Keperawatan: Analisis dan Penerapan, Teori Keperawatan: Pemanfaatan dan Penerapan, dan Teori Keperawatan: Pengembangan dan Penerapan, serta tulisan beliau yang sangat terkenal yaitu terkait teori Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice. Beliau juga telah menulis banyak artikel dan bab buku tentang teori keperawatan, filsafat keperawatan, dan pendidikan keperawatan. Locsin pernah menjabat sebagai profesor keperawatan di Universitas Tokushima di Jepang, dan sebagai profesor emeritus di Florida Atlantic University di Amerika Serikat. Saat ini ia menjadi profesor tamu di Universitas St. Paul Filipina. Locsin telah menerima berbagai penghargaan dan penghargaan atas karyanya dalam teori dan pendidikan keperawatan, termasuk

Penghargaan Legenda Hidup dari Akademi Keperawatan Amerika pada tahun 2006, Medali Florence Nightingale dari Dewan Perawat Internasional pada tahun 2008, dan Penghargaan Prestasi Seumur Hidup dari Asosiasi Perawat Filipina pada tahun 2009. Locsin lahir pada tahun 1954 di Filipina. Merupakan seorang perawat yang berasal dari Dumaguete. Locsin memperoleh gelar Bachelor of Science in Nursing dari Silliman University pada tahun 1976 dan gelar MA in Nursing pada tahun 1978. Beliau memperoleh gelar PhD in Nursing dari University of the Philippines pada tahun 1988 (Locsin & Purnell, 2009).

Konsep Utama dan Definisi

The Theory of Technological Competency as Caring in Nursing (TCCN) Locsin adalah salah satu teori keperawatan yang mengacu pada perawatan dan penggunaan teknologi dalam keperawatan (Locsin, 2005; Smith, 2019). Teori keperawatan yang dapat digunakan untuk menjelaskan masalah sains dan praktik keperawatan yaitu teori TCCN Locsin. Teori ini menjelaskan mengenai potensi pengembangan melalui pengetahuan untuk kemajuan interdisipliner ilmu keperawatan. Selain itu teori TCCN Locsin membahas tentang masalah pengembangan teori dan menempatkan teori tersebut dalam UTD (Universal Technological Domain) (Mugo et al., 2017).

TCCN dan teknologi kecerdasan buatan (Artificial Intelligence) memadukan antara kepedulian dan teknologi melalui proses keperawatan yang dinamis, tidak berurutan dan sinkron. Teori ini membangun pengetahuan interdisipliner yang relevan baik itu secara kontekstual maupun dalam praktik promosi kesehatan yang berkualitas. Kemampuan teknologi dalam teori ini tercermin dalam 3 dimensi antara lain: Proses keperawatan, pengetahuan teknologi serta keterlibatan dalam praktik keperawatan (Miller, 2007; Mugo et al., 2017).



Gambar 33.1. Konsep TCCN Locsin dalam Universal Technological Domain

Proses Keperawatan

Proses keperawatan mencerminkan keterlibatan antara integrasi interdisipliner untuk memperluas kemampuan manusia. Dalam keterlibatan ini terdapat tantangan besar dalam mengintegrasikannya. TCCN dapat digunakan, direvisi, ditingkatkan dan dikembangkan untuk mengatasi dalam perkembangan teori kontemporer dalam meningkatkan dunia keperawatan (Miller, 2007). Proses keperawatan merupakan rangkaian kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, dalam pemberian asuhan keperawatan seorang perawat dituntut untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan mengutamakan kualitas asuhan yang diberikan. Proses keperawatan tidak sedikit memiliki permasalahan tersendiri bagi perawat, sebagai contoh permasalahan dalam proses keperawatan yaitu kurangnya tenaga karena proses pemberian asuhan keperawatan masih manual dan membutuhkan banyak perawat dan menyita waktu perawat dalam menyelesaikan tugasnya. Permasalahan dalam proses keperawatan hendaknya diidentifikasi untuk mencari solusi terhadap permasalahan yang ada guna menghasilkan suatu produk yang dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Produk yang dihasilkan dapat mengurangi biaya atau membantu perawat dalam menjalankan tugasnya dengan lebih efektif dan efisien.

