

Ratna | Abdul Syukur Bau | Ni Komang Ari Sawitri | Paulina
Yosin Ngii | Dina Mariana | Shinta Arini Ayu
Ni Made Dian Sulistiowati | Angela Dwi Pitri
Yuli Ernawati | Sahmad | Patria Asda | Ika Mustika Dewi



FALSAFAH *Dan* TEORI

DALAM KEPERAWATAN



EDITOR:

Sri Susanty, S.Kep.,Ns., M.Kep.,M.Kes., PhD
Laode Alifariki, S.Kep.Ns.,M.Kes

PENYUNTING:

Dr. Laode Saltar, S.Kep.Ns.,M.Kep

FALSAFAH *Dan* TEORI

DALAM KEPERAWATAN

Falsafah Keperawatan merupakan salah satu acuan yang dapat dipakai dan dipergunakan oleh seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif baik psiko, sosial dan spiritual. Buku "Falsafah Dan Teori Dalam Keperawatan" terdiri dari 13 (Tiga Belas) Bab yaitu:

- BAB 1 : Konsep Falsafah dan Teori Keperawatan
- BAB 2 : Konsep Paradigma Keperawatan Dasar Penelitian
- BAB 3 : Konsep Pendekatan Sistem dalam Keperawatan
- BAB 4 : Teori Keperawatan Florence Nightingale
- BAB 5 : Teori Keperawatan Virginia Henderson
- BAB 6 : Teori Keperawatan Jean Watson
- BAB 7 : Teori Keperawatan Betty Neuman
- BAB 8 : Teori Keperawatan Hildegard E. Peplau : Hubungan Interpersonal
- BAB 9 : Teori Keperawatan Dorothy E. Johnson
- BAB 10 : Teori dan Model Keperawatan Dorothea E. Orem
- BAB 11 : Teori Keperawatan Lydia E. Hall
- BAB 12 : Teori Keperawatan Imogene M. King
- BAB 13 : Teori Keperawatan Nola J. Pender

FALSAFAH DAN TEORI DALAM KEPERAWATAN

Ratna, SKM., S.Kep., M.Kes
Abdul Syukur Bau, S.Kep Ns MM
Ns. Ni Komang Ari Sawitri, S.Kep.MSc. PhD
Paulina, S.K.M., M.Kes
Yosin Ngii, SKM, M.Kes
Dina Mariana, S.Kep., Ns., M.Kep
Shinta Arini Ayu, S. Kep., Ns., M. Kes
Dr.Ns.Ni Made Dian Sulistiowati, M.Kep.,Sp.Kep.J
Ns. Angela Dwi Pitri., M.Kep
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep
Sahmad, S.Kep., Ns., M.Kep
Patria Asda, S.Kep, Ns, M.P.H
Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep



eureka
media aksara

PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

FALSAFAH DAN TEORI DALAM KEPERAWATAN

Penulis : Ratna, SKM.,S.Kep.,M.Kes
Abdul Syukur Bau, S.Kep Ns MM
Ns. Ni Komang Ari Sawitri, S.Kep.MSc. PhD
Paulina, S.K.M., M.Kes
Yosin Ngii, SKM, M.Kes
Dina Mariana, S.Kep., Ns., M.Kep
Shinta Arini Ayu, S. Kep., Ns., M. Kes
Dr.Ns.Ni Made Dian Sulistiowati,
M.Kep.,Sp.Kep.J
Ns. Angela Dwi Pitri., M.Kep
Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep
Sahmad, S.Kep., Ns., M.Kep
Patria Asda, S.Kep, Ns, M.P.H
Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep

Editor : Sri Susanty, S.Kep.,Ns., M.Kep.,M.Kes., PhD
Laode Alifariki, S.Kep.Ns.,M.Kes

Penyunting : Dr. Laode Saltar, S.Kep.Ns.,M.Kep

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Meilita Anggie Nurlatifah

ISBN : 978-623-151-617-6

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, OKTOBER 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Dengan senantiasa memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga Tim Penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku dengan judul “Falsafah dan Teori dalam Keperawatan”.

Penyusunan buku “Falsafah dan Teori dalam Keperawatan” dibuat dalam 13 (Dua Belas) Bab yang terdiri dari :

- BAB 1 : Konsep Falsafah dan Teori Keperawatan
- BAB 2 : Konsep Paradigma Keperawatan Dasar Penelitian
- BAB 3 : Konsep Pendekatan Sistem dalam Keperawatan
- BAB 4 : Teori Keperawatan Florence Nightingale
- BAB 5 : Teori Keperawatan Virginia Henderson
- BAB 6 : Teori Keperawatan Jean Watson
- BAB 7 : Teori Keperawatan Betty Neuman
- BAB 8 : Teori Keperawatan Hildegard E. Peplau : Hubungan Interpersonal
- BAB 9 : Teori Keperawatan Dorothy E. Johnson
- BAB 10 : Teori dan Model Keperawatan Dorothea E. Orem
- BAB 11 : Teori Keperawatan Lydia E. Hall
- BAB 12 : Teori Keperawatan Imogene M. King
- BAB 13 : Teori Keperawatan Nola J. Pender

Penyusunan buku ini merupakan hasil kerjasama dari Tim Penulis dengan latar belakang disiplin keilmuan bidang Keperawatan dan Kesehatan. Pembuatan buku ini tentunya masih jauh dari sempurna, baik secara konteks dan konten, maka dengan ini Tim Penulis sangat mengharapkan saran dan kritik dari pembaca demi kesempurnaan buku ini.

Tak lupa kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh Tim Penulis yang telah berkontribusi sehingga Buku “Falsafah Dan Teori Dalam Keperawatan” ini dapat tersusun sebagaimana yang diharapkan. Juga tak lupa kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses penerbitan buku ini.

Akhir kata dengan tersusunnya buku ini, semoga dapat menambah khazanah keilmuan bidang Keperawatan dan Kesehatan.

Kendari, Agustus 2023
Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB 1 KONSEP FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN	1
A. Pendahuluan	1
B. Konsep Filsafat.....	2
C. Teori Keperawatan	6
D. Daftar Pustaka.....	11
BAB 2 KONSEP PARADIGMA KEPERAWATAN DASAR PENELITIAN	12
A. Pendahuluan	12
B. Pengertian Paradigma Keperawatan	13
C. Klasifikasi Paradigma.....	17
D. Fungsi Paradigma.....	19
E. Kriteria & Pembagian Paradigma	20
F. Komponen Metaparadigma Keperawatan	21
G. Daftar Pustaka.....	26
BAB 3 KONSEP PENDEKATAN SISTEM DALAM KEPERAWATAN	29
A. Pendahuluan	29
B. Sejarah Pendekatan Sistem	30
C. Teori Sistem Umum.....	31
D. Teori Dan Pendekatan Sistem Dalam Keperawatan..	33
E. Rangkuman	43
F. Daftar Pustaka.....	43
BAB 4 TEORI KEPERAWATAN FLORENCE NIGHTINGALE	47
A. Pendahuluan	47
B. Biografi Florence Nightingale.....	48
C. Model Lingkungan Florence Nightingale	51
D. Konsep Utama Teori Florence Nightingale.....	52
E. Sub Konsep Teori Lingkungan Florence Nightingale	53
F. Faktor Lingkungan Florence Nightingale	55
G. Daftar Pustaka.....	57

BAB 5	TEORI KEPERAWATAN VIRGINIA	
	HENDERSON	58
	A. Pendahuluan.....	58
	B. Pengertian.....	59
	C. Konsep Utama Teori Henderson	60
	D. Teori Model Virginia Henderson Dalam Proses Keperawatan.....	64
	E. Keperawatan Di Masa Mendatang	67
	F. Daftar Pustaka	68
BAB 6	TEORI KEPERAWATAN JEAN WATSON	69
	A. Pendahuluan.....	69
	B. Latar Belakang Jean Watson.....	70
	C. Faktor Karatif Dan Proses Caritas.....	71
	D. Paradigma Keperawatan	74
	E. Asumsi Dasar Teori Jean Watson	76
	F. Human Science And Human Caring.....	76
	G. Proses Keperawatan Dalam Teori Caring.....	78
	H. Daftar Pustaka	79
BAB 7	TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN	80
	A. Biografi Betty Neuman	80
	B. Sumber Teori Betty Neuman.....	82
	C. Tujuan Sistem Betty Neuman.....	83
	D. Hipotesis Ide Betty Neuman Dan Ide Model Dalam Praktek Keperawatan.....	84
	E. Empat Konsep Mayor Dalam Pandangan Dunia Keperawatan Sesuai Teori Betty Neuman	91
	F. Pendekatan Sistem Betty Neuman.....	93
	G. Pendekatan Model Sistem Neuman	95
	H. Analisis Dan Evaluasi Model Dan Teori Keperawatan Betty Neuman.....	97
	I. Daftar Pustaka	101
BAB 8	TEORI KEPERAWATAN HILDEGARD E. PEPLAU :	
	HUBUNGAN INTERPERSONAL	103
	A. Pendahuluan.....	103
	B. Teori Model Hubungan Interpersonal Hildegard Peplau.....	104
	C. Proses Penyembuhan.....	112

	D. Daftar Pustaka.....	114
BAB 9	TEORI KEPERAWATAN	
	DOROTHY E. JOHNSON.....	117
	A. Biografi Dorothy E. Johnson	117
	B. Model Sistem Perilaku Johnson.....	118
	C. Asumsi Model Sistem Perilaku	120
	D. Model Sistem Perilaku Johnson.....	120
	E. Daftar Pustaka.....	125
BAB 10	TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN	
	DOROTHEA E. OREM	127
	A. Pengantar Teorist.....	127
	B. Gambaran Spesifik Keperawatan.....	128
	C. Daftar Pustaka.....	145
BAB 11	TEORI KEPERAWATAN LIDYA E. HALL.....	149
	A. Latar Belakang Kehidupan	149
	B. Sumber-Sumber Teoritis	150
	C. Konsep Utama Teori Lidya E. Hall	151
	D. Asumsi-Asumsi Utama	153
	E. Penerimaan Teori Hall Oleh Komunitas Keperawatan	156
	F. Daftar Pustaka.....	158
BAB 12	TEORI KEPERAWATAN IMOGENE M. KING	160
	A. Pendahuluan	160
	B. Sejarah Keilmuan Imogene M.King	160
	C. Teori Sistem Konseptual Dinamik (Dynamics Conceptual System)	161
	D. Teori Pencapaian Tujuan (Goal Of Attainment Theory).....	163
	E. Teori King Dan Proses Keperawatan	167
	F. Daftar Pustaka.....	169
BAB 13	TEORI KEPERAWATAN NOLA J. PENDER	171
	A. Biografi	171
	B. Akar Teori Health Promotion Model Nola Pender..	172
	C. Health Promotion Model	173
	D. Daftar Pustaka.....	179
	TENTANG PENULIS.....	180

BAB 1

KONSEP FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Ratna, SKM.,S.Kep.,M.Kes

A. Pendahuluan

Falsafah atau Filsafat bersumber dari Bahasa Yunani *philos* dan *sophia*. *Philos* Bermakna hikmah atau cinta, *sophia* bermakna kebenaran, kebaikan dan kebajikn. Pribadi yang Filosof adalah seorang yang ulet dan Tangguh dalam memaknai berbagai isyarat yang berhubungan dengan kehidupan manusia (Prof. Dr. H. Jalaluddin, 2014)

Bermula dari definisi diatas, dapat disampaikan bahwa filosof merupakan seseorang yang cinta akan hikmah serta berupaya untuk menggapainya, focus pada hal tersebut, dan bersikap baik pada perbuatan tersebut. Juga seorang filosof senantiasa berupaya untuk belajar akan makna hakikat, mengaitkan makna sebab akibat serta berusaha untuk memaknai setiap pengalaman yang telah dialami oleh manusia.

Manusia dalam melakukan aktifitas sehari-hari, tidak dari terlepas dari ilmu sebagai sumber pengetahuan dalam berinteraksi dan memenuhi kebutuhan hidupnya. Namun masih ada Sebagian orang yang kurang mengerti dan memahami apa sebenarnya yang dimaksud dengan filsafat ilmu. Sebahagian manusia berpikir filsafat adalah merupakan kegiatan perenungan. Namun diartikan lebih jauh, filsafat adalah cara berpikir atau aktivitas untuk melakukan perenungan secara menyeluruh, mendalam serta terstruktur. Dengan demikian maka makna dari falsafah adalah merupakan tinjauan, ide, kelakuan dan pemahaman yang dimiliki oleh individu maupun

masyarakat. (Dr. Risnah, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes & Muhammad Irwan, S.Kep.,Ns., 2021)

B. Konsep Filsafat

Filsafat khusus atau sering juga dikenal dengan Filsafat Ilmu Pengetahuan yang membicarakan dan membahas segala sesuatu yang berhubungan dengan ilmu pengetahuan. Filsafat Ilmu Pengetahuan senantiasa akan membahasnya secara rasional, sistematis, kritis, logis dan rasional, menyeluruh, dan mendasar sehingga akan diperoleh pemahaman serta menemukan unsur-unsur hakiki yang dapat menjadi ciri dari ilmu pengetahuan. Dengan diketahuinya ciri dari ilmu pengetahuan kita dapat menentukan identitas dari ilmu pengetahuan secara benar, dapat menentukan atau mengidentifikasi bagian-bagian yang termasuk dalam lingkup ilmu pengetahuan dan tidak termasuk dalam bagian ilmu pengetahuan.

Dengan cara pandang yang kritis dan rasional manusia dapat berpikir serta berperilaku logis dalam menyikapi budaya tradisional, perilaku mistis yang ada di Masyarakat, ketidaktahuan dan ketidakmampuan Masyarakat untuk keluar dari budaya nenek moyang yang sudah tidak relevan dengan perkembangan zaman seperti misalnya kepercayaan Masyarakat tentang pentingnya peran dukun dalam pengobatan orang sakit dan ibu melahirkan. Dengan filsafat ilmu pengetahuan kita diberi pemahaman tentang berpikir kritis dengan mengubah perilaku dan cara pandang manusia dalam memperoleh informasi tentang pelayanan kesehatan maupun keperawatan sesuai dengan kebutuhan Masyarakat. Dengan berpikir kritis manusia dapat memahami dan memilah informasi yang benar, relevan, logis dalam memperoleh ilmu pengetahuan yang dia butuhkan (Drs. Paulus Wahana, 2016).

1. Definisi Filsafat Berdasarkan Etimologi

Penggunaan kata filsafat berasal dari bahasa Arab yaitu Falsafah, bahasa Inggris yaitu philosophy dan bahasa Yunani yang terdiri dari dua suku kata yaitu Philos yang

bermakna cinta serta Shopia yang bermakna kebijaksanaan. Bila kedua suku kata digabungkan akan menjadi Philosophia yang bermakna mencintai kebijaksanaan.

Makna dari kebijaksanaan juga dapat diartikan sebagai kebenaran dalam perbuatan. Manusia sebagai hamba yang beriman akan menyadari dan meyakini bahwa kebenaran mutlak milik Allah SWT. Seorang filosof Yunani Pythagoras mengemukakan bahwa manusia tidak boleh bangga dan sombong dengan menjuluki dirinya seorang ahli pengetahuan, sebab menurut Pythagoras ilmu pengetahuan itu sangat luas dan tak berujung sehingga manusia hanya lebih pantas dikatakan sebagai pencinta dan pencari ilmu pengetahuan (Edi Sumanto M.Ag, 2019).

2. Definisi Filsafat Berdasarkan Terminologi

Berikut beberapa definisi filsafat menurut pendapat dan teori yang disampaikan oleh filosof sebagai berikut:

a. Plato

Mengemukakan bahwa filsafat merupakan ilmu pengetahuan yang berupaya untuk mencapai kebenaran yang sebenarnya. Kebenaran yang hakiki hanya pada Tuhan.

b. Aristoteles

Berpendapat bahwa ilmu pengetahuan yang mencakup kebenaran termasuk didalamnya logika, ilmu metafisika, etika, retorika, ekonomi, sosial budaya, politik dan juga estetika dan menganalisis sebab dan dasar atau asas segala benda.

c. Al-Farrabi

Menurut Al-Farrabi bahwa filsafat merupakan ilmu tentang ada, yang tidak berseberangan dengan agama namun mempunyai tujuan yang sama guna mempelajari dan meniti kebenaran

d. Socrates

Mengemukakan bahwa filsafat adalah ilmu yang berusaha untuk mengetahui hakikat alam serta realita yang ada dengan menggantungkan pada akal sehat.

e. Immanuel Kant

Immanuel Kant menyimpulkan bahwa filsafat adalah ilmu pengetahuan yang menjadi dasar serta ujung dari seluruh ilmu yang meliputi empat masalah:

Apa yang bisa kita tahu? (metafisika)

Apa yang dapat kita lakukan? (Etika)

Akan kemanakah keinginan kita? (Agama)

Apakah yang menjadi hakikat manusia?
(Anthropologi)

3. Sasaran Material dan Sasaran Formal Filsafat

Sasaran material dalam filsafat adalah inti dari uraian yang akan menjadi sasaran observasi. Adapun sasaran dari filsafat ilmu pengetahuan adalah pengetahuan yang telah ditata secara terstruktur dengan menggunakan cara ilmiah agar bisa dipertanggungjawabkan kebenarannya secara umum.