Pengetahuan Teknologi

Pengetahuan teknologi sangat diperlukan didalam dunia keperawatan, melibatkan penggunaan teknologi perawatan yang kompeten untuk mengenal pasien secara keseluruhan. Melalui pengetahuan teknologi dapat membuat pekerjaan perawat perawat lebih efisien baik secara waktu maupun tenaga (Krel et al., 2022). Pengetahuan teknologi merupakan pembentukan pemahaman yang telah dirancang sebelumnya dengan cara pengungkapan teknologi. Pembentukan pemahaman tersebut dikuatkan dengan realita data yang telah diperoleh dari teknologi. Nilai teknologi dalam teori Locsin merupakan teknologi yang melengkapi manusia untuk merumuskan gagasan, teknologi sebagai mesin dan teknologi meniru kegiatan manusia untuk memenuhi tuntutan praktik keperawatan (Miller, 2007). Pengetahuan teknologi sangat diperlukan oleh perawat terutama di era saat ini perawat harus mampu memanfaatkan artificial intelligence (AI) guna mendukung pekerjaannya yang lebih efektif dan efisien tanpa mengurangi caring dari perawat itu sendiri. Penggunaan artificial intelligence (AI) menjadi dilema tersendiri oleh perawat, hal ini dikarnakan perawat berasumsi adanya artificial intelligence (AI) menjadikan tenaga perawat yang dibutuhkan rumah sakit lebih sedikit. Adanya artificial intelligence (AI) tidaklah menggantikan profesi perawat hanya saja dengan artificial intelligence (AI) perawat akan terbantu pekerjaannya dengan teknologi yang baru sehingga asuhan keperawatan lebih modern.

Perawat yang merupakan profesi paling banyak dibutuhkan oleh fasilitas kesehatan hendaknya selalu update pengetahuan terutama dibidang teknologi, hal ini menuntut perawat untuk selalu bekerjasama lintas profesi atau sektor misalnya dengan bagian TIK (teknologi, informasi dan komunikasi) dalam menyusun strategi dari permasalahan yang dihadapi seorang perawat. Bilamana perawat itu sendiri tidak peduli dengan permasalahan yang ada, maka pekerjaannya akan terasa berat dan tidak ada perubahan dari suatu

permasalahan yang ada. Permasalahan pengetahuan teknologi bagi perawat yang sangat sulit diatasi yaitu bagi individu perawat itu sendiri, hal ini dikarenakan adanya permasalahan dalam menerima teknologi baru terhadap perawat yang sudah nyaman dengan rutinitasnya. Adanya praktik keperawatan modern hendaknya menuntuk perawat lebih terbuka dalam penerimaan terhadap teknologi baru dengan demikian profesi perawat akan menjadi profesi yang siap bersaing dan sangat dibutuhkan oleh pasiennya.

Praktik Keperawatan

Praktik keperawatan yang terjadi dimana adanya pertemuan antara teknologi, pasien dan perawat dalam konteks *Universal Technological Domain* (UTD). Dasar dalam praktik keperawatan adalah kepedulian terhadap sesama. TCCN dan teknologi kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence*) memadukan antara kepedulian dan teknologi melalui proses keperawatan yang dinamis, tidak berurutan dan sinkron. Teori Locsin mewakili titik awal teoritis untuk menggunakan teknologi dan kepedulian sebagai interaksi terkoordinasi dalam lingkungan keperawatan. Praktik keperawatan berbasis teori sangat penting untuk keperawatan dan pelayanan kesehatan, sehingga meningkatkan kualitas pelayanan yang lebih tinggi (Locsin, 2017). Praktik keperawatan modern sangat erat kaitannya dengan teknologi *artificial intelligence* (AI), hal ini dikarenakan praktik keperawatan modern diharapkan dapat menjawab permasalahan yang ada saat ini, serta lebih terstruktur dan efisien. Praktik keperawatan modern yang menggabungkan teknologi didalam proses keperawatannya akan menghasilkan kolaborasi yang lebih maksimal, misalnya pada perawatan luka waktu penyembuhan luka menjadi lebih cepat, selain itu misalnya dalam hal pendokumentasian keperawatan menjadi lebih otomatis dengan program komputerisasi yang lebih aman dan tersimpan dalam satu server yang besar. Praktik keperawatan inilah yang menjadikan teori TCCN sebagai teori perubahan dan keterbaruan.

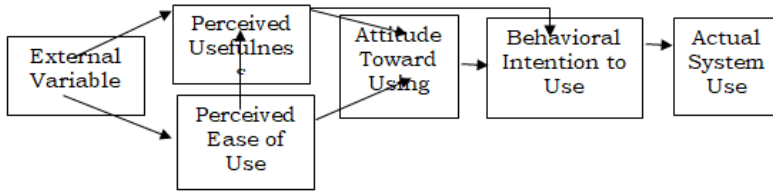
Pengujian Teknologi Baru

Suatu teknologi baru yang ada tidak serta merta dapat digunakan dalam proses keperawatan, banyak rangkaian pengujian yang harus dilakukan sebelum teknologi baru tersebut dapat digunakan di fasilitas kesehatan. Rangkaian pengujian yang digunakan meliputi pengujian dari komponen yang akan digunakan, kemudian pengujian terhadap alat itu sendiri (misalnya pengujian sensitivitas suatu alat), selain itu yang terpenting juga yaitu pengujian dari para user atau pengguna itu sendiri.

Teori TCCN tidak serta merta dapat menjadi landasan dalam membuat suatu teknologi baru, teknologi baru hendaknya dilakukan pengujian tersendiri misalnya dengan penggunaan Technology Acceptance Model (TAM) atau suatu alat ukur dalam penerimaan suatu teknologi baru. Hal ini merupakan salah satu penggabungan dua teori yaitu model The Theory of Technological Competency as Caring in Nursing (TCCN) Locsin dan Theory of Reason Action (TRA)

Technology Acceptance Model (TAM) merupakan hasil pengembangan dari Fred D.Davis (1989) yang mengadaptasi model Theory of Reason Action (TRA) dari Fishbein dan Ajzen pada tahun 1975. Model ini menggabungkan pengetahuan serta sikap dan perilaku individu dalam menerima teknologi. Fungsi TAM antara lain untuk menggambarkan individu dalam menerima teknologi berdasarkan tolak ukur persepsi keunggulan dan persepsi kemudahan untuk memanfaatkan teknologi. Model ini juga menjelaskan dan memperkirakan individu menerima terhadap teknologi informasi (Locsin, 2005; Mugo et al., 2017).

Technology Acceptance Model (TAM) dibagi menjadi dua aspek yaitu berdasarkan persepsi aspek kegunaan (perceived usefulness) dan persepsi aspek kemudahan (perceived ease of use).



Gambar 33.2. Model penerimaan teknologi

Technology Acceptance Model (TAM) yang menjadi aspek dalam penerimaan suatu teknologi baru yaitu (Locsin, 2005; Pratiwi et al., 2022):

1. Persepsi aspek kegunaan (*perceived usefulness*)

Persepsi ini digunakan sebagai tolak ukur keyakinan individu terhadap teknologi dengan suatu sistem yang dapat membantu meningkatkan prestasi kerja individu. Didalam persepsi kegunaan ini terdapat enam indikator tolak ukur yang menjadi penilaiannya antara lain:

- a. Mempercepat pekerjaan (*work more quickly*) artinya bahwa suatu teknologi baru tersebut dapat mempercepat proses pekerjaan.
- b. Meningkatkan penampilan pekerjaan (*improve job performance*) artinya bahwa suatu teknologi baru tersebut mampu meningkatkan performa kerja.
- c. Peningkatan produktivitas (*increase productivity*) artinya bahwa suatu teknologi baru tersebut mampu meningkatkan produktivitas dalam melakukan pekerjaan.
- d. Efektivitas (*effectiveness*) artinya bahwa suatu teknologi baru tersebut dapat mempercepat waktu dalam bekerja.
- e. Mempermudah pekerjaan (*maked job easier*) artinya bahwa suatu teknologi baru tersebut dapat mempermudah pekerjaan.