Sasaran formal pada filsafat ialah strategi dapat mengetahui dan memahami sasaran material filsafat. Sasaran filsafat ilmu juga dimaknai atau diartikan sebagai inti dari ilmu pengetahuan, maksudnya adalah bahwa filsafat ilmu lebih menekankan pada persoalan-persoalan dasar dari ilmu pengetahuan. Contoh misalnya apa sesungguhnya yang menjadi inti dari ilmu, Langkah apa yang akan dipakai dalam mendapatkan kebenaran yang ilmiah? Dan apa manfaat pengetahuan untuk manusia?

4. Kegunaan Mempelajari Filsafat

Semua yang telah diciptakan oleh Allah SWT di muka bumi baik makhluk hidup, benda mati ataupun akal pikiran serta kecerdasan yang dimiliki oleh manusia sudah barang tentu mempunyai kegunaan apabila dipergunakan dengan baik dan sesuai dengan peruntukannya.

Beberapa kegunaan dalam mempelajari filsafat:

Mengajarkan manusia untuk berpikir secara esensial dan independent sebagai cendekiawan. Contohnya, bagaimana manusia untuk berpikir kritis dalam mempelajari dan

mengembangkan ilmu sesuai dengan bidang keilmuan yang ditekuninya agar tidak mudah terpengaruh dan dapat mempertimbangkan serta menyaring setiap pendapat dan argumen yang didapat.

- a. Dengan mempelajari filsafat manusia dapat terhindar dari merenungkan segala sesuatu yang bersifat gaib dan diarahkan agar berpikir realistis terhadap masalah atau persoalan.
- b. Filsafat dapat memberikan gambaran kepada manusia cara untuk melakukan observasi dan penyelidikan terhadap suatu persoalan sebagaimana mestinya
- c. Seseorang yang tahu dan paham tentang filsafat akan senantiasa bertanggung jawab pada setiap perbuatan dan kegiatan yang dia lakukan.

5. Definisi Falsafah Keperawatan

Sebagai individu manusia membutuhkan falsafah dalam hidupnya. Falsafah dapat menjadi dasar manusia untuk memaknai nilai, keyakinan, dan keinginan manusia dunia dan mengaplikasikan inovasi yang ada pada diri manusia.

Falsafah yang ada pada setiap manusia, terbentuk oleh adanya pengalaman yang pernah dilaluinya, bagaimana mereka mempelajari dan menilai masalah dan bagaimana cara mengatasi problema yang sedang dialaminya. Adapun falsafah yang ada pada keperawatan merupakan sesuatu yang diyakini oleh seorang perawat dalam mengimplementasikan ilmu keperawatan dan memberi kesempatan kepada perawat dalam memaknai dan lebih memahami ilmu-ilmu keperawatan yang berhubungan dengan tindakan Asuhan Keperawatan (Lilis Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep & Ramadhaniyati, S.Kep., NsM.Kep., 2018)

Falsafah Keperawatan merupakan salah satu acuan yang dapat yang dipakai dan dipergunakan oleh seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif baik psiko, sosial dan spiritual. Hakikat

manusia sebagai bio-psiko-sosial-spiritual dan dasarnya adalah falsafah. keperawatan sebagai berikut yaitu 1) melihat klien secara menyeluruh atau secara keseluruhan sebagai satu kesatuan dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan keperawatan. 2) Gambaran Tindakan Asuhan Keperawatan yang dilakukan kepada klien harus berdasarkan aspek kemanusiaan. 3) Semua manusia (klien) mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan asuhan keperawatan dengan tidak melihat ras, agama, suku, status sosial, budaya dan ekonomi. 4) Pelayanan keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam sistem pelayanan kesehatan. 5) Klien merupakan partner yang senantiasa berdampingan dalam proses pelayanan asuhan keperawatan baik individu, keluarga, kelompok dan Masyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung.

C. Teori Keperawatan

1. Definisi Teori

Teori adalah merupakan serangkaian rancangan atau draf yang mengadakan aturan secara terstruktur dalam memandang fakta dan kenyataan. Definisi teori ialah merupakan berbagai bentuk pendapat yang mempunyai kohesi atau keterkaitan yang rasional dan masuk akal yang merupakan gambaran dan fakta tentang karakter kelompok, fenomena atau objek. (Ns Muhamad Rofii, S.Kep., 2021)

Turner dan Kornblum menyampaikan beberapa hal sehubungan dengan teori. Turner berpendapat bahwa teori adalah cara atau metode yang menerangkan intelektual guna membentuk gagasan agar ilmuwan dapat menyampaikan faktor penyebab fenomena terjadi. Pada pelaksanaan pelacakan faktor penyebab fenomena, ilmuwan dapat membandingkan ciri atau elemen yang dapat diuraikan dan ciri atau elemen pencetus.

Soerjono Soekanto berpendapat bahwa teori pada dasarnya adalah keterkaitan dari dua fenomena ataupun lebih. Fenomena adalah sesuatu yang dapat diobservasi serta

dapat dilakukan pengecekan berdasarkan pengalaman yang didapatkan.

2. Teori Dalam Keperawatan

Berikut beberapa teori keperawatan yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut :

a. Teori Orem (1971)

1) Pengantar

Pelayanan yang profesional tidak dapat terlepas dari profesi keperawatan. Ilmu dan kompetensi harus dimiliki oleh seorang perawat. Dengan ilmu dan kompetensi yang dimiliki seorang perawat, perawat diharapkan dapat berpikir kritis, berketerampilan, berkemampuan dan berpikir logis dalam penerapan tindakan Asuhan keperawatan baik pada individu, keluarga, kelompok dan Masyarakat.

2) Kepercayaan dan Kaidah-Kaidah (Nilai-Nilai)

Kepercayaan Orem's terkait empat elemen utama keperawatan :

a) Pasien ;..individu atau kelompok..yang tidak mempunyai kemampuan untuk secara berkesinambungan menjaga "self care" agar dapat terus mempertahankan kesehatan dan kelangsungan hidupnya, sembuh dari sakit serta mempunyai pertahanan diri dalam mengatasi masalah kesehatannya.

b) Sehat ; kesanggupan individu atau kelompok dalam merealisasikan desakan "self care" untuk menjaga dan meningkatkan..kelengkapan bentuk, kegunaan dan pertumbuhan diri sebagai manusia...

c) Lingkungan ; aturan yang mana pasien memenuhi.. self care.

d) Keperawatan ; jasa yang sengaja ditentukan guna menolong individu, keluarga, kelompok dan Masyarakat untuk tetap melakukan self care menuju kelengkapan struktur, kegunaan dan pertumbuhannya.

- b. Teori Nightingale (1860)
Rancangan Nightingale mendudukan lingkungan sebagai..inti dari pelayanan asuhan keperawatan juga tinjauan yang mana perawat tidak wajib untuk mengetahui semua mekanisme penyakit adalah usaha pertama untuk memilah cara asuhan keperawatan dan kedokteran. Maksud akan teori Nightingale yaitu untuk memudahkan pemulihan kesehatan fisik melalui merekayasa alam sekitar pasien. Alam sekitar pasien direkayasa guna memperoleh ketentraman, gizi, bebas dari kotoran, terang, kedamaian, sosialisasi dan keinginan yang ingin dicapai atau diharapkan.
- c. Teori Peplau (1952)
Teori Hildegard Peplau ditujukan kepada individu, perawat dan mekanisme interaksi yang membuahkan kaitan antara perawat dan pasien. Pasien merupakan orang dengan kepentingan akan perasaan, dan keperawatan merupakan mekanisme interpersonal dan terapeutik. Keterkaitan antara perawat dan pasien saling berdampingan dalam mengartikan persoalan dan dalam pemecahan persoalan. Teori dan ide Peplau ditumbuhkan guna memberikan gambaran praktik keperawatan psikiatri.
- d. Teori Henderson (1955)
Teori keperawatan menggolongkan keseluruhan kepentingan yang paling utama bagi individu. Henderson pula mengartikan bahwa keperawatan juga menolong seseorang yang tidak sehat dan sehat guna melakukan kegiatan yang mempunyai kegunaan kepada kesehatan dan pemulihannya, yang mana orang tersebut agar dapat melakukan aktifitas dengan tidak memerlukan bantuan bila mempunyai keinginan, kemampuan dan ilmu pengetahuan yang dibutuhkan.
- e. Teori Abdellah (1960)
Teori Abdellah mencakup bantuan asuhan keperawatan untuk semua orang guna pemenuhan kepentingan fisik,

emosi, intelektual, sosial, spiritual baik pasien maupun keluarga dalam penentuan keputusan. Abdellah menandai kepentingan pasien secara spesifik yang diketahui dengan dua puluh satu problema keperawatan Abdellah.

f. Teori Orlando (1961)

Pasien merupakan orang yang mempunyai keinginan atau kepentingan, yang mana jika keinginan atau kepentingan dimaksud tidak terpenuhi akan menghasilkan kecemasan akan berkurang, terpenuhinya rasa kepuasan akan menghasilkan tingkat kesehatan yang prima. Ada tiga komponen yang mempengaruhi antara lain yaitu perilaku, pasien, efek yang timbul dari perawatan dan asuhan keperawatan membangunkondisi keperawatan.

g. Teori Levine (1966)

Melukiskan pasien sebagai makhluk hidup yang menyatu dan dapat menyesuaikan dengan alam sekitarnya. Levine meyakini bahwa tindakan keperawatan merupakan kegiatan perlindungan dalam keperawatan yaitu vitalitas pasien bentuk kredibilitas, kredibilitas perseorangan, juga kredibilitas sosial. ...

h. Teori Johnson (1968)

Teori yang dikemukakan oleh Dorothy Johnson diarahkan kepada macam mana pasien menyesuaikan diri pada keadaan sakit dan bagaimana kecemasan yang sesungguhnya atau faktor penyebab yang tersembunyi yang dapat berpengaruh pada kesanggupan untuk menyesuaikan diri. Maksud keperawatan pada teori ini ialah mengurangi kecemasan atau stress sehingga pasien untuk beraktifitas lebih gampang melalui proses pemulihannya. Konteks dari kepentingan dasar ini ditujukan pada maksud tingkatan perilaku. Maksud individu yaitu guna meraih kesepadanan perilaku dan keadaan yang konstan melalui penyesuaian terhadap desakan akibat kondisi tertentu.

- i. Teori King (1971)

Teori Imogene King diarahkan kepada hubungan 3 sistem yaitu system individual, sistem interpersonal serta sistem sosial. Ketiganya membangun tautan personal antara perawat dan pasien. Maksudnya yaitu guna memakai komunikasi untuk membantu pasien menggapai kembali penyesuaian yang positif dengan alam sekitarnya.
- j. Teori Roy (1979)

Teori Penyesuaian Suster Callista Roy melihat pasien sebagai sistem penyesuaian. Maksud keperawatan ialah menolong individu untuk dapat menyesuaikan akan transformasi kepentingan fisiologis, cara pandang diri kegunaan tugas, kaitan interdependensi semasa sehat dan sakit. Kepentingan akan asuhan keperawatan akan nampak Ketika pasien tidak menyesuaikan diri pada kepentingan alam sekitarnya baik internal maupun eksternal.
- k. Teori Watson (1979)

Filosofi Jean Watson akan asuhan keperawatan berusaha mengartikan produk dari kegiatan keperawatan yang berkaitan dengan bagian humanistic dari kehidupan. Perawat wajib memberikan kedamaian serta perhatian juga empati kepada pasien juga keluarganya.
- l. Teori Neuman (1972)

Betty Neuman mengartikan manusia secara penuh yang mana merupakan rangkaian dari rancangan holistic juga strategi sistem terbuka. Maksudnya yaitu guna menolong individu, keluarga, keluarga, kelompok dan komunitas guna memperoleh dan menjaga derajat kesehatan yang optimal melalui tindakan tertentu. Lingkup Intervensi keperawatan yaitu intervensi preventif yaitu tingkat primer, sekunder maupun tersier.

D. Daftar Pustaka

- Dr. Risnah, SKM,S.Kep.,Ns.,M.Kes & Muhammad Irwan, S.Kep.,Ns., M. K. (2021). *Falsafah Dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan (1st ed.)*. Alauddin University Press.
- Drs. Paulus Wahana, M. H. (2016). *Filsafat Ilmu Pengetahuan (1st ed.)*. Pustaka Diamond.
- Edi Sumanto M.Ag. (2019). *Filsafat (1st ed.)*. Rumah Cetak Vanda.
- Lilis Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep & Ramadhaniyati, S.Kep., NsM.Kep., S. A. (2018). *Falsafah Dan Teori Keperawatan (1st ed.)*.
- Ns Muhamad Rofii, S.Kep., M. K. (2021). *Teori Dan Falsafah Keperawatan (1st ed.)*. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Prof. Dr. H. Jalaluddin. (2014). *Filsafat Pendidikan (ke-4)*. PT RAJAGRAFINDO PERSADA.

BAB 2

KONSEP PARADIGMA KEPERAWATAN DASAR PENELITIAN

Abdul Syukur Bau, S.Kep,NS,MM

A. Pendahuluan

Dalam naskah Yunani paradigma telah digunakan oleh Plato sebagai skema atau model yang digunakan oleh Demiurge (Dewa) untuk menciptakan alam semesta. Istilah paradigma berasal dari karya (Kuhn, 1970) yang diartikan sebagai pandangan hidup berkenaan dengan fenomena yang terjadi dalam ilmu pengetahuan. Beberapa orang yang mempersepsikan secara berbeda mungkin melihat fenomena yang sama yang melihatnya secara berbeda.

Model keperawatan itu sendiri adalah sesuatu yang digambarkan sebagai sarana dengan tujuan dan nilai terkait (Parker, 2006). Dimana paradigma keperawatan merupakan cara pandang atau cara pandang yang mendasari kita melihat, berpikir, memahami, menanggapi, dan memilih bertindak atas berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan.

Keperawatan juga merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan dan merupakan salah satu faktor penentu pemberi pelayanan. Oleh karena itu perawat merupakan garda terdepan dalam tatanan pelayanan medik, memiliki kontak pertama dan terlama dalam memberikan pelayanan yaitu 24 jam sehari dan 7 hari seminggu, sehingga perawat harus mengetahui dan memahami model keperawatan, peran, fungsi dan tanggung jawabnya sebagai seorang perawat profesional. Perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan yang optimal dalam asuhan keperawatan kepada klien. Perawat harus

selalu memperhatikan keadaan biologis, psikologis, sosial, spiritual, dan budaya individu.

Paradigma berlaku untuk prinsip-prinsip yang mewakili pandangan dominan dari konsep tertentu. Pandangan tersebut didukung oleh berbagai teori dan kajian dari berbagai disiplin ilmu. Ketika teori dan penelitian digunakan sebagai alat, muncul perilaku yang bertentangan dengan paradigma dominan, dan kemudian muncul paradigma baru untuk bersaing dengan pandangan dunia dominan. Persaingan di antara model-model yang muncul akan mengarah pada revolusi paradigma atau pergeseran paradigma.

Revolusi paradigma adalah perlawanan dan konflik yang sering terjadi dalam suatu disiplin ilmu, sehingga paradigma yang dominan akan bersaing untuk diterima dengan paradigma lain. Jika paradigma bersaing menjawab lebih banyak pertanyaan dan dapat memecahkan masalah disiplin lebih dari model dominan, maka akan menyebabkan pergeseran paradigma (Hidayat, 2013) .

Aplikasi konsep paradigma ini untuk masing-masing orang memiliki konsep yang berbeda. Memang dalam prosesnya terdapat perbedaan dalam pemilihan teori dan metode yang dipilih untuk sampai pada kebenaran. Dalam kehidupan sehari-hari, istilah paradigma biasa disebut sebagai citra diri yang dapat dijadikan sebagai pemandu atau yang mengendalikan segala sesuatu di setiap tindakan yang lakukan seseorang.

B. Pengertian Paradigma Keperawatan

Sebagai seorang perawat, pemahaman ilmiah tentang konsep-konsep ilmiah tidak mungkin tanpa landasan filosofis dasar mulai dari makna, sifat, tujuan hingga metode. Landasan atau landasan filosofis adalah paradigma. Apa paradigmanya? Ada banyak definisi tentang paradigma. Masing-masing dengan konsepnya sendiri. (Bahramnezhad, F., Shiri, M., Asgari, P., & Afshar, 2015) "Para' berarti di sebelah atau dekat, sedangkan 'Deiknumi' berarti menunjukkan atau memimpin, sedangkan kata paradigma itu sendiri berasal dari bahasa Yunani yang

berarti contoh atau model, berasal dari kata kerja 'paradeiknumi'.

1. (Coppa, 1993) menyatakan bahwa kata paradigma pertama kali diperkenalkan secara teoritis dan modern pada tahun 1962 oleh Thomas Kuhn, seorang penulis Amerika. Kuhn percaya bahwa paradigma adalah penemuan ilmiah yang sangat berguna yang dapat mendefinisikan struktur dan menjelaskan pola.
2. (Budiana, 2016) dalam (Sukma at al, 2023) Paradigma keperawatan adalah perspektif komprehensif yang diadopsi atau digunakan oleh sebagian besar kelompok keperawatan, atau menggabungkan beberapa teori untuk membentuk suatu sistem yang mengatur hubungan antara teori untuk mengembangkan model konseptual dan teori keperawatan sebagai manajer keperawatan.
3. Menurut (Denzin, 2011) paradigma adalah "a basic set of beliefs that guide action. Paradigms deal with first principles, or ultimates".
4. (Given, 2008) mengartikan paradigma sebagai "a set of assumptions and perceptual orientations shared by members of a research community".
5. Guba (dalam Cresweel, 2007: 19) mengartikan paradigma sebagai 'a basic set of beliefs that guide action'.
6. (Capra, Fritjof, David Steindl-Rast, 1991),: Paradigma adalah suatu bentuk hipotesis dasar yang disertai dengan bukti-bukti yang mendukung asumsinya dengan menggambarkan interpretasinya terhadap realitas sejarah ilmu pengetahuan.
7. Harmon dalam (Moleong, Lexi J., 2004): Paradigma adalah cara dasar dalam mempersepsi, berpikir dan mengevaluasi sesuatu tentang realitas dan dunia dalam rangka mempelajari pemikiran
8. Baker dalam (Moleong, Lexi J., 2004): Paradigma adalah aturan yang menetapkan batasan dan menjelaskan bagaimana sesuatu harus dilakukan dalam batasan tersebut untuk mencapai tujuan.

9. (Depkes, 1989) Paradigma adalah seperangkat teori yang membentuk suatu sistem yang mengukur teori yang berkorelasi dengan teori lainnya, sehingga menghasilkan hal-hal yang perlu dikaji.
10. (Poerwanto, 1997) mendefinisikan paradigma sebagai alat yang sangat berharga dan menentukan agar penggunaannya dapat memiliki pola dasar dan cara pandang yang unik untuk melihat, berpikir, memahami, dan bereaksi terhadap tanggapan dan pilihan tindakan dalam kaitannya dengan realitas atau fenomena manusia.
11. (Asmadi, 2008) dalam (nuraini, 2018) Paradigma adalah pandangan mendasar atau cara kita melihat, berpikir, menafsirkan, bereaksi dan memilih tindakan dalam kaitannya dengan fenomena yang ada.
12. (Gaffar, 1999), merupakan pandangan atau cara mendasar dalam memandang, berpikir, menginterpretasikan, menanggapi, dan memilih bertindak atas berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan. Dengan demikian, paradigma keperawatan menjadi acuan atau dasar praktik praktik keperawatan profesional.

Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa setiap disiplin ilmu akan memiliki paradigma atau kajian. Mengapa paradigma begitu penting? Sebagaimana paradigma mengandung banyak pendekatan, suatu pendekatan mengandung banyak metode, suatu metode mengandung banyak teknik, dan suatu teknik mengandung banyak sarana dan alat.

1. Perspektif tentang masalah mendasar yang membuat orang tersebut bekerja.
2. Paradigma adalah pandangan tentang sesuatu yang mengandung asumsi, teori, model, dan solusi tertentu tentang subjek, tujuan, dan sifat materi yang dipelajari.
3. Paradigma juga merupakan bagian dari ilmu pengetahuan, filsafat dan teori yang dapat diadopsi dan diterapkan oleh suatu disiplin ilmu.

4. Paradigma adalah keyakinan sekelompok peneliti yang mengatur dan mengarahkan penelitian dalam disiplin ilmu untuk memecahkan masalah ilmiah dan mengatur berbagai penelitian di bidang ini.
5. Paradigma keperawatan adalah pandangan atau pandangan dasar dalam melihat, berpikir, menafsirkan, bereaksi dan bertindak dalam menghadapi fenomena yang terjadi dalam keperawatan.

Paradigma keperawatan adalah gambaran sebagian besar kelompok ilmiah (keperawatan) atau hubungan antara berbagai teori yang membentuk suatu sistem yang mengatur hubungan antara teori-teori tersebut untuk mengembangkan model konseptual dan teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan. Elemen paradigma keperawatan berhubungan langsung dengan aktivitas profesi keperawatan, termasuk pengembangan pengetahuan, filosofi, teori, pengalaman pendidikan, penelitian dan praktik (Asmadi, 2008) (Perry, 2009)

Adapun kategori paradigma dapat diamati berdasarkan ontologis, epistemologis dan metodologis peneliti dalam membuat konsep penelitian. Perbedaan paradigma ini membuat satu paradigma tidak dapat dibandingkan dengan yang lain (Jackson, 2015)

(Bahramnezhad.et.al, 2015) Paradigma dalam suatu disiplin ilmu memberikan manfaat atau tujuan untuk memandu pengembangan model konseptual atau teori suatu disiplin ilmu. Kontribusi yang membantu orang lain dapat merangsang pembentukan paradigma. Meskipun teori keperawatan pada dasarnya adalah sesuatu yang didasarkan pada pengetahuan dasar, itu adalah seperangkat metode. -Metode dan pengalaman kegiatan khusus untuk membantu orang lain memecahkan masalah mereka.

Paradigma perawatan juga muncul dari pertukaran informasi dan nilai, dari konsep seperti manusia, kesehatan, lingkungan dan perawatan. Saling ketergantungan konsep-konsep ini tercermin dalam budaya keperawatan, pengalaman

kerja, dan nilai-nilai yang mempengaruhi refleksi individu dari pengamatan peristiwa dan situasi (Duff, 2011).

Empat paradigma keperawatan meliputi manusia, lingkungan, kesehatan dan perawatan. Metaparadigma manusia berfokus pada pasien yang dirawat. Metaparadigma lingkungan mencakup faktor intrinsik dan ekstrinsik yang berhubungan dengan pasien. Metaparadigma kesehatan berhubungan dengan kualitas dan kesejahteraan pasien. Metaparadigma keperawatan berkaitan dengan perawat dan bagaimana dia akan menggunakan pengetahuan dan keterampilannya untuk merawat pasien, serta karakteristik perawat yang memberikan perawatan (Branch et al., 2016).

C. Klasifikasi Paradigma

Menurut (Nursalam, 2014) dalam (Henrianto k, 2020), paradigma keperawatan ditetapkan oleh para ahli, namun perlu diperhatikan bahwa ada dua klasifikasi paradigma yang mempengaruhi perkembangan keperawatan yaitu:

1. Paradigma empiris (empirical paradigm)

Paradigma empiris berfokus pada asumsi atau hipotesis bahwa suatu realitas itu ada. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman, yaitu dengan metode ilmiah. Kebenaran dibangun melalui perbandingan independen antara pengetahuan dan realitas yang ada. Paradigma empiris ini merupakan metode ilmiah dalam memahami dan memecahkan masalah untuk sampai pada suatu kebenaran yang bersifat ilmiah. Ada kebenaran lain yang seringkali berada di luar jangkauan pemikiran ilmiah, seperti kebenaran filosofis dan kebenaran agama.

Kebenaran ilmiah bukanlah kebenaran hakiki, melainkan kebenaran yang terbatas pada indra manusia dan pemikiran rasional. Oleh karena itu, kebenaran ilmiah relatif tidak stabil. Artinya penemuan peneliti sebelumnya tidak menyiratkan kebenaran abadi. Peneliti kemudian dapat menguji masalah yang sama lagi menggunakan hasil sebelumnya. Masalah yang ingin dipahami dan dipecahkan

dapat berupa masalah ilmiah murni atau masalah terapan. Ruang lingkup dan sempitnya masalah tentu saja bergantung pada kemampuan menyimpulkan dan mempelajari teori-teori yang ada.

Apa yang dapat dipahami seorang ilmuwan lebih bergantung pada intuisinya. Semakin luas seseorang dalam bidang ilmu empiris, semakin baik kemampuan mereka untuk memahami fenomena yang kompleks. Sebaliknya, semakin sempit sudut pandang seseorang, semakin sederhana masalah atau isu yang ingin dipahami.

2. Paradigma interpretif (interpretive paradigm)

Paradigma interpretif menyatakan bahwa tidak ada realitas tunggal yang digunakan untuk mengukur pengetahuan. Pengetahuan dapat diteruskan melalui hipotesis atau fenomena tertentu dari sudut pandang orang yang mengalaminya. Penafsir menganggap fakta sebagai sesuatu yang unik dan memiliki konteks dan makna yang spesifik sebagai inti dari pemahaman makna sosial (Muslim, 2015, hlm. 78).

Dalam paradigma ini, setiap individu mencari makna di dunia tempat ia tinggal. Mereka membangun makna subjektif dari pengalaman hidup yang beragam dan kompleks. Seorang perawat dengan paradigma interpretatif akan mengeksplorasi makna kompleks ini tanpa melibatkan makna sempit dari ide atau kategori penelitian tertentu. Seringkali makna ini harus dinegosiasikan secara sosial atau historis, melalui interaksi dengan subjek yang dipelajari atau melalui aspek sejarah hidup mereka.

Selain memeriksa interaksi interpersonal, perawat paradigma interpretatif juga tertarik pada konteks kehidupan masyarakat di mana dia menemukan dirinya untuk memahami kerangka budaya dan sejarah institusi. Seperti yang kita ketahui, pola pikir dan kebiasaan manusia sangat dipengaruhi oleh latar belakang budaya dan sejarah. Untuk itu, pengetahuan untuk memahami kehidupan aslinya

sangat diperlukan karena mempengaruhi cara mereka memaknai makna kehidupan masyarakat.

Paradigma keperawatan adalah pandangan atau pandangan mendasar atau cara kita melihat, berpikir, menafsirkan, bereaksi dan mengambil tindakan terhadap berbagai fenomena yang kita jumpai dalam keperawatan. Paradigma keperawatan dalam hal ini adalah suatu disiplin ilmu yang berkaitan dengan konsep inti keperawatan, antara lain:

Kategori paradigma berdasarkan ontologis, epistemologis dan metodologis peneliti dalam membuat konsep penelitian. Perbedaan paradigma ini membuat satu paradigma tidak dapat dibandingkan dengan yang lain (Jackson, 2015) (Bahramnezhad.et.al, 2015)

D. Fungsi Paradigma

1. Menanggapi dan memecahkan berbagai masalah terkait perawatan, misalnya Aspek pendidikan dan pelayanan keperawatan, praktik keperawatan dan asosiasi profesi.
2. Membantu individu dan masyarakat untuk memahami dunia keperawatan
3. Memimpin pengembangan profesi keperawatan,
4. Menasihati pengasuh tentang bagaimana mengelola dan menyelesaikan berbagai masalah yang berkaitan dengan profesi keperawatan, seperti: Aspek pendidikan dan pelayanan keperawatan serta kehidupan kerja.

Menurut Thomas Kuhn, paradigma adalah seperangkat aturan yang digunakan dalam penelitian (Al Manshur, 2017) Paradigma memiliki empat fungsi, yaitu:

1. Paradigma berfungsi sebagai pedoman bagi masalah dan pertanyaan yang berkaitan dengan ilmu tertentu
2. Paradigma memandu pengembangan kerangka penjelasan, seperti model atau teori, yang menempatkan isu dan masalah dalam kerangka yang memungkinkan para praktisi memecahkannya

3. Paradigma dapat memberikan kriteria pencarian saat ini, seperti metode yang digunakan, jenis pencarian, dan pengumpulan data berdasarkan paradigma yang dipilih.

E. Kriteria & Pembagian Paradigma

Suatu paradigma memiliki beberapa kriteria, antara lain: unik untuk disiplin ilmu tertentu, artinya setiap disiplin ilmu memiliki paradigma yang berbeda; netral dan tidak terikat pada kelompok tertentu atau sesuai yaitu global dan lokal. (Bahramnezhad.et.al, 2015) Paradigma bersifat hirarkis dan terdiri dari 3 level yang tidak saling eksklusif/menggabungkan. Struktur vertikal paradigma terdiri dari (Majkusova, K., Jarosova, 2014):

1. Paradigma global (multidisiplin). Paradigma global menunjukkan apa itu sains dan bukan sains dan menentukan batas-batas antara sains dan non-sains.
2. Paradigma disiplin (meparadigija). mendefinisikan subjek penelitian dan metode penelitian umum yang digunakan dalam disiplin ilmu tertentu (apa yang dipelajari dan bagaimana mempelajarinya). Ketika mempelajari suatu masalah atau fenomena, suatu paradigma menyajikannya secara komprehensif dan dengan pandangan holistik. Metaparadigma keperawatan pertama kali dikemukakan oleh Florence Nightingale. Dalam keperawatan paradigma/paradigma keperawatan terdiri dari 4 komponen yaitu : manusia, kesehatan (sakit), lingkungan dan keperawatan.
3. Paradigma intradisipliner (model konseptual). Sebagian besar ilmu didasarkan pada beberapa paradigma interdisipliner yang digabungkan menjadi satu paradigma. Dalam keperawatan, paradigma intradisiplin dijelaskan dalam model konseptual keperawatan.

F. Komponen Metaparadigma Keperawatan

Model konseptual dan teori keperawatan menggambarkan paradigma yang berbeda yang berasal dari metaparadigma disiplin keperawatan. Meskipun setiap ahli teori keperawatan memiliki pendapat atau konsep yang berbeda tentang metaparadigma, secara teoritis terdapat empat konsep metaparadigma dalam setiap model teori. Perbedaan ini hanya disebabkan perbedaan cara pandang dan penekanan pada salah satu komponen metaparadigma.

Komponen paradigma keperawatan terdiri dari 4 unsur, yaitu (catatan: beberapa buku menggunakan istilah paradigma keperawatan, yang lain menggunakan istilah metaparadigma keperawatan) konsep utama yang disepakati dan menjadi kepedulian dalam keperawatan (Fawcett, 1978) yaitu :

Komponen model (paradigma) keperawatan adalah (Budiana, 2016):

1. Orang atau klien sebagai penerima asuhan keperawatan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat)
2. Atribut keperawatan, karakteristik, dan tindakan perawat yang memberikan asuhan kooperatif dengan klien
3. Kesehatan (health-disease) meliputi tingkat kesehatan dan kebugaran klien
4. Lingkungan: keadaan internal dan eksternal yang mempengaruhi pelanggan. Ini termasuk media fisi



Gambar 2. 1. Unsur-unsur utama dalam Konsep Paradigma (Keperawatan, Asmadi, 2008, Konsep Dasar keperawatan, Hal 8 Jakarta: EGC

1. Manusia

Manusia sebagai subjek Penerima asuhan keperawatan, termasuk klien, keluarga, dan masyarakat. Orang sebagai klien adalah pusat asuhan keperawatan yang diintervensi oleh perawat. Karena kita ketahui bahwa kebutuhan manusia begitu kompleks, penting untuk menyediakan layanan yang berfokus pada klien (Perry, 2009). Sedangkan menurut (Asmadi, 2008) manusia dapat dipahami sebagai:

- a. makhluk unik, karena manusia memiliki ciri dan sifat yang berbeda;
- b. Manusia sebagai sistem yang adaptif/terbuka. Manusia dianggap sebagai sistem terbuka yang dinamis dan membutuhkan input yang berbeda dari suatu subsistem

Dalam konteks paradigma perawatan ini, orang bertindak sebagai klien, yaitu individu, kelompok, dan komunitas di dalam sistem. Sistem ini dapat mencakup:

- a. Dalam sistem terbuka manusia dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan fisik, mental, sosial dan spiritual, sehingga proses perubahan manusia akan selalu berlangsung, terutama untuk memenuhi kebutuhan dasarnya.
- b. Sebagai sistem adaptif, manusia merespon perubahan lingkungannya selalu menunjukkan perilaku adaptif dan maladaptif.
- c. Sistem Personal, Interpersonal dan Sosial: Orang memiliki persepsi, pola kepribadian, pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda

2. Kesehatan (health-disease)

Kesehatan (health-disease) adalah kondisi manusia yang dinamis dalam arti sehat-sakit akibat interaksi dengan lingkungan. Kesehatan adalah keseimbangan dinamis biologis-psikologis-sosial-spiritual yang memungkinkan individu menyesuaikan diri sehingga dapat berfungsi secara

optimal untuk memenuhi kebutuhan dasarnya melalui aktivitas kehidupan sehari-hari sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya.