- f. Berguna (*usefull*) artinya suatu teknologi baru tersebut dapat bermanfaat dalam melakukan pekerjaan.
2. Persepsi aspek kemudahan (*perceived ease of use*)

Persepsi aspek kemudahan dalam penggunaan merupakan tolak ukur individu dalam meyakini teknologi yang digunakan lebih mudah dipahami serta lebih mudah dalam penggunaannya. Persepsi ini terdapat enam indikator tolak ukurnya dalam penilaiannya antara lain:

- a. Mudah dipahami atau dipelajari (*ease of learn*) artinya suatu teknologi baru tersebut dalam penggunaannya mudah untuk dipahami sehingga tidak sulit dalam pengoprasiannya.
- b. Dapat dikontrol (*controllable*) artinya suatu teknologi baru tersebut dapat dilakukan pengontrolan apakah teknologi tersebut berfungsi dengan baik.
- c. Jelas serta mudah dipahami (*clear and understandable*) artinya suatu teknologi baru tersebut memiliki hasil yang jelas dan akurat.
- d. Fleksibilitas (*flexible*) artinya bahwa suatu teknologi baru tersebut dapat dengan mudah dibawah kemana-mana serta tidak terkendala karena adanya gangguan lain dan dapat digunakan dalam kondisi apapun.
- e. Mudah menjadi terampil (*easy to become skillful*) artinya bahwa penggunaan suatu teknologi baru tersebut dapat meningkatkan keterampilan dalam melakukan pekerjaanya.
- f. Mudah digunakan (*easy to use*) artinya bahwa dalam penggunaannya sangat mudah digunakan untuk melakukan pekerjaan.

Contoh Penerapan dalam Dunia Keperawatan

Penerapan teknologi didunia keperawatan sangatlah diperlukan, hal ini dapat membantu pekerjaan perawat

sehingga lebih efektif dan efisien tanpa mengurangi *caring* kepada pasien. Dalam hal ini penulis akan memberikan ilustrasi bagaimana cara penerapan teknologi dalam dunia keperawatan berdasarkan teori TCCN Locsin.

1. Proses Keperawatan

Langkah awal lakukan identifikasi permasalahan dalam proses keperawatan yang akan diselesaikan, sebagai contoh penulis melakukan identifikasi dari permasalahan perawat dalam melakukan auskultasi jantung dan paru pada pasien kritis. Adapun proses identifikasi dapat dilihat dalam artikel yang penulis tulis dengan judul “Masalah Perawat dalam Melakukan Auskultasi Di Ruang *Perawatan Intensive Care Unit*” (Prawira et al., 2023b). Pada artikel tersebut penulis melakukan penelitian dengan metode kualitatif untuk mengetahui suatu permasalahan yang terjadi dalam melakukan auskultasi pada pasien kritis di ruang perawatan *intensive care unit*. Hasil yang didapatkan dari penelitian tersebut, terdapat tiga permasalahan yang ada yaitu: 1) Waktu yang digunakan dalam melakukan auskultasi sangat terbatas karena banyaknya tugas perawat yang harus diselesaikan, 2) Stetoskop yang digunakan hendaknya memiliki suara jelas saat digunakan, 3) Stetoskop hendaknya berbentuk lebih fleksibel sehingga mudah dalam penggunaannya. Sehingga penulis menyimpulkan permasalahan yang dihadapi perawat dalam melakukan pemeriksaan auskultasi pada pasien kritis, yaitu dibutuhkannya suatu stetoskop yang memiliki hasil suara yang lebih jelas serta fleksibel dalam penggunaannya. Hal ini merupakan contoh dari tahapan dalam mengidentifikasi permasalahan pada proses keperawatan.

2. Pengetahuan Teknologi

Langkah kedua cari dukungan dan informasi sebanyak mungkin terkait teknologi yang dapat membantu kita dalam mengatasi permasalahan yang

ada. Peningkatan teknologi ini dapat bekerjasama dengan lintas sektor sehingga teknologi yang digunakan sesuai harapan. Untuk memberikan gambaran teknologi yang tepat dapat dilakukan studi literatur. Sebagai contoh yang penulis lakukan dengan membuat studi literatur untuk mengatasi permasalahan dari proses keperawatan sebelumnya. Studi literatur dapat dilihat dalam artikel yang penulis tulis dengan judul “*Wireless stethoscope for auscultation of the heart and lungs in critically ill patients: a systematic review*” (Ismail et al., 2023).