Nyeri adalah ketidakseimbangan biologis-psikologis-sosial-spiritual sebagai respon tubuh terhadap interaksinya dengan lingkungan, baik internal maupun eksternal. Pada umumnya orang beranggapan bahwa sehat bukan berarti sakit. Jadi jika Anda tidak merasakan gejala penyakit apapun, berarti tubuh Anda sehat.

Meski pandangan ini salah, karena ada penyakit yang awalnya tidak menimbulkan gejala apapun, gejala seperti stadium atau penyebabnya hanya muncul seiring perkembangan penyakit.

Keyakinan klien tentang kesehatan tergantung pada beberapa faktor, termasuk persepsi kesehatan, faktor yang dapat dimodifikasi seperti demografi (misalnya, jenis dan lokasi tempat tinggal), kepribadian, dan persepsi manfaat yang dipelajari dari perilaku sehat yang positif. Faktor yang mempengaruhi kesehatan antara lain:

- a. Perkembangan Kesehatan dapat dipengaruhi oleh faktor perkembangan, artinya perubahan kesehatan dapat ditentukan oleh usia.
- b. Masyarakat dan kebudayaan Ini juga dapat mempengaruhi proses perubahan kesehatan seseorang, karena mempengaruhi pemikiran atau keyakinan yang dapat menyebabkan perubahan perilaku kesehatan.
- c. Pengalaman Masa Lalu Akibatnya, perubahan keadaan kesehatan dapat dipengaruhi, dapat ditentukan apakah pengalaman yang merugikan kesehatan atau pengalaman kesehatan yang buruk berdampak signifikan pada kesehatan di kemudian hari.
- d. Harapan dari dia Harapan merupakan bagian penting dari pergeseran peningkatan kesehatan menuju kesehatan yang optimal.

- e. Keturunan juga mempengaruhi kesehatan manusia, karena kemampuan untuk mengubah kesehatan ditentukan oleh faktor genetik.
- f. Lingkungan Hidup diLingkungan yang dimaksud adalah lingkungan fisik.
- g. Melayani Pelayanan dapat berupa titik pelayanan atau sistem pelayanan yang dapat mempengaruhi kesehatan

Komponen paradigmatik kesehatan dan kesejahteraan dapat berkembang menjadi pemahaman tentang “menciptakan keadaan fisik dan mental dalam diri seseorang yang bebas dari gejala dan keluhan yang terkait dengan masalah kesehatan, di mana orang tersebut dapat terus aktif, dinamis, dan aktif.” Ia efisien dan mampu menyesuaikan diri dengan setiap tantangan dan ancaman yang mungkin datang dari dirinya atau orang-orang di sekitarnya, serta memiliki kemampuan untuk mempertahankan tingkat kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan spiritual yang seimbang melalui upaya-upaya positif. pada aktualisasi diri.

Komponen ini menganggap perawatan sebagai bentuk pemberian layanan kepada individu di bidang kesehatan dan penyakit. Konsep yang Sehat (Travis & Ryan, 1998)

- a. Kesehatan adalah pilihan, pilihan yang menentukan kesehatan
- b. Kesehatan adalah gaya hidup yang ditujukan untuk mencapai potensi kesehatan yang sebesar-besarnya
- c. Kesehatan adalah suatu proses, perkembangan keadaan kesadaran yang tak terbatas, kesehatan dan kebahagiaan dapat terjadi “di sini dan sekarang” setiap saat.
- d. Kesehatan sangat efektif dalam mengolah energi yang diperoleh dari lingkungan, disalurkan oleh manusia dan ditujukan untuk mempengaruhi lingkungan.
- e. Keterpaduan tubuh, pikiran, dan jiwa yang sehat serta apresiasi atas apa yang dilakukan, dipikirkan, dirasakan, dan diyakini orang berkontribusi pada kesehatan.
- f. Kesehatan adalah penerimaan diri.

3. Lingkungan/situasi

Kondisi yang dapat mempengaruhi klien dan di mana mereka berada di mana ada kebutuhan akan layanan kesehatan. Hubungan ini dapat memiliki implikasi positif dan negatif bagi kesehatan manusia dan permintaan pelayanan Kesehatan (Perry, 2009). Lingkungan dapat berupa lingkungan internal (misalnya genetika, struktur dan fungsi tubuh, dan psikologi) dan lingkungan eksternal (misalnya lingkungan fisik, lingkungan manusia, masyarakat, budaya).

4. Keperawatan

Keperawatan adalah profesi yang melayani pasien dan kemanusiaan, menempatkan kepentingan kesehatan masyarakat di atas kepentingan diri sendiri, suatu bentuk pelayanan/perawatan humanistik yang mengambil pendekatan holistik, berdasarkan pengetahuan dan bimbingan keperawatan, dan disampaikan sesuai dengan standar. Layanan keperawatan/Kesejahteraan dan Penerapan UU Kesehatan. Etika keperawatan sebagai syarat utama dalam pemberian pelayanan keperawatan.

Sementara itu, menurut National Nursing Practitioner (1983), keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan berdasarkan pada pengetahuan dan pedoman (seni) keperawatan dalam bentuk organik – pelayanan psikososial-spiritual yang ditujukan kepada orang, keluarga dan masyarakat, orang sehat dan sakit, serta meliputi seluruh proses kehidupan manusia. Karena kelemahan fisik dan mental, pengetahuan yang terbatas dan kurangnya kemauan untuk melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, asuhan keperawatan tidak dapat dijamin.

Tujuan keperawatan adalah untuk mendiagnosa dan mengobati respon manusia terhadap masalah kesehatan yang ada atau potensial. Misalnya, jika pasien telah didiagnosis dengan tuberkulosis (tuberkulosis paru), diagnosis/masalah keperawatan yang dapat ditangani oleh

staf perawat adalah respons pasien terhadap tuberkulosis, seperti tubuh (karena pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makan)

Visi individu sebagai makhluk holistik bertujuan untuk peduli dalam segala aspeknya (bio psiko-sosial-spiritual). Keperawatan Holistik adalah pendekatan yang berpusat pada orang yang menggabungkan konsep keutuhan, penyembuhan, dan keperawatan transpersonal sebagai konsep inti. Dengan demikian, perawatan holistik tercapai ketika pengasuh menerapkan "penyembuhan" pada perawatan.

G. Daftar Pustaka

- Almanshur, G. Dan (2017) *Metodologi Penelitian Kualitatif*.
Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Asmadi (2008) *Konsep dasar keperawatan*. I. Jakarta: EGC.
- Bahramnezhad, F., Shiri, M., Asgari, P., & Afshar, P.F. (2015) 'A review of the nursing paradigm', *Open Journal of Nursing*, 5(01), p. 17.
- Bahramnezhad.et.all (2015) 'No Title', *A Review of the Nursing Paradigm*, pp. 17-23.
- Branch et al. (2016) 'Four Nursing Metaparadigms', *Undergraduate Research Journal*, 16.
- Budiana (2016) *Konsep Dasar Keperawatan. 1st, Vol. 14 edn*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Capra, Fritjof, David Steindl-Rast, and T.M. (1991) *Belonging to the Universe: Explorations on the Frontiers of Science and Spirituality*.
- Coppa, D.F. (1993) 'Chaos Theory Suggests a New Paradigm for Nursing Science', *Journal of Advanced Nursing*, 18, pp. 985-991.
- Denzin (2011) 'Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks', SAGE Publications [Preprint]. Available at:

https://books.google.co.id/books?Hl=id&lr=&id=airpmhgbyqic&oi=fnd&pg=PP1&dq=Denzin,+Norman+K.+%26+Lincoln,+Yvonna+S.+&ots=kpikelcvje&sig=mopcyocq9mtqn9-2bvcftblrvqg&redir_esc=y#v=onepage&q=Denzin%2C Norman K. %26 Lincoln%2C Yvonna S.&f=false

- Depkes, R. (1989) *Materia Medika Indonesia*. V. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Duff, E. (2011) 'Relating the Nursing Paradigm to Practice: A Teaching Strategy', *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8, pp. 13-19. Available at: <http://dx.doi.org/10.2202/1548-923X.2076>.
- Gaffar (1999) *Pengantar keperawatan Profesional*. 1st edn. Jakarta: EGC.
- Given, L.M. (ed. . (2008) *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. . Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.
- Henrianto k, at al (2020) *Ilmu Keperawatan Dasar*. Bandung.
- Hidayat, A.A.A. (2013) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jackson, J.I. (2015) 'Nursing paradigms and theories: A primer', *Virginia Henderson Global Nursing erepository [Preprint]*. Available at: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/338888>.
- Kuhn, T. (1970) *The Structure of Scientific Revolutions*. 2nd edn. . Chicago: University of Chicago.
- Majkusova, K., Jarosova, D. (2014) 'Falls Risk Factors in Acute-Care Setting: A Retrospective Study', *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. [Preprint].
- Moleong, Lexi J., and P.R.R.B. (2004) *Metodologi penelitian*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Nuraini (2018) *Teori Model Keperawatan*. Semarang: UNM malang.
- Nursalam (2014) *Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. 4th edn. Jakarta: salemba medika. Available at:
[Http://repository.stikesrspadgs.ac.id/377/1/0](http://repository.stikesrspadgs.ac.id/377/1/0) BUKU
MANAJEMEN-MAK 165 197.pdf.
- Parker (2006) *Introduction to Nursing Theory*. In: *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia.
- Perry, P.& (2009) *Fundamental Keperawatan*. 7 buku 1. Jakarta: salemba medika.
- Poerwanto, H. (1997) 'Teori Konflik dan Dinamika Hubungan antar suku-Bangsa', *Humaniora*, 6. Available at:
<https://journal.ugm.ac.id/jurnalhumaniora/article/view/1861/1668>.
- Sukma at al (2023) *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Edited by putu intan. Jambi: PT Sonpedia Publishing Indonesia.

BAB 3 | KONSEP PENDEKATAN SISTEM DALAM KEPERAWATAN

Ns. Ni Komang Ari Sawitri, S.Kep.MSc.PhD

A. Pendahuluan

Pendekatan Sistem merupakan sebuah pemahaman mengenai fenomena yang kompleks, dan di dalam fenomena yang kompleks pasti memiliki prinsip-prinsip, hukum dan organisasi yang sama. Fenomena kompleks dalam bentuk apapun kemudian disebut dengan sistem. Di dalam sebuah sistem terdapat komponen-komponen terpisah yang disebut dengan sub- sistem, dan sub- sistem ini saling berinteraksi dan bertukar informasi, dan juga melakukan hal yang sama dengan sistem yang ada di luar. Prinsip penting lainnya dari sebuah sistem adalah akan tetap mempertahankan kondisi di dalamnya walaupun ada berbagai perubahan, baik di dalam maupun di luar, yang mempengaruhinya. Sebagai contoh tubuh manusia adalah sebuah sistem, dan organ-organ yang ada di dalamnya adalah sub- sistem. Organ-organ di dalam tubuh akan saling berinteraksi dan berkomunikasi, serta menerima informasi dari luar tubuh untuk kemudian melakukan adaptasi demi mempertahankan fungsi tubuh.

Di dalam keperawatan, pendekatan sistem merupakan salah satu pendekatan penting untuk melihat manusia seutuhnya (sistem) dan manusia sebagai bagian dari fenomena yang lebih besar (sub-sistem). Beberapa teori dan model dalam keperawatan menggunakan sistem sebagai sebuah pendekatan. Beberapa teori dan model yang populer digunakan seperti Model Sistem oleh Neuman, ilmu tentang manusia sebagai satu

kesatuan dalam teori yang dikembangkan oleh Martha E. Rogers, Model Adaptasi Keperawatan oleh Callista Roy, Teori Pencapaian Tujuan oleh Imogene M. King, serta Model Sistem Perilaku oleh Dorothy E. Johnson.

Pendekatan sistem di dalam keperawatan memungkinkan untuk memahami klien secara lebih komprehensif. Dengan mengetahui berbagai elemen yang mempengaruhi kesehatan klien maka dapat diambil tindakan yang sesuai sehingga perawatan menjadi lebih efektif dan efisien.

B. Sejarah Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem sudah mulai dikembangkan sejak zaman Yunani Kuno oleh ahli filsafat Aristoteles di tahun 384-322 SM. Di masa itu Aristoteles mempresentasikan pandangan metafisik mengenai urutan hirarki di alam (Skyttner, 1996). Banyak ahli terus berusaha untuk mengembangkan pemikiran mengenai pendekatan sistem, salah satu pemikiran mengenai sistem yang paling sering dijadikan acuan adalah Teori Sistem Umum. Teori Sistem Umum atau General System Theory dikembangkan oleh Ludwig Von Bertalanffy yang dipublikasikan di tahun 1969. Bertalanffy adalah seorang ahli biologi dari Austria, yang tertarik mengetahui tentang struktur organisasi dalam organisme hidup. Pada Teori Sistem Umum dijabarkan mengenai teori universal yang dapat diaplikasikan pada berbagai bidang ilmu yang menjelaskan cara memahami hubungan antar bagian (Bertalanffy, 1969).

Teori Sistem Umum menggambarkan bagian-bagian yang lebih kecil dari sebuah keseluruhan yang lebih besar dan bagaimana bagian-bagian kecil tersebut saling berinteraksi. Teori Sistem Umum menekankan hubungan antar bagian dan menjelaskan bagaimana setiap bagian berfungsi dan berperilaku. Dari teori sistem yang dikembangkan oleh Bertalanffy dan juga oleh ahli lainnya, ada beberapa komponen yang menjadi karakter dalam Teori Sistem Umum, yaitu adanya saling keterkaitan, holisme (kesatuan yang utuh), pencarian tujuan, proses transformasi, masukan dan keluaran, entropi,

regulasi, hirarki, diferensiasi, serta equifinality dan multifinality (Skyttner, 2001). Di bidang keperawatan, Florence Nightingale mengemukakan konsep mengenai pentingnya lingkungan yang bersih untuk meningkatkan kesembuhan klien. Hal ini menunjukkan keperawatan sejak lama memiliki tradisi untuk berpikir dengan pendekatan sistem (Holden, 2005).

C. Teori Sistem Umum

Sistem didefinisikan beragam oleh para ahli, namun yang pasti sistem merupakan sekumpulan bagian-bagian atau elemen atau unit yang saling dan terus berinteraksi untuk membentuk satu kesatuan yang utuh dan bertujuan melakukan beberapa fungsi (Skyttner, 1996). Di dalam bidang manajemen sistem didefinisikan sebagai sebuah kumpulan orang, mesin dan material yang diperlukan yang terorganisir untuk mencapai tujuan tertentu dan terikat oleh jaringan komunikasi (Skyttner, 1996).