Pada artikel diatas penulis melakukan studi literatur dengan metode sistematik review, dimana penulis memiliki permasalahan yang akan dipecahkan yaitu permasalahan auskultasi pada pasien kritis yang telah diidentifikasi pada penelitian sebelumnya. Penulis melakukan studi literatur sebagai cara penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan mencari sumber akan pemecahan masalah yang ada. Penulis mencari literatur dengan memasukkan kata kunci auskultasi, pasien kritis dan stetoskop, dari hasil pencarian penulis melakukan ekstrasi dan sintesis dari artikel yang ada sehingga dapat disimpulkan bahwa berdasarkan tinjauan sistematis yang dilakukan, stetoskop wireless mungkin lebih sensitif dibandingkan stetoskop akustik manual pada pasien kritis selain itu stetoskop wireless lebih fleksibel dalam penggunaannya.

Berdasarkan tahapan diatas penulis mendapatkan informasi terkait teknologi yaitu stetoskop wireless kemudian penulis melakukan pengerjaan projek dengan lintas sektor yaitu dengan bagian teknik untuk membuat suatu teknologi baru berupa stetoskop wireless.

3. Praktek Keperawatan

Langkah selanjutnya setelah mengetahui teknologi yang dapat diterapkan dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi, maka suatu teknologi baru terlebih dahulu harus diujicobakan dalam

praktek keperawatan. Pengujian tidak hanya dalam bentuk uji alat melainkan pengujian juga dalam bentuk bagaimana persepsi seorang pengguna dalam menerima teknologi yang telah dibuat. Sebagai contoh yang penulis lakukan dengan melakukan dua pengujian yaitu melakukan uji sensitivitas dan spesitifitas dari stetoskop wireless yang sudah dihasilkan pada tahap sebelumnya, serta menguji bagaimana persepsi perawat tersebut dalam penggunaan teknologi baru tersebut. Hasil pengujian dapat dilihat dalam artikel penelitian berikut. Untuk pengujian persepsi menggunakan dengan judul *“Description of the usefulness and ease of use wireless stethoscope for auscultation: A pilot study”* didapatkan hasil sebagai berikut: Persepsi perawat terhadap kemudahan dan kegunaan stetoskop wireless diukur menggunakan kuesioner persepsi kegunaan dan persepsi kemudahan penggunaan. Persepsi perawat terhadap penggunaan stetoskop nirkabel menunjukkan nilai rata-rata sebesar 4,27, sedangkan persepsi perawat terhadap kemudahan penggunaan stetoskop wireless menunjukkan nilai rata-rata sebesar 4,35. Hasil tersebut menunjukkan bahwa perawat di unit perawatan kritis menerima stetoskop wireless dalam hal kemudahan penggunaan dan kegunaannya sebagai alat untuk melakukan auskultasi jantung dan paru-paru pasien sakit kritis. (Prawira et al., 2023a). Sedangkan hasil dari pengujian alat atau teknologi baru dengan judul *“Sensitivitas dan Spesitifitas Stetoskop Wireless untuk Pemeriksaan Auskultasi Jantung dan Paru Pada Pasien Kritis”* didapatkan hasil sebagai berikut: Pada saat dilakukan pemeriksaan auskultasi jantung didapatkan sensitivitas stetoskop wireless sebesar 87,50% dan spesitifitas 88,75%. Sedangkan pada pemeriksaan paru, stetoskop wireless memiliki nilai sensitivitas 90,66% dan spesitivitas 77,77%, sehingga dapat disimpulkan stetoskop wireless sensitif dan spesifik untuk melakukan auskultasi jantung paru pada pasien kritis. Kesimpulan: stetoskop wireless sensitif dan spesitif untuk melakukan auskultasi jantung dan paru serta persepsi perawat terhadap stetoskop wireless masuk dalam kategori sangat menerima teknologi. (Prawira et al., 2022).