Sistem dapat ditemui dalam berbagai bidang kehidupan, mulai dari teknologi, sosial, politik, dan kesehatan. Manusia selalu dihadapkan pada kompleksitas yang terkait “kesatuan” atau “sistem” dalam semua bidang pengetahuan (von Bertalanffy dkk., 2015). Sehingga Von Bertalanffy mengembangkan Teori Sistem Umum yang dapat digunakan untuk sistem secara keseluruhan. Tujuan dari Teori Sistem Umum (von Bertalanffy dkk., 2015) antara lain adalah :

1. Adanya kecenderungan secara umum yang mengarah ke pengintegrasian dalam berbagai ilmu, baik ilmu alam maupun sosial
2. Pengintegrasian yang ada cenderung berpusat pada Teori Sistem Umum
3. Teori Sistem Umum mungkin merupakan sarana penting untuk mengarah pada teori eksak dalam bidang sains non-fisik
4. Mengembangkan prinsip-prinsip pemersatu yang mengarah vertikal melalui semesta ilmu-ilmu spesifik, teori ini dapat membawa kita ke tujuan penyatuan ilmu

5. Teori ini dapat mengarah pada integrasi yang sangat dibutuhkan dalam pendidikan ilmiah.

Para ahli mengemukakan komponen teori sistem berbedabeda, namun secara mendasar Teori Sistem Umum mengandung unsur-unsur berikut (Skyttner, 2001):

1. Saling terhubung dan tergantung antara objek dan atribut-atributnya. Elemen-elemen yang tidak berhubungan dan mandiri tidak akan membentuk sistem
2. Holisme (kesatuan yang utuh) merupakan properti dalam holistik yang tidak dapat dideteksi melalui analisis namun dapat didefinisikan dalam system
3. Pencarian tujuan. Sistem memiliki tujuan atau ada keadaan akhir yang harus dicapai oleh sebuah sistem, atau ada suatu titik keseimbangan tertentu yang ingin dicapai sistem.
4. Proses transformasi. Ada proses-proses yang terjadi dalam sistem dalam pencapaian tujuan yaitu adanya proses untuk mengubah input menjadi output. Dalam sistem hidup maka proses transformasi ini membentuk siklus.
5. Input dan output. Input adalah informasi atau data yang dimasukan ke dalam sistem, dan output adalah keluaran atau tujuan dari sistem yang didapat dari proses transformasi input. Pada sistem tertutup (sistem yang tidak berhubungan dan tidak terpengaruh lingkungan luar) input ditentukan sekali untuk selamanya. Pada sistem terbuka (sistem yang dipengaruhi dan berhubungan dengan lingkungan luar) input dapat ditambahkan.
6. Entropi. Dalam sistem akan ditemukan ketidakteraturan atau keacakan yang disebut dengan entropi. Pada sistem non hidup bila entropi dibiarkan maka sistem akan kehilangan pergerakan dan menjadi massa inersia. Sedangkan pada sistem hidup bila terjadi kekacauan maka sistem akan mengimpor energi dari lingkungannya.
7. Regulasi. Elemen-elemen yang saling terkait dalam sistem harus diatur dengan cara tertentu agar tujuan dapat tercapai. Adanya regulasi akan dapat mendeteksi dan memperbaiki

penyimpangan yang terjadi. Di dalam sistem perlu ada umpan balik yang merupakan kontrol efektif untuk mempertahankan keseimbangan dinamis yang stabil.

8. Hirarki. Sistem merupakan keseluruhan yang kompleks dan terdiri dari sub-sistem-sub-sistem yang lebih kecil.
9. Diferensiasi. Dalam sistem kompleks unit-unit spesialis melaksanakan fungsi-fungsi khusus atau bisa disebut spesialisasi atau pembagian kerja.
10. Equifinality dan Multifinality. Equifinality mengacu pada sistem terbuka memiliki cara-cara alternatif yang sama dan valid untuk mencapai tujuan yang sama (divergensi). Multifinality merupakan kondisi awal pada sistem terbuka yang sama tapi kemudian dapat mencapai tujuan yang berbeda dan saling eksklusif (konvergensi).

Teori Sistem dapat menjadi referensi dalam menyelesaikan permasalahan yang rumit dan kompleks. Ketika melihat sebuah sistem, maka penting untuk melihat bagian-bagian kecil dari sistem tersebut pada konteks sistem yang lebih luas, karena apabila hanya elemen kecil yang dilihat tanpa melihat sistem secara keseluruhan maka keseluruhan sistem bisa saja hancur (Cordon, 2013).

D. Teori Dan Pendekatan Sistem Dalam Keperawatan

Empat konsep utama atau paradigma dalam keperawatan adalah manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Manusia adalah sistem yang berkaitan dan berinteraksi dengan lingkungan, menghasilkan perubahan-perubahan yang kemudian terefleksi dalam kesehatan, sedangkan keperawatan berada dalam fase bila beberapa paradigma berdampingan (Smith & Parker, 2010). Sesuai dengan konsep sistem, manusia sebagai sistem terbuka yang selalu berubah karena lingkungannya dan akhirnya mempengaruhi kesehatannya sehingga memerlukan peran perawat dalam membantu mempertahankan kondisi yang stabil.

Sebagai gambaran, bahwa tantangan kesehatan global semakin kompleks karena melibatkan interaksi berbagai agen dan permasalahan yang terus berubah. Pemecahan masalah secara sederhana tidak cukup untuk menjawab tantangan tersebut, sehingga metode dan teori dengan pendekatan sistem akan lebih sesuai untuk meningkatkan keberhasilan dalam memecahkan masalah (Peters, 2014). Di bidang keperawatan, pengembangan teori dengan pendekatan sistem memiliki sejarah yang penting. Mengembangkan teori sistem umum di keperawatan masih sangat potensial, dan bermanfaat dalam menempatkan praktik profesi dalam kebijakan dan lingkungan politisnya (Glenister, 2011). Pasien baik sebagai individu, keluarga, maupun masyarakat merupakan sistem yang kompleks, sehingga pemikiran dengan menggunakan pendekatan sistem menjadi salah satu strategi potensial untuk pemecahan masalah-masalah keperawatan. Berikut beberapa teori dan model dalam keperawatan yang dikembangkan dengan berlandaskan teori sistem secara umum.

1. Model Sistem Perilaku

Beberapa teori dalam keperawatan menggunakan pendekatan sistem seperti Model Sistem Perilaku yang dikembangkan oleh Dorothy Johnson di tahun 1959. Model Sistem Perilaku Johnson diilhami oleh para teorist di ranah sistem seperti Buckley, Chin, Parsons dan Shils, Rapoport dan Von Bertalanffy (Holaday, 2010). Johnson menyampaikan bahwa secara teoritis perawat dan dokter melihat manusia sebagai sebuah sistem, namun perawat lebih melihat pasien sebagai sistem perilaku sedangkan dokter lebih melihat pasien sebagai sistem biologis (Meleis, 2012). Sebagai sebuah sistem perilaku ada delapan sub-sistem di dalamnya, yang memiliki tugas berbeda-beda namun memiliki tujuan sama yaitu untuk mempertahankan integritas seluruh sistem perilaku dan mengatur hubungan sistem perilaku dengan lingkungan (Holaday, 2010). Delapan subsistem tersebut antara lain:

- a. Pencapaian, bertujuan untuk mengontrol diri dan lingkungan. Fungsi dari sub-sistem ini antara lain untuk menentukan tujuan-tujuan yang sesuai, dan mengarahkan perilaku ke arah tujuan yang ingin dicapai. Selain itu sub-sistem ini juga berfungsi merasakan pengakuan dari orang lain dan membedakan tujuan jangka panjang dan pendek. Fungsi lainnya adalah untuk menginterpretasikan umpan balik untuk mengevaluasi pencapaian tujuan.
- b. Hubungan/afiliasi, bertujuan untuk menghubungkan dengan seseorang atau sesuatu selain dirinya sendiri, untuk mencapai keintiman and inklusi. Sub-sistem ini memiliki fungsi yang berkaitan dengan hubungan dengan orang lain, misal membentuk hubungan kerjasama dan saling ketergantungan dalam sistem sosial manusia. Selain itu sub-sistem afiliasi ini berfungsi untuk mengembangkan dan menggunakan keterampilan interpersonal untuk mencapai keintiman dan inklusi. Keinginan untuk berbagi juga merupakan fungsi dari sub-sistem ini. Ada juga fungsi untuk berhubungan dengan yang lain dengan cara tertentu, dan menggunakan perasaan narsistik dengan cara yang baik.
- c. Proteksi, memiliki tujuan untuk melindungi diri atau orang lain dari objek-objek nyata maupun imajinasi, orang-orang, ide-ide yang dianggap membahayakan. Fungsi dari sub-sistem ini adalah mengenali hal-hal berbahaya, menggerakkan sumber daya bila ada tantangan atau masalah, menggunakan mekanisme umpan balik untuk meminimalisir ancaman. Selain itu fungsi lainnya adalah menjaga pencapaian tujuan, keyakinan dan identitas dan konsep diri seseorang.
- d. Ketergantungan, sub-sistem ini bertujuan untuk mendapatkan perhatian terfokus, persetujuan, pengasuhan dan bantuan fisik, memastikan sumber daya lingkungan tetap membutuhkan bantuan, dan memperoleh kepercayaan dan dianggap handal. Secara

umum fungsi dari sub-sistem ini adalah memastikan orang lain sadar akan keberadaan diri, mengenalkan dan menerima situasi yang membutuhkan ketergantungan pada orang lain serta berfungsi untuk memfokuskan pada kebutuhan diri atau orang lain.

- e. Eliminasi, merupakan sub-sistem yang bertujuan untuk mengeluarkan sampah-sampah biologis. Fungsi sub-sistem ini antara lain mempertahankan homeostasis fisiologis melalui ekskresi dan melepaskan perasaan tegang dalam diri.
- f. Ingesti, sub-sistem ini bertujuan untuk mengambil sumber daya yang diperlukan dari lingkungan untuk mempertahankan integritas organisme atau mencapai kondisi menyenangkan dan untuk menginternalisasi lingkungan luar. Beberapa fungsi sub-sistem ini adalah untuk mempertahankan hidup melalui intake nutrisi, menyembuhkan nyeri atau sub-sistem psikofisiologis.
- g. Restorasi, bertujuan untuk menghilangkan kelelahan dan atau mencapai kondisi equilibrium dengan cara mengisi ulang distribusi energi di antara subsistem lainnya dan mendistribusikan kembali energi. Adapun fungsinya antara lain untuk mempertahankan dan atau mengembalikan homeostasis fisiologis dan menciptakan relaksasi untuk diri sendiri.
- h. Seksual, bertujuan untuk prokreasi, menarik perhatian, memenuhi harapan yang berkaitan dengan salah satu gender, peduli pada orang lain dan dipedulikan oleh orang lain. Sub-sistem ini memiliki fungsi seperti mengembangkan konsep diri berdasarkan gender, mengenali dan menginterpretasikan input sistem biologis terkait dengan prokreasi.

Model yang dikembangkan oleh Johnson menekankan pada holism (keutuhan). Individu sebagai makhluk yang aktif bukan makhluk yang hanya bereaksi terhadap stimulus, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan, sehingga peran

perawat adalah membantu individu dan keluarga apabila mengalami gangguan dalam keseimbangan sistem (Holden, 2005). Tujuan perawat ditinjau dari pendekatan sistem dalam model ini adalah (Glenister, 2011) :

- a. Memulihkan
- b. memelihara atau mencapai integritas perilaku
- c. stabilitas system
- d. penyesuaian dan adaptasi
- e. mencapai fungsi sistem yang efektif dan efisien

Perawat dalam hal ini membantu sistem mencapai tujuannya dan menjaga sistem dalam kondisi stabil.

2. General System Framework

Imogene M. King di tahun 1960-an mengembangkan Kerangka kerja Sistem Umum (General System Framework), dan secara filosofis pengembangan kerangka kerja ini terinspirasi oleh Teori Sistem Umum oleh Von Bertalanffy (I. K. King dkk., 2010). Rasional dari pengembangan kerangka kerja oleh King ini dipengaruhi oleh Model Sistem dari Howland dan Kerangka kerja Howland dan McDowell (I. K. King dkk., 2010). Kerangka kerja yang dikembangkan King (2010) menunjukkan adanya tiga sistem saling berinteraksi. Ketiga sistem tersebut adalah:

- a. Sistem personal, merupakan setiap individu, termasuk didalamnya citra tubuh, pertumbuhan, perkembangan, persepsi, pikiran, perasaan, ide-ide, nilai-nilai, sikap, komitmen, ruang dan waktu yang dimiliki oleh individu
- b. Sistem interpersonal, merupakan konsep-konsep yang terkait dengan kelompok-kelompok kecil, diantaranya interaksi, komunikasi, peran, transaksi dan stres.
- c. Sistem sosial, merupakan konsep yang berkaitan dengan kelompok-kelompok yang lebih besar seperti pembuatan keputusan, organisasi, kekuasaan, status dan kekuatan.

Sistem-sistem tersebut adalah sistem terbuka, dinamis dan saling berinteraksi, terhubung oleh jalur komunikasi (Holden, 2005; I. M. King, 2007). Dalam interaksi antara perawat dan pasien ada proses membuat tujuan, mengeksplorasi cara pencapaian tujuan dan menyepakati cara pencapaian tujuan (Glenister, 2011). Pengembangan kerangka kerja oleh King diilhami oleh ide sifat asli dari manusia dan interaksi mereka dengan lingkungan di dalam maupun di luar dirinya (I. K. King dkk., 2010). Teori yang dikembangkan oleh King mengeksplorasi dinamika kompleks perilaku manusia pada sistem personal, interpersonal dan sosial (Glenister, 2011).

3. Science of Unitary Human Beings

Pemikiran dalam bidang keperawatan berikutnya yang menggunakan pendekatan sistem adalah Ilmu Manusia Seutuhnya atau Science of Unitary Human Beings yang dikembangkan oleh Martha E. Rogers di tahun 1978 (Parker, 2021). Teori Manusia Seutuhnya dikembangkan karena menurut Rogers di dalam keperawatan masih diperlukan cara pandang baru yang berakar pada ilmu keperawatan (Butcher & Malinski, 2010). Dalam pemikirannya Rogers menjabarkan bahwa manusia adalah sistem terbuka yang terus mengadakan proses dengan sistem terbuka lainnya, yaitu lingkungan (Glenister, 2011). Rogers dalam teori yang dikembangkan memanfaatkan pemahaman fisika yaitu medan energi dalam menjelaskan manusia dan lingkungan yang tidak dapat direduksi dan tidak dapat dipisahkan keutuhannya (Holden, 2005). Rogers dalam teorinya menggambarkan medan energi adalah dinamis, tanpa batas dan terus bergerak, dan transformasi energi ini adalah dasar dari semua yang ada, baik dalam kondisi hidup maupun mati (Butcher & Malinski, 2010).

Rogers memperkenalkan istilah “entropy dan negentropy”, entropy adalah karakter dari sistem yang berarti adanya keacakan atau random, dan negentropy adalah negative entropy yang berarti lebih teratur (Glenister,

2011). Asumsi dasar dalam teori yang dikembangkan Rogers antara lain bahwa proses kehidupan manusia berupa keutuhan, keterbukaan, searah, pola dan organisasi, perasaan, dan pemikiran yang mencirikan proses kehidupan (Alligood, 2021). Dengan model yang dikembangkannya, Rogers memberikan panduan praktis kepada para perawat untuk dapat mengeksplorasi pola-pola yang terjadi pada pasien, memperhatikan adanya pembentukan pola-pola baru dari pasien dan kemudian melakukan evaluasi bersama-sama pasien (Glenister, 2011).

4. Model Adaptasi Keperawatan

Pendekatan sistem juga menjadi dasar pengembangan Model Adaptasi Keperawatan oleh Callista Roy yang dipublikasikan pertama kali pada tahun 1970. Seperti juga teori sistem yang sudah disebutkan sebelumnya, Model Adaptasi dari Roy juga diilhami oleh Teori Sistem Umum oleh Von Bertalanffy dan teori tingkatan adaptasi oleh Helson (Roy & Zhan, 2010). Model Adaptasi yang dikembangkan oleh Roy memiliki empat konsep yaitu manusia sebagai sistem yang adaptif (baik individu maupun kelompok), lingkungan, kesehatan dan tujuan keperawatan (Roy & Zhan, 2010). Roy membagi sistem adaptif menjadi 2 sub-sistem, yaitu sub-sistem regulator dan sub-sistem cognator (Glenister, 2011; Roy & Zhan, 2010):

- a. Sub-sistem regulator adalah mekanisme koping manusia bila ada perubahan lingkungan dengan menggunakan proses-proses fisiologis, seperti proses kimia, saraf, respon endokrin (Roy & Zhan, 2010).
- b. Subsistem kognator adalah mekanisme koping manusia dengan melibatkan proses-proses kognitif (proses berfikir) dan emosional, bila terjadi perubahan lingkungan.

Bentuk-bentuk adaptasi yang dihasilkan dari proses yang berlangsung pada subsistem regulator dan subsistem kognator adalah adaptasi fisiologis-fisik, adaptasi konsep

diri, adaptasi fungsi peran dan bentuk adaptasi saling ketergantungan (Roy, 2011). Bentuk-bentuk adaptasi tersebut berkaitan secara kompleks dan hal ini menunjukkan sifat dasar manusia sebagai sebuah sistem adaptasi.

5. Model Sistem

Pada tahun 1970 Betty Neuman mengembangkan Model Sistem yang digunakan sebagai panduan dalam pembelajaran mahasiswa keperawatan. Model yang dikembangkan oleh Neuman kemudian banyak digunakan sebagai model konseptual dan panduan dalam praktik klinik berbagai disiplin ilmu kesehatan (Aylward, 2010). Model Sistem Neuman merupakan karakter dinamis dari Teori Sistem Umum dan mencerminkan sifat organisme hidup sebagai sistem terbuka yang berinteraksi satu sama lain dan dengan lingkungan (de Almeida dkk., 2018). Dalam Model Sistem yang dikembangkan oleh Neuman, manusia sebagai sebuah sistem terdiri dari 5 sub-sistem:

- a. Fisik, mengacu pada struktur dan fungsi tubuh
- b. Psikologis mengacu pada proses-proses mental dan hubungan-hubungan.
- c. Perkembangan, mengacu pada proses perkembangan dalam kehidupan.
- d. Sosial budaya, mengacu pada fungsi sosial dan budaya
- e. Spiritual, mengacu pada keyakinan dan pengaruh-pengaruh spiritual

Sistem (manusia) sebagai sistem terbuka berusaha mempertahankan diri dari ancaman atau serangan stresor eksternal melalui garis pertahanan pelindung (Glenister, 2011). Garis-garis pertahanan pelindung ini menunjukkan karakteristik sistem, yaitu sangat dinamis dapat berubah bila ada stressor yang berusaha masuk ke sistem, dan perubahan tersebut dilakukan dalam rangka mempertahankan kondisi di dalam sistem (Aylward, 2010). Peran perawat menurut model Sistem ini adalah menjaga stabilitas dan kesejahteraan sistem (Glenister, 2011). Model ini dapat menjadi kerangka

kerja dalam memahami tantangan yang dihadapi klien melalui gambaran hubungan antara satu aspek dari klien dengan keseluruhan situasi yang dialami klien (pendekatan sistem), pengaruh keadaan yang dialami, dan kontak klien dengan lingkungan (Hannoodee & Dhamoon, 2020)

6. Pendekatan Sistem dalam Beberapa Bidang Keperawatan

Dalam Keperawatan Pediatrik pendekatan sistem seringkali direfleksikan dalam pembahasan dampak suatu penyakit yang diderita anak pada sistem keluarga. Sub-sistem antara orang tua dan anak yang sakit seringkali menjadi fokus utama dalam penelitian-penelitian (Williams dkk., 2014). Penelitian mengenai hubungan antar sub-sistem saat anak sakit, saat kehilangan anak sakit menjadi informasi penting bagi perawat untuk menghadapi orang tua yang memiliki anak sakit. Penelitian yang berfokus pada hubungan antar sub-sistem memberikan informasi betapa rumitnya keadaan saat orang tua terdampak dan bagaimana mereka dapat memahami kekuatan yang mereka miliki dan tantangan yang harus dihadapi sebelum anak menderita penyakit keganasan, selama mereka sakit dan setelahnya (Moules dkk., 2016). Informasi ini tentu menjadi data yang penting bagi perawat dalam membantu pasien dan keluarganya dalam berespon terhadap setiap perubahan situasi yang terjadi selama anak sakit.

Pada Keperawatan Dewasa, beberapa ahli menggunakan Biologi Sistem untuk memberi kontribusi dalam proses keperawatan (Baillie & L, 2009; Founds, 2009; Glenister, 2011). Biologi Sistem adalah ilmu interdisipliner yang diturunkan dari biologi, fisika, matematika, ilmu komputer, teknik dan disiplin ilmu lainnya (Founds, 2009). Menurut Founds (2009), setiap intervensi keperawatan seperti assepsis, pemberian nutrisi, beraktivitas fisik, pemberian obat-obatan, modifikasi psikososial atau perilaku, memberikan kenyamanan, dapat mempengaruhi output kesehatan sebagai hasil dari perawatan kesehatan. Output ini kemudian akan menjadi feedback yang akan memberi

pengaruh terhadap input. Kemudian sesuai dengan kerangka sistem biologi, perawat menyadari bahwa sebuah intervensi mewakili input menuju proses-proses dinamis di sistem organ, jaringan inter seluler, jaringan intraseluler, hingga ke komponen molekul termasuk juga produk-produk DNA (Founds, 2009). Perawat dapat bekerjasama dengan disiplin lainnya dalam mengembangkan model untuk mengetahui efek intervensi keperawatan pada tingkat molekuler dan kemudian sangat berpotensi untuk merevisi atau memperbaharui model-model yang sudah ada (Founds, 2009).

Teori Sistem Keluarga adalah salah satu teori yang sangat berpengaruh di bidang Keperawatan Keluarga (Friedman dkk., 2003; Kaakinen, 2010). Teori ini memungkinkan bagi perawat untuk memahami dan mengkaji keluarga sebagai sebuah kesatuan yang terorganisir, dan atau sebagai individu dalam unit keluarga yang membentuk sistem interaktif dan interdependen (Kaakinen, 2010). Menurut Kaakinen (2010) Teori Sistem Keluarga terdiri dari 4 konsep:

- a. Semua bagian dari sistem berkaitan, sebagai contoh bila seorang individu sakit di dalam keluarga maka seluruh anggota keluarga akan terpengaruh.
- b. Keseluruhan sistem melebihi gabungan dari bagian-bagian sistem. Keluarga tidak hanya sekedar mengenai hubungan orang tua dan anak, namun juga tentang keseluruhan hubungan di dalam keluarga.
- c. Ada batasan antara sistem dengan lingkungannya. Keluarga memiliki kontrol terhadap informasi yang masuk ke dalam keluarga.
- d. Sistem dapat terorganisir lebih jauh menjadi sub-sistem. Di dalam keluarga terdapat beragam sub-sistem yang disesuaikan dengan 3 dimensi keluarga, yaitu dimensi struktur, fungsi dan proses.

Perawat dapat menggunakan Teori Sistem Keluarga sebagai panduan praktik untuk membantu keluarga dalam menjaga dan mencapai stabilitas di dalam keluarga

E. Rangkuman

Pendekatan sistem di dalam keperawatan memiliki sejarah yang panjang, yang dimulai dari pemikiran Florence Nightingale tentang kualitas lingkungan mempengaruhi kesehatan dan kesembuhan. Teori dan model keperawatan yang berlandaskan teori dan pendekatan sistem terus berkembang, hingga saat ini yang masih sangat bermanfaat dan populer digunakan adalah Model Sistem Perilaku oleh Dorothy Johnson, General System Framework oleh Imogene M. King, Science of Unitary Human Beings oleh Martha E. Rogers, Model Adaptasi Keperawatan oleh Callista Roy, serta Model Sistem oleh Betty Neuman. Setiap teori atau model menggambarkan manusia atau pasien sebagai sistem terbuka dengan beberapa sub-sistem yang berinteraksi dengan lingkungan, baik fisik maupun sosial, dan menghasilkan status kesehatan. Selain itu perawat dijabarkan berperan dalam membantu mengembalikan kestabilan sistem.

F. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work E-Book: Nursing Theorists and Their Work E-Book*. Elsevier Health Sciences.
<https://books.google.co.id/books?id=usg5EAAAQBAJ>
- Aylward, P. D. (2010). *Betty Neuman's Systems Model*. Dalam M. E. Parker & M. C. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (3 ed., hlm. 182-201). F.A Davis Company.
- Baillie, L., & L, T. (2009). *Developing Practical Adult Nursing Skills*. Taylor & Francis.
<https://books.google.co.id/books?id=e2DvBQAAQBAJ>

- Bertalanffy, L. von. (1969). *General System Theory Foundations, Development, Applications (1 ed.)*. Geroge Braziller, Inc. One Park Avenue, New York.
- Butcher, H. Karl., & Malinski, V. M. (2010). *Martha E. Rogers' Science of Unitary Human Beings*. Dalam M. E. Parker & M. C. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (3 ed., hlm. 253–276). F.A Davis Company.
- Cordon, C. P. (2013). *System theories: An overview of various system theories and its application in healthcare*. *American Journal of Systems Science*, 2(1), 13–22.
- de Almeida, N. G., de Oliveira, M. R., Guedes, M. V. C., da Silva, L. D. F., de Freitas, M. C., Torres, R. A. M., & de Melo Fialho, A. V. (2018). *Betty Neuman systems model: Analysis according to Meleis*. *Symbiosis Online Journal Nursing & Health Care*, 4(2), 1–6.
- Founds, S. A. (2009). *Introducing systems biology for nursing science*. *Biological Research for Nursing*, 11(1), 73–80. <https://doi.org/10.1177/1099800409331893>
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. (2003). *Family Nursing: Research, Theory & Practice*. Prentice Hall. <https://books.google.co.uk/books?id=mkBtAAAAMAAJ>
- Glenister, D. A. (2011). *Towards a general systems theory of nursing: A literature review*. Proceedings of the 55th Annual Meeting of the ISSS-2011, Hull, UK.
- Hannoodee, S., & Dhamoon, A. S. (2020). *Nursing Neuman systems model*.
- Holaday, B. (2010). *Dorothy Johnson's Behavioral System Model and Its Applications*. Dalam M. E. Parker & mARLAINE, c. SMITH (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (3 ed., hlm. 104–120). F.A Davis Company.
- Holden, L. M. (2005). *Complex adaptive systems: concept analysis*. *Journal of advanced nursing*, 52(6), 651–657.

- Kaakinen, J. R. (2010). *Family health care nursing : theory, practice and research* (Nomor Book, Whole). Philadelphia : F.A. Davis Co., 2010], ©2010; Fourth edition. <http://ezproxy.lib.ed.ac.uk/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat00234a&AN=edinb.1783705&site=eds-live>
- King, I. K., Sieloff, C. L., Killeen, M. B., & Frey, M. A. (2010). *Imogene King's Theory of Goal Attainment* . Dalam M. E. Parker & Marlaine. C. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (3 ed.). F.A Davis Company.
- King, I. M. (2007). *King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century*. Dalam *Nursing Science Quarterly* (Vol. 20, Nomor 2, hlm. 109–111). <https://doi.org/10.1177/0894318407299846>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress* (5 ed.).
- Moules, N. J., Estefan, A., McCaffrey, G., Tapp, D. M., & Strother, D. (2016). *Differences and trading: Examining the effects of childhood cancer on the parental subsystem – Part 1*. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 515–539.
- Parker, M. E. (2021). *Nursing Theories and Nursing Practice. Dalam Conceptual models for nursing practice* (Vol. 1). Appleton-Century-Crofts New York.
- Peters, D. H. (2014). *The application of systems thinking in health: why use systems thinking?* *Health Research Policy and Systems*, 12(1), 51. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-51>
- Roy, C. (2011). *Extending the roy adaptation model to meet changing global needs*. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 345–351. <https://doi.org/10.1177/0894318411419210>
- Roy, C., & Zhan, L. (2010). *Sister Callista Roy's Adaptation Model. Dalam Nursing Theories and Nursing Practice* (3 ed., hlm. 167–181).

- Skyttner, L. (1996). *General systems theory: origin and hallmarks*. *Kybernetes*, 25(6), 16–22.
- Skyttner, L. (2001). *General Systems Theory: Ideas & Applications*. World Scientific.
<https://books.google.co.id/books?id=TZf7bd8tguMC>
- Smith, Marlaine. C., & Parker, M. E. (2010). *Nursing Theory and Discipline of Nursing*. Dalam M. E. Parker & Marlaine. C. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (3 ed.).
- von Bertalanffy, L., Hofkirchner, W., & Rousseau, D. (2015). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller Incorporated.
<https://books.google.co.uk/books?id=N6-woQEACAAJ>
- Williams, P. D., Williams, K. A., & Williams, A. R. (2014). *Parental caregiving of children with cancer and family impact, economic burden: Nursing perspectives*. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 37(1), 39–60.
<https://doi.org/10.3109/01460862.2013.855843>

BAB 4

TEORI KEPERAWATAN FLORENCE NIGHTINGALE

Paulina, S.K.M., M.KES

A. Pendahuluan

Perawatan merupakan bagian inti dalam sistem penyampaian pelayanan kesehatan dimana peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, strategi penyembuhan dan pemulihan kesehatan diterapkan. Dasar-dasar seni keperawatan merupakan hal yang sangat penting yang harus dimiliki oleh perawat, tidak hanya untuk memberikan perawatan yang komprehensif namun juga untuk menambah kemampuan klinisnya. Keperawatan adalah seni dan ilmu pengetahuan yang melibatkan sebuah pekerjaan dengan individu, keluarga dan masyarakat untuk memperoleh tercapainya kesehatan tubuh, pikiran dan jiwa. Hal ini merupakan proses dinamis sebagai bentuk pengobatan, sekaligus pendidikan yang dapat membantu terpenuhinya kebutuhan kesehatan masyarakat (Alano, 2016).

Karena kebutuhan manusia semakin bertambah, perkembangan keperawatan pun semakin meluas; kepentingan dan fungsi sosialnya diciptakan oleh ideologi-ideologi, keagamaan, ekonomi, revolusi industri, perang, perang salib, dan pendidikan. Dengan cara inilah keperawatan modern lahir (Alano, 2016).

B. Biografi Florence Nightingale

Florence Nightingale, berkebangsaan Britania Raya, Inggris, adalah pelopor perawat modern, penulis dan ahli statistik. Ia dikenal dengan nama bidadari berlampu atas jasanya yang tanpa kenal takut mengumpulkan korban perang pada Perang Krimea, di Semenanjung Krimea, Rusia. Lahir di Florence, Italia, pada 12 Mei 1820, lahir dari rahim seorang ibu bernama Frances Nightingale dan ayah bernama William Nightingale (Welianto, 2020).

Hari Perawat Internasional yang selalu diperingati setiap 12 Mei tidak lepas adanya dari peran Florence Nightingale. Florence Nightingale menjadi sosok yang penting dalam dunia keperawatan. Ia merupakan pelopor perawat modern. Bahkan dijuluki sebagai "The Lady with the Lamp" atau "Bidadari Berlampu" (Welianto, 2020).



Gambar 4. 1. "Bidadari Berlampu"

Sudah sejak kecil, Nightingale cukup pandai. Ayahnya menaruh minat khusus pada pendidikannya. Ia dibimbing melalui sejarah, filsafat dan sastra. Ia bahkan unggul dalam matematika dan bahasa. Ia sudah mampu membaca dan menulis bahasa Prancis, Jerman, Italia, Yunani, dan Latin. Lebih suka membaca para filsuf besar dan untuk terlibat dalam wacana politik dan sosial.

Sejak usia muda, Nightingale sudah aktif dalam filantropi, melayani orang sakit dan miskin di desa dekat dengan lahan milik ayahnya. Ia memandang panggilan khususnya sebagai mengurangi penderitaan manusia. Perawatan tampaknya merupakan rute yang cocok untuk melayani Tuhan dan umat manusia. Keluarga merasa keberatan dan tidak senang saat Nightingale ingin menjadi perawat. Bahkan keluarganya melarang untuk mengikuti pelatihan perawat. Karena menurut keluarga, kegiatan itu tidak pantas untuk seorang yang bertubuh tinggi. Meski ada keberatan dari keluarga, pada 1850 Nightingale mendaftarkan di Institution of Protestant Deaconesses di Kaiserswerth Jerman. Selama dua minggu pelatihan pada Juli 1850 dan sekali lagi selama tiga bulan pada Juli 1851. Di sana, ia belajar keterampilan keperawatan dasar, pentingnya pengamatan pasien, dan nilai organisasi rumah sakit yang baik (Welianto, 2020).