Daftar Pustaka

- Ismail, S., Prawira, R., Johan, A., & Ismail, R. (2023). Wireless stethoscope for auscultation of the heart and lungs in critically ill patients: a systematic review. *Jurnal NERS*, 18(1).
- Krel, C., Vrbnjak, D., Bevc, S., Štiglic, G., & Pajnikihar, M. (2022). Technological Competency As Caring in Nursing: a Description, Analysis and Evaluation of The Theory. *Zdravstveno Varstvo*, 61(2), 115–123. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0016>
- Locsin, R. C. (2005). Technological competency as caring in nursing: A model for practice. Sigma Theta Tau International Indianapolis, IN.
- Locsin, R. C. (2017). The co-existence of technology and caring in the theory of technological competency as caring in nursing. *The Journal of Medical Investigation*, 64(1.2), 160–164.
- Locsin, R. C., & Purnell, M. (2009). A contemporary nursing process: The (un) bearable weight of knowing in nursing. Springer Publishing Company.
- Miller, J. H. (2007). Technological Competency as Caring in Nursing: A Model for Practice. *AORN Journal*, 85(2), 428–429. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)60056-8](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)60056-8)
- Mugo, D. G., Njagi, K., Chemwei, B., & Motanya, J. O. (2017). The technology acceptance model (TAM) and its application to the utilization of mobile learning technologies. <http://repository.must.ac.ke/handle/123456789/385>
- Pratiwi, E. D., Haryati, S., & Syarif, N. (2022). Pengaruh Variasi Binder, Elektrolit dan Pemakaian Emulsi terhadap Kinerja Baterai Litium Ion Berbasis Karbon Batang Kangkung Air (*Ipomoea Aquatica*). *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(2), 2563–2577. <http://dx.doi.org/10.36418/syntax-literate.v7i2.6308>

- Prawira, R., Ismail, S., Johan, A., & Ismail, R. (2023a). Description of the usefulness and ease of use wireless stethoscope for auscultation: A pilot study. *JNKI (Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia)(Indonesian Journal of Nursing and Midwifery)*, 10(4), 321–329.
- Prawira, R., Ismail, S., Johan, A., & Ismail, R. (2023b). Deskripsi Kualitatif Masalah Perawat dalam Melakukan Auskultasi di Ruang Perawatan Intensive Care Unit. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 6(2), 921–928.
- Prawira, R., Johan, A., & Suhartini, S. (2022). Sensitivitas dan Spesifitas Stetoskop Wireless untuk Pemeriksaan Auskultasi Jantung dan Paru Pada Pasien Kritis. Universitas Diponegoro.
- Smith, M. C. (2019). *Nursing theories and nursing practice*. FA Davis.

Profil Penulis



Ns. Ricky Prawira, S.Kep., M.Kep.

Merupakan praktisi keperawatan disalah satu rumah sakit swasta terbaik di Sumatera Selatan dan merupakan rumah sakit tertua yaitu Charitas Hospital Palembang, dengan latar belakang pendidikan penulis diawali dengan pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Katolik Musi Charitas. Melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan dengan konsentrasi keperawatan kritis di Universitas Diponegoro. Pengalaman bekerja lebih dari tujuh tahun dirumah sakit dan saat ini sebagai praktisi di ruang Intensive Care Unit (ICU) serta mengajar pada program praktisi mengajar kemendikbudristek. Ketertarikan penulis dalam menulis karya tulis merupakan impian penulis sejak pertama kali bekerja serta saat penulis menempuh pendidikan magister penulis melakukan penelitian terkait pengembangan inovasi alat kesehatan. Dengan dasar pengembangan teori TCCN Locsin, hal inilah yang mendasari penulis tertarik dalam menulis buku falsafah dan teori keperawatan ini. Selain menulis beberapa buku serta modul pembelajaran penulis juga memiliki hasil penelitian yang dipublikasikan baik di jurnal nasional maupun internasional terkait perawatan kritis serta mendapatkan pembiayaan hibah penelitian pada program kompetitif nasional PTM saat menempuh pendidikan magister.