Lewat koneksi sosial, Nightingale menjadi pengawas Institution for Sick Gentlewomen (governesses) di Distressed Situance, di London. Di sana berhasil menunjukkan keahliannya sebagai administrator dengan meningkatkan perawatan, kondisi kerja, dan efisiensi rumah sakit. Pada 1850 juga, Nightingale menjadi sukarelawan di rumah sakit Middlesex. Di mana bergulat dengan wabah kolera dan kondisi tidak sehat yang kondusif untuk penyebaran penyakit yang cepat. Nightingale menjadikannya misinya tersebut untuk meningkatkan praktik kebersihan, secara signifikan menurunkan tingkat kematian di rumah sakit dalam prosesnya.

Pada Oktober 1853, terjadi perang Krimea di Semenanjung Krimea Rusia. Di mana Inggris dan Perancis berperang melawan Kekaisaran Rusia untuk menguasai wilayah Utsmani. Dikutip situs Biografi, pada saat itu, tidak ada perawat wanita yang ditempatkan di rumah sakit di Krimea. Pada 1854, Ia mengajukan diri untuk untuk mengorganisir sejumlah perawat untuk merawat prajurit yang sakit dan jatuh di Krimea Nightingale memimpin sebuah rombongan yang terdiri dari 38 wanita. Berangkat 21 Oktober 1854, dan tiba di Scutari di Rumah

Sakit Barrack pada 5 November. Korban perang dirawat di rumah sakit tersebut, namun di sana tentara dirawat oleh lembaga medis yang tidak kompeten dan tidak efektif. Bahkan persediaan peralatan paling dasar tidak tersedia untuk perawatan. Banyak tentara yang meninggal bukan karena peluru atau bom, tapi tidak adanya perawatan yang layak. Saat Nightingale datang pun merasa terkejut dengan fasilitas rumah sakit. Ia menemukan kondisi kotor, persediaan tidak memadai, staf tidak kooperatif, dan kepadatan parah.

Beberapa perawat memiliki akses ke bangsal kolera. Nightingale ingin mendapatkan kepercayaan dari ahli bedah tentara dengan menunggu perintah militer resmi untuk bantuan, menjaga partainya dari bangsal. Ia kemudian memperlakukan standar perawatan yang ketat dan bangsal harus bersih. Selain itu memastikan kebutuhan dasar, persediaan makanan dan obat-obatan mencukupi, seperti peralatan mandi, pakaian bersih dan perban. Perhatian diberikan pada kebutuhan psikologis juga. Nightingale sendiri berkeliaran di bangsal pada malam hari. Di mana untuk memberikan dukungan kepada pasien korban perang. Ia menghabiskan berjam-jam di bangsal. Itu yang membuatnya mendapat julukan "The Lady with the Lamp". Ia pun mendapatkan rasa hormat dari para prajurit dan lembaga medis. Berkat perawatan yang dilakukan mampu mengurangi angka kematian menjadi sekitar 2 persen.

Pada 1860, Nightingale mendirikan Rumah Sakit St. Thomas di London. Di dalamnya terdapat sekolah perawatan dengan menetapkan dasar keperawatan profesional. Sekolah tersebut menjadi yang pertama di dunia dan sekarang menjadi bagian dari King's College London. Nightingale juga dikenal sebagai ahli statistik, membuat grafik pie coxcomb tentang kematian pasien di Scutari yang akan mempengaruhi arah epidemiologi medis. Pada 1910, Nightingale jatuh sakit dan sempat pulih dan dilaporkan bersemangat. Namun pada 12 Agustus 1910, Nightingale mengalami serangkaian gejala yang mengganggu. Dia meninggal secara tak terduga sekitar pukul

14.00 keesokan harinya, Sabtu, 13 Agustus, di rumahnya di London (Welianto, 2020).

C. Model Lingkungan Florence Nightingale

Revolusi intelektual pada abad ke-18 dan 19 menyebabkan terjadinya revolusi pengetahuan. Perubahan dinamika pada situasi ekonomi dan politik juga mempengaruhi setiap sudut perkembangan manusia termasuk dunia keperawatan. Selama masa Florence Nightingale, keperawatan modern mulai berkembang. Dia benar-benar memodifikasi tradisi keperawatan yang ada sebelum eranya. Dia juga memberikan definisi keperawatan “menempatkan pasien dengan cara sebaik mungkin bagi alam untuk bertindak”. Semenjak masanya, perkembangan keperawatan modern berlangsung dengan cepat di berbagai belahan dunia (Alano, 2016).

Konsep Nightingale merupakan model awal keperawatan yang menempatkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan yang dikenal dengan istilah environmental model. Konsep Nightingale memberikan perawat cara berpikir tentang klien dan lingkungannya. Nightingale tidak melihat perawat secara sempit yang hanya sibuk dengan masalah pemberian obat dan pengobatan, tetapi lebih berorientasi pada pemberian udara yang bersih, pencahayaan (penerangan), kenyamanan lingkungan, kebersihan, ketenangan dan nutrisi yang adekuat. Lingkungan eksternal tersebut menurut Nightingale yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan individu. Nightingale menyatakan bahwa jika ingin meramalkan masalah Kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik dan tubuhnya. Nightingale dalam teori deskripsinya memberikan cara berpikir tentang keperawatan dan kerangka rujukan yang berfokus pada klien dan lingkungannya (Widyanto, 2014).



Gambar 4. 2. Florence Nightingale (12 Mei 1820 – 13 Agustus 1910)

D. Konsep Utama Teori Florence Nightingale

1. Perawatan

Dia mencerminkan seni keperawatan dalam pernyataannya bahwa "seni keperawatan, seperti yang sekarang dipraktikkan, tampaknya secara tegas dibentuk untuk membatalkan apa yang tuhan telah jadikan penyakit, yaitu proses reparatif."

2. Manusia

Manusia tidak didefinisikan oleh Nightingale secara khusus. Mereka didefinisikan dalam kaitannya dengan lingkungan mereka dan dampak lingkungan terhadap mereka

3. Lingkungan

Nightingale menekankan lingkungan fisik dalam tulisannya. Dalam teorinya, tulisan-tulisan Nightingale mencerminkan model kesehatan komunitas di mana semua yang ada di sekitar manusia dianggap berkaitan dengan kondisi kesehatan mereka.

4. Kesehatan

Nightingale tidak mendefinisikan kesehatan secara khusus. Dia menyatakan, "Kami tidak tahu apa-apa tentang kesehatan, yang positif patologi negatif, kecuali pengamatan dan pengalaman. Mengingat definisinya bahwa seni keperawatan adalah untuk "membongkar penyakit yang telah dibuat Tuhan", maka tujuan dari semua aktivitas keperawatan haruslah kesehatan klien. Dia percaya bahwa keperawatan harus memberikan perawatan kepada yang sehat dan yang sakit dan membahas promosi kesehatan sebagai kegiatan di mana perawat harus terlibat (Gonzalo, 2023).

E. Sub Konsep Teori Lingkungan Florence Nightingale

1. Kesehatan rumah

"Rumah yang dibangun dengan buruk bermanfaat bagi orang sehat, seperti yang dilakukan rumah sakit yang dibangun dengan buruk bagi orang sakit. Setelah memastikan bahwa udara stagnan dan penyakit pasti akan menyusul.

2. Ventilasi dan pemanasan

"Jaga agar udara yang dia hirup semurni udara luar, tanpa membuatnya kedinginan."

Nightingale percaya bahwa orang yang berulang kali menghirup udaranya sendiri akan menjadi sakit atau tetap sakit. Dia sangat prihatin dengan "udara berbahaya" atau "effluvia" dan bau busuk dari kotoran. Dia juga mengkritik "fumigasi", karena dia percaya bahwa sumber ofensif, bukan baunya harus dihilangkan.

Nightingale juga menekankan pentingnya suhu ruangan. Pasien tidak boleh terlalu hangat atau terlalu dingin. Temperatur dapat dikontrol dengan keseimbangan yang tepat antara api yang menyala dan ventilasi dari jendela.

3. Lampu

Nightingale percaya bahwa selain udara segar, orang sakit membutuhkan cahaya. Dia mencatat bahwa sinar matahari langsung adalah yang diinginkan pasien.

4. Kebisingan

Dia menyatakan bahwa pasien tidak boleh “sengaja dibangunkan” atau tidak sengaja selama bagian pertama dari tidur. Dia menegaskan bahwa percakapan bisikan atau panjang tentang pasien tidak dipikirkan dan kejam. Dia memandang kebisingan yang tidak perlu, termasuk kebisingan dari pakaian wanita, sebagai kejam dan menjengkelkan pasien.

5. Variasi

Dia membahas perlunya perubahan warna dan bentuk, termasuk membawa bunga atau tanaman berwarna cerah kepada pasien. Dia juga menganjurkan memutar 10 atau 12 lukisan dan ukiran setiap hari, minggu, atau bulan untuk memberikan variasi bagi pasien. Nightingale juga menganjurkan membaca, menjahit, menulis, dan bersih-bersih untuk menghilangkan rasa bosan.

6. Tempat tidur

Nightingale mencatat bahwa orang dewasa yang sehat menghembuskan sekitar tiga liter kelembaban melalui paru-paru dan kulit dalam periode 24 jam. Bahan organik ini masuk ke seprai dan tetap di sana kecuali alas tidur sering diganti dan diangin-anginkan.

Dia percaya bahwa tempat tidur harus diletakkan di bagian ruangan yang paling terang dan ditempatkan sedemikian rupa sehingga pasien dapat melihat keluar jendela. Dia juga mengingatkan pengasuh untuk tidak bersandar, duduk, atau menggoyang tempat tidur pasien jika tidak perlu.

7. Kebersihan Pribadi

Sama seperti perlunya memperbaharui udara di sekitar orang yang sakit sesering mungkin untuk membawa effluvia yang tidak sehat dari paru-paru dan kulit, dengan menjaga

ventilasi bebas, demikian pula perlu untuk menjaga pori-pori kulit bebas dari semua ekskresi yang menyumbat.

Setiap perawat harus sering mencuci tangannya di siang hari.

8. Nutrisi dan pengambilan makanan

Nightingale mencatat dalam Teori Lingkungannya bahwa individu menginginkan makanan yang berbeda pada waktu yang berbeda dalam satu hari dan porsi kecil yang sering mungkin lebih bermanfaat bagi pasien daripada sarapan atau makan malam yang besar. Dia mengimbau agar tidak ada urusan dengan pasien saat mereka makan karena ini adalah gangguan.

9. Obrolan Harapan dan Nasihat

Florence Nightingale menulis dalam Teori Lingkungannya bahwa menghibur orang sakit secara salah dengan meremehkan penyakit mereka dan bahayanya tidaklah membantu. Ia menganjurkan perawat itu untuk memperhatikan apa yang dikatakan para pengunjung, percaya bahwa orang sakit harus mendengar kabar baik yang akan membantu mereka menjadi lebih sehat.

10. Pertimbangan Sosial

Nightingale mendukung pentingnya melihat melampaui individu ke lingkungan sosial tempat mereka tinggal (Gonzalo, 2023).

F. Faktor Lingkungan Florence Nightingale

Dalam teori lingkungan Florence Nightingale, dia mengidentifikasi lima (5) faktor lingkungan:

1. Udara segar murni

Untuk menjaga udara yang dihirupnya semurni udara luar tanpa membuatnya kedinginan.

2. Air murni

Air sumur dari jenis yang sangat tidak murni digunakan untuk keperluan rumah tangga. Dan ketika penyakit epidemi muncul dengan sendirinya, orang yang menggunakan air seperti itu hampir pasti akan menderita.

3. Drainase yang efektif
Sementara selokan mungkin tidak lain adalah laboratorium tempat penyakit epidemi dan kesehatan buruk dipasang ke dalam rumah.
4. Kebersihan
Bagian terbesar dari keperawatan terdiri dari menjaga kebersihan.
5. Cahaya (terutama sinar matahari langsung)
Kegunaan cahaya dalam mengobati penyakit sangatlah penting (Gonzalo, 2023).

Faktor-faktor tersebut sangat penting pada masa Nightingale ketika institusi kesehatan memiliki sanitasi yang buruk, dan petugas kesehatan memiliki sedikit pendidikan dan pelatihan serta seringkali tidak kompeten dan tidak dapat diandalkan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Juga ditekankan dalam teori lingkungannya adalah menyediakan lingkungan yang tenang atau bebas kebisingan dan hangat, memenuhi kebutuhan diet pasien dengan penilaian, dokumentasi waktu asupan makanan, dan mengevaluasi pengaruhnya terhadap pasien. Kekurangan dalam kelima faktor ini menghasilkan penyakit atau kurang sehat, tetapi tubuh dapat memperbaiki dirinya sendiri dengan lingkungan yang memelihara.

The Environmental Theory oleh Florence Nightingale mendefinisikan Keperawatan sebagai “tindakan memanfaatkan lingkungan pasien untuk membantunya dalam pemulihannya.” Ini melibatkan inisiatif perawat untuk mengkonfigurasi pengaturan lingkungan yang sesuai untuk pemulihan bertahap kesehatan pasien dan faktor eksternal yang terkait dengan lingkungan pasien mempengaruhi kehidupan atau proses biologis dan fisiologis serta perkembangannya. Nightingale membahas Teori Lingkungan dalam bukunya *Notes on Nursing: What it is, What it is Not*. Dia dianggap sebagai ahli teori pertama dalam keperawatan dan membuka jalan di dasar profesi keperawatan yang kita kenal sekarang (Gonzalo, 2023).

G. Daftar Pustaka

Alano, A. (2016). *Dasar-dasar Ilmu Keperawatan*. Penerbit Kyta.

Gonzalo, A. (2023). *Florence Nightingale Environmental Theory*. Nurseslabs.

Welianto, A. (2020). *Biografi Florence Nightingale, Pelopor Perawat Modern*.

Widyanto, F. C. (2014). *Keperawatan Komunitas dengan Pendekatan Praktis*. Nuha Medika.

BAB | TEORI KEPERAWATAN 5 | VIRGINIA HENDERSON

Yosin Ngii, SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Virginia Henderson adalah salah seorang ahli keperawatan yang lahir di Kansas City, Missouri pada tahun 1897, selama berkarir, Henderson yang telah banyak memberi perubahan besar pada dunia keperawatan sebagai suatu profesi. Henderson dianggap sebagai Nightingale abad ke-20, ia tertarik dengan dunia keperawatan karena banyak melihat tentara yang sakit dan terluka pada saat terjadinya perang dunia I, sehingga timbul rasa iba dan prihatin melihat keadaan mereka. Hati Henderson tergerak untuk membantu para tentara tersebut. Ia melihat para tentara, sebagai individu yang membutuhkan bantuan untuk proses penyembuhan, dan mencapai kebebasan. Henderson juga menyatakan bahwa kesatuan antara pikiran dan tubuh manusia tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lain, jika tubuh tidak sehat akan dapat mempengaruhi cara berpikir individu.

Daur kehidupan manusia akan mengalami perubahan yang berlangsung selama rentang kehidupannya, proses ini dikenal dengan istilah tumbuh kembang, dimana setiap individu secara normal akan mulai dengan tahap awal yaitu belajar untuk melakukan sesuatu dengan bantuan orang lain, seiring dengan adanya proses pendewasaan, maka ia akan mulai belajar untuk mandiri. Proses pendewasaan ini sangat dipengaruhi oleh status kesehatan, pola asuh dan lingkungan dimana individu tersebut berada.

Dalam pelayanan kesehatan seorang tenaga keperawatan merupakan penolong bagi individu yang membutuhkannya, baik dalam keadaan sehat maupun keadaan sakit, kegiatan tersebut dilakukan guna mempertahankan kesehatan individu, untuk proses pemulihan kesehatan atau mempersiapkan individu menghadapi kematian dengan damai. Bantuan tersebut mungkin saja tidak akan dibutuhkan oleh individu bila ia memiliki kekuatan diri, keinginan/kemauan serta pengetahuan. Dengan demikian bantuan yang diberikan oleh perawat berupa asuhan keperawatan, diharapkan akan menghasilkan kemandirian pasien secepat mungkin.

Virginia Henderson mengharapakan dalam melaksanakan tugas, perawat dan tenaga medis lainnya harus menjadikan pasien sebagai fokus utama dari tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan. Perawat menerapkan asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas, serta dilindungi dari tindakan malpraktik dan penyalahgunaannya. Henderson berpendapat agar praktik keperawatan harus diatur dengan baik dengan memberi lisensi dan diupayakan untuk menetapkan peraturan undang-undang tentang praktik keperawatan, agar dalam melaksanakan tanggung jawabnya, perawat akan merasa terlindungi

Henderson menjelaskan bahwa fungsi keperawatan adalah menekankan adanya hubungan saling membutuhkan antara perawat dengan pasien, serta bagaimana menciptakan kemandirian pada pasien agar mampu untuk menolong dirinya sendiri.

B. Pengertian

Keperawatan menurut Virginia Henderson harus menyertakan prinsip keseimbangan fisiologis, yang ditinjau dari sisi fungsional. Menurut tugas dari seorang perawat adalah mengajarkan kepada individu untuk menciptakan kemandirian dalam menghadapi keadaannya baik sehat maupun sakit, dengan melakukan berbagai upaya yang dapat meningkatkan kesehatan serta mempercepat proses penyembuhan penyakitnya. Apabila kemandirian tidak berhasil diciptakan

maka tugas perawat membantu mengatasi masalah. Dan bila masalah tidak dapat di atasi, maka perawat harus berusaha untuk meringankan beban pasien atau pasien dapat meninggal dengan tenang.

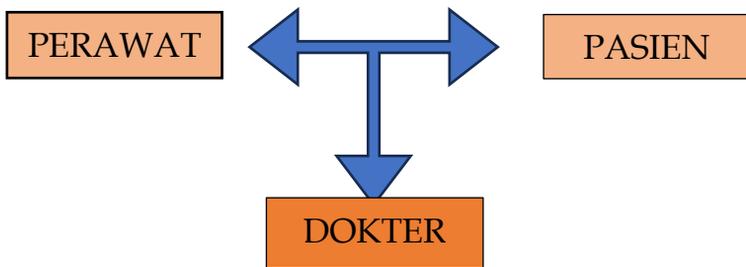
Dalam bukunya "The Nature of Nursing: Reflections After 25 Years" (1991), Henderson mengembangkan sebuah model keperawatan serta memberikan berbagai masukan dan pandangan serta pendapat mengenai keperawatan. Henderson menyatakan bahwa : kompleksitas dan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien hanya dibatasi oleh imajinasi dan kompetensi masing-masing perawat dalam menafsirkan dan melaksanakan tindakan

C. Konsep Utama Teori Henderson

Fokus keperawatan pada teori Henderson adalah pasien yang mempunyai keterkaitan langsung secara individual, perawat merupakan penolong utama dalam membantu pasien untuk melakukan berbagai aktivitas guna pemulihan kesehatannya atau menghadapi kematian dengan damai. Bantuan yang diberikan oleh perawat berdasarkan dari keadaan pasien, mulai dari yang berada dalam fase ketergantungan kepada perawat sampai pada pasien dengan fase mandiri.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, salah satu fungsi perawat yaitu membantu individu baik yang sehat terlebih lagi dalam keadaan sakit, di mulai dari lahir sampai individu tersebut meninggal. Perawat akan membantu melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan menggunakan kekuatan dari pasien itu sendiri disertai dengan kemauan dan pengetahuan. Dalam melaksanakan tugasnya, perawat berupaya untuk menciptakan hubungan yang baik, agar proses kesembuhan pasien akan semakin cepat, tetapi bila penyakit pasien tidak dapat disembuhkan, maka tugas perawat adalah mengantar pasien menghadapi kematian dengan tenang.

Perawat dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya harus mampu untuk melaksanakannya secara mandiri dan tidak tergantung pada tenaga kesehatan lainnya. Perawat dapat melakukan kolaborasi dan kerja sama serta menyampaikan rencana untuk setiap tindakan yang dilakukan kepada tenaga kesehatan profesional lainnya, agar rencana keperawatan yang telah disusun oleh perawat dan pasien dapat berjalan dengan baik. Henderson menyatakan bahwa fungsi perawat dan tenaga kesehatan lainnya, terutama dokter sering kali saling tumpang tindih, dia menegaskan bahwa antara perawat - tenaga kesehatan lainnya - pasien bekerja saling ketergantungan.



Gambar 5. 1. Hubungan perawat- pasien dan dokter dalam asuhan keperawatan

Konsep utama dalam asuhan keperawatan menurut Virginia Henderson adalah :

1. Manusia

Manusia adalah individu yang membutuhkan bantuan untuk memperoleh kebebasan, kesehatan, dan kemandirian serta menghadapi kematian dengan tenang, bantuan tersebut dapat berupa asuhan keperawatan dasar yang dilakukan oleh tenaga keperawatan. Dalam memberikan asuhan keperawatan tersebut, harus berdasarkan pada 14 kebutuhan dasar manusia. Pembagian asuhan keperawatan ini menjadi pilar dari model keperawatan.

Asuhan keperawatan dasar, dapat dilakukan pada semua sarana pelayanan kesehatan, baik di rumah sakit, tempat perawatan para lansia, tempat perawatan para

penderita cacat mental, serta sarana kesehatan lainnya. Sehingga peluang perawat untuk bekerja akan semakin banyak dan meluas tidak hanya terbatas pada rumah sakit saja.

Komponen 14 kebutuhan dasar manusia menurut Henderson adalah :

- a. Membantu pasien bernafas secara normal
- b. Terpenuhinya kebutuhan makan dan minum
- c. Mampu untuk mengeluarkan kotoran tubuh
- d. Dapat bergerak dan mempertahankan postur tubuh
- e. Terpenuhinya kebutuhan istirahat dan tidur
- f. Mampu untuk menggunakan pakaian atau membuka pakaian
- g. Mampu menjaga suhu tubuh dalam batas normal
- h. Menjaga kebersihan tubuh, serta merawat integument
- i. Menghindari aktivitas yang dilakukan dalam lingkungan yang dapat membahayakan orang lain
- j. Mampu melakukan komunikasi dengan baik serta dapat mengungkapkan perasaannya pada orang lain
- k. Membantu pasien beribadah sesuai keyakinan diri
- l. Membantu pasien bekerja atau melakukan aktivitas produktif
- m. Ikut serta dalam kegiatan bermain dan rekreasi
- n. Memanfaatkan fasilitas Kesehatan yang ada serta belajar untuk mendukung pengembangan diri dan kesehatan yang normal.

Dari empat belas kebutuhan dasar tersebut, kemudian diklasifikasikan menjadi 4 bagian besar, yakni :

- a. Kebutuhan biologis yaitu mulai dari poin a - i
- b. Kebutuhan psikologis yaitu dari poin j dan n
- c. Kebutuhan spiritual yaitu pada poin k
- d. Kebutuhan sosiologis yaitu pada poin l dan m

2. Kesehatan

Menjaga kesehatan menjadi suatu hal penting dibanding mengobati penyakit, oleh sebab itu diperlukan berbagai upaya untuk mendapatkan suatu keadaan sehat. Sehat adalah kualitas hidup yang menjadi dasar agar seseorang dapat berguna bagi orang lain serta berfungsi bagi kemanusiaan. Seorang Individu akan selalu berupaya untuk mempertahankan kesehatannya, bila mereka mempunyai kemampuan, kekuatan serta pengetahuan untuk itu.

3. Keperawatan

Dalam pemberian asuhan keperawatan, perawat mempunyai beberapa fungsi yang harus dijalankan berdasarkan ilmu pengetahuan :

- a. Perawat mempunyai fungsi yang sangat penting dalam memulihkan kesehatan orang lain,
- b. Perawat juga mempunyai fungsi dalam membantu individu karena bantuan tersebut bukan hanya saat sakit, tetapi juga pada saat individu tersebut dalam keadaan sehat,
- c. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang mempunyai fungsi Independen, berdasarkan 14 kebutuhan dasar manusia

4. Lingkungan

Hal yang perlu diperhatikan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan, adalah :

- a. Individu yang sehat, mampu untuk mengontrol lingkungan mereka, tapi bila dalam keadaan sakit maka dapat menghambat aktivitas tersebut
- b. Perawat mempunyai tugas untuk melindungi pasien dari kemungkinan terjadinya cedera selama proses perawatan.
- c. Memiliki ilmu dan pengetahuan tentang bagaimana menjaga keamanan lingkungan sehingga semua proses keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik
- d. Dokter akan menggunakan data dari hasil observasi dan penilaian yang dilakukan oleh perawat untuk

menentukan tindakan selanjutnya bagi pasien, untuk itu dibutuhkan ketelitian perawat dalam melakukan observasi dan penilaian

- e. Perawat harus mampu untuk mengurangi kemungkinan terjadinya kecelakaan atau luka akibat konstruksi bangunan yang tidak memenuhi syarat kesehatan
- f. Perawat harus paham tentang kebiasaan yang ada di masyarakat secara umum baik dari segi keagamaan maupun adat istiadat untuk mengurangi adanya kesalahan.

D. Teori Model Virginia Henderson Dalam Proses Keperawatan

Tugas dan tanggung jawab perawat dalam praktik keperawatan adalah memberi asuhan keperawatan secara langsung kepada klien. Manfaat dari asuhan keperawatan yang diberikan adalah dapat melihat dan menilai kemajuan dari kondisi klien. Perawat harus berupaya untuk dapat membantu pasien beralih dari kondisi bergantung (dependent) menjadi mandiri (independent) dengan melakukan rangkaian proses keperawatan:

1. Pengkajian

Merupakan tahap awal, dimana perawat mengumpulkan data dari pasien guna menilai ada tidaknya masalah berdasarkan 14 kebutuhan dasar. Hal yang dilakukan dalam proses pengkajian adalah :

a. Pengumpulan data dilakukan dengan metode :

- 1) Menggunakan indra penglihatan
- 2) Menggunakan indra penciuman
- 3) Menggunakan indra pendengaran
- 4) Menggunakan indra perasa
- 5) Menggunakan indra peraba

b. Analisa data

Setelah proses pengkajian selesai dan semua data telah terkumpul, selanjutnya adalah melakukan analisa terhadap data-data tersebut dan membandingkan dengan

konsep sehat sakit. Dari hasil analisa tersebut akan membantu dalam proses menetapkan diagnosa keperawatan

c. Menentukan diagnose

Menurut Henderson, diagnosa keperawatan dibuat dengan mempertimbangkan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhannya, serta kekuatan dan pengetahuan yang dimilikinya

2. Perencanaan

Meliputi penyusunan rencana keperawatan yang akan dilakukan terhadap pasien, baik yang dilakukan secara mandiri oleh pasien maupun yang dibantu oleh perawat. Dalam penyusunan rencana keperawatan ini dilakukan oleh perawat dengan melibatkan pasien secara langsung

3. Implementasi

Tugas perawat pada tahap ini adalah membantu individu untuk melakukan atau menindaklanjuti hasil dari perencanaan yang sudah disusun. Implementasi yang diberikan kepada pasien bersifat individual dengan mempertimbangkan faktor usia, budaya, emosi dan kemampuan intelektual individu

4. Evaluasi

Tahap terakhir adalah mengevaluasi semua kegiatan yang dilakukan, apakah dapat mencapai kriteria yang sudah ditetapkan atau belum, termasuk rencana tambahan lainnya jika ditemukan adanya perubahan pada pasien.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan harus terbina hubungan yang baik antara perawat - pasien atau hubungan saling percaya, hubungan yang baik akan membuat asuhan keperawatan yang diberikan akan lebih mudah untuk dijalankan.

Tiga tahap hubungan perawat-pasien menurut Henderson, yaitu :

1. Perawat sebagai pengganti (substitute) bagi pasien
Pada situasi di mana pasien tidak dapat melakukan kegiatan apa pun karena keadaannya atau dalam keadaan gawat atau koma, maka perawat akan membantu pasien untuk memenuhi kebutuhannya. Dalam keadaan kelemahan atau ketidakmampuan pasien, maka peran perawat sangat dibutuhkan sebagai pelengkap.
2. Perawat sebagai penolong (Helper) bagi pasien
Pasien yang masuk dalam fase pemulihan, biasanya sikap ketergantungan akan perawat sudah akan berkurang. Fungsi perawat pada tahap ini akan bertugas sebagai penolong untuk membantu kemandirian pasien. Kemandirian ini bersifat relatif sebab tidak ada manusia yang tidak membutuhkan bantuan orang lain
3. Perawat sebagai mitra (Partner) bagi pasien
Perawat bersama dengan pasien, membuat rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan keadaan dan situasi pasien pada saat itu. meskipun kebutuhan pada setiap pasien akan berbeda-beda, tapi pemenuhan kebutuhan dasar pasien harus diperhatikan.

Perawat mempunyai fungsi untuk membantu individu baik yang dalam keadaan sehat terlebih lagi dalam keadaan sakit, di mulai dari lahir sampai individu tersebut meninggal. Perawat akan membantu melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri dengan menggunakan kekuatan dari pasien itu sendiri disertai dengan kemauan dan pengetahuan. Dalam melaksanakan tugasnya, perawat berupaya untuk menciptakan hubungan yang baik, agar proses kesembuhan pasien akan semakin cepat, tetapi bila penyakit pasien tidak dapat disembuhkan, maka tugas perawat adalah mengantar pasien menghadapi kematian dengan tenang.

Teori dari Virginia Henderson ini berfokus kepada individu. Ia mengungkapkan bahwa keadaan kesehatan jasmani

dan rohani manusia tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lain. Untuk dapat mencapai suatu kemandirian, manusia membutuhkan bantuan dari orang lain dan setiap individu mempunyai kebutuhan dasar yang berbeda-beda.

E. Keperawatan Di Masa Mendatang

Keperawatan merupakan sistem yang terbuka dan dinamis, artinya keperawatan akan selalu berkembang sesuai zamannya dan menyesuaikan dengan perubahan yang terjadi. Dengan semakin meningkatnya ilmu pengetahuan dan teknologi, maka diharapkan ilmu keperawatan akan berkembang pula.

Berikut adalah pendapat Virginia Henderson tentang keperawatan di masa yang akan datang :

1. Memiliki undang undang keperawatan yang sah sebagai landasan hukum dalam melaksanakan serta mengatur pelayanan keperawatan secara universal
2. Perawat akan melakukan fungsinya dalam keperawatan primer, sedangkan dokter dan tenaga kesehatan lainnya akan lebih berperan pada bidang konsultan. Perubahan pelayanan kesehatan akan menggabungkan cara pengobatan tradisional dan pengobatan modern.
3. Pelayanan keperawatan lebih diutamakan dibanding model pengobatan
4. Pendidikan kesehatan yang mempunyai tujuan untuk membantu klien mencapai kemandirian dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada dengan baik.
5. Upaya untuk pencegahan suatu penyakit adalah fokus dari pelayanan yang diberikan
6. Pengalokasian dana akan diarahkan bagi perawat penyelenggara kesehatan yang dilakukan di rumah
7. Fungsi rumah sakit akan lebih mengarah pada pelayanan penderita akut dan yang membutuhkan Tindakan pembedahan besar.
8. Keperawatan merupakan suatu bidang yang akan banyak diminati

9. Pendidikan sarjana adalah dasar yang harus dimiliki oleh perawat untuk memperoleh izin praktik
10. Pelayanan keperawatan yang bermutu dan makin profesional akan diimbangi dengan besarnya upah yang diterima
11. Perawat akan lebih memahami praktik kesehatan.

F. Daftar Pustaka

- Asmadi (2008) *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta ;EGC
- Budiono dan Sumirah Budi Pertami (2016), *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta; Budi Medika.
- Diva Viya Febriana (2017), *Konsep Dasar Keperawatan*, Yogyakarta ; Healthy
- Diva Viya Febriana (2021), *Konsep Dasar Keperawatan Buku Panduan Teori dan Praktik Keperawatan Profesional*, Yogyakarta ; Healthy
- Nur Aini (2018), *Teori Model Keperawatan Beserta Aplikasinya Dalam Keperawatan*, Malang ; Universitas Muhammadiyah Malang.
- Martha Raile Alligood (2014), *Pakar Teori keperawatan dan Karya Mereka* ; Edisi Indonesia ke-8 Vol 1, Indonesia ; Elsevier
- Wahit Iqbal M and Nurul Chayatin (2007), *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia ; Teori dan Aplikasi dalam Praktik*, Jakarta ; EGC
- Zaidin Ali (2002), *Dasar- Dasar Keperawatan Profesional*, Jakarta ; Widya Medika

BAB 6

TEORI KEPERAWATAN JEAN WATSON

Dina Mariana, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan Human Caring Theory. Teori ini mempertegas hubungan yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan dengan tujuan untuk meningkatkan dan melindungi pasien. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari unsur teori kemanusiaan.

Watson berpendapat bahwa yang paling utama dalam keperawatan yaitu caring dalam