Email Penulis: nersricky@gmail.com

- 1 FALSAFAH KEPERAWATAN, SAINS DAN PARADIGMA KEPERAWATAN
Arif Munandar
- 2 HUBUNGAN FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN
Dhiana Setyorini
- 3 TEORI KEPERAWATAN, KARAKTERISTIK TEORI KEPERAWATAN DAN MODEL KONSEPTUAL
Intim Cahyono
- 4 PERKEMBANGAN TEORI KEPERAWATAN DAN PENERAPANNYA DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
Irfandi Rahman
- 5 MODEL KONSEPTUAL MYRA ESTRIN LEVINE : MODEL KONSERVASI
Fitri Wahyuni
- 6 MODEL KONSEPTUAL MARTHA E. ROGER : KESATUAN MANUSIA (UNITARY HUMAN BEINGS)
Devanda Faiqh Albyn
- 7 MODEL KONSEPTUAL DOROTHEA OREM : DEFISIT PERAWATAN DIRI
Ria Desnita
- 8 MODEL KONSEPTUAL IMOGENE M. KING: KERANGKA KERJA SISTEM INTERAKSI
Kornelis Nama Beni
- 9 MODEL KONSEPTUAL BETTY NEUMAN: KONSEP HEALTH CARE SYSTEM
Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo
- 10 MODEL KONSEPTUAL SISTER CALISTA ROY: MODEL ADAPTASI
Defrima Oka Surya
- 11 MODEL KONSEPTUAL JOSEPHINE G PATERSON DAN LORETTA T. ZDERAD; TEORI HUMANISTIK JOSEPHINE G. PATERSON & LORETTA T. ZDERAD
Triyana Harila Putri
- 12 MODEL TEORI NOLA J PENDER: MODEL PROMOSI KESEHATAN
Minarti
- 13 MODEL TEORI ROSEMARIE RIZZO PARSE: MENJADI MANUSIA
Ayu Dita Handayaniingtyas
- 14 MODEL TEORI HELEN C. ERICKSON: MODELING AND ROLE E-MODELING
Ni Made Sintha Pratiwi
- 15 MODEL TEORI MADELEINE LEININGER: KEPERAWATAN TRANSKULTURAL
Henny Yolanda
- 16 MODEL TEORI MARGARETH NEWMAN: KESEHATAN SEBAGAI PERLUASAN KESADARAN
Kusniyati Utami
- 17 MODEL TEORI RAMONA T. MERCER; PENCAPAIAN PERAN IBU
Nilam Noorma
- 18 MODEL TEORI IDA JEAN ORLANDO; TEORI PROSES KEPERAWATAN
Iyar Siswandi
- 19 MODEL TEORI EVELYN ADAMAS: PENGEMBANGAN MODEL DAN TEORI KEPERAWATAN
Nur Hasanah
- 20 TEORI KEPERAWATAN JEAN WATSON: TEORI CARING
Ni Komang Sukra Andini
- 21 TEORI KEPERAWATAN CHERYL TATANO BECK: TEORI DEPRESI PASCAPERSALINAN
Marlinda
- 22 TEORI KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON; PRINSIP-PRINSIP DAN PRAKTIK KEPERAWATAN
Emitra Fatriona
- 23 TEORI KEPERAWATAN FAYE GLENNY ABDELLAH PENDEKATAN PADA PASIEN DALAM KEPERAWATAN
Pipit Festi Willyanarti
- 24 TEORI KEPERAWATAN PATRICIA BENNER ETIKA DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN
Agustina Boru Gultom
- 25 TEORI KEPERAWATAN HILDEGARD E. PEPLAU: ISOLASI SOSIAL
Ahmad Guntur Alfanto
- 26 TEORI KEPERAWATAN KATHARINE KOLKABA: KENYAMANAN DALAM PROSES KEPERAWATAN
Eva Oktaviani
- 27 MODEL PENILAIAN KESEHATAN ANAK
Tri Arini
- 28 TEORI KEPERAWATAN FLORENCE NIGHTINGALE; TEORI LINGKUNGAN
Zuhartul Hajri
- 29 TEORI KEPERAWATAN LYDIA E. HALL; CARE, CURE AND CORE
Sang Ayu Ketut Candrawati
- 30 TEORI KEPERAWATAN JOYCE TRAVELBEE TEORI HUBUNGAN INTERPERSONAL
Atik Badi'ah
- 31 TEORI KEPERAWATAN PHIL BARKER; MODEL PEMULIHAN KESEHATAN MENTAL
Chlara Yunita Prabawati
- 32 TEORI KEPERAWATAN CAROLYN L. WIENER AND MARYLIN J. DODD; TEORI LINTASAN KESEHATAN (HEALTH TRAJECTORY)
Dwi Prihatin Era
- 33 THE THEORY OF TECHNOLOGICAL COMPETENCY AS CARING IN NURSING (TCCN)
Ricky Prawira

Editor:
Arif Munandar

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-195-584-5 (PDF)



9 786231 955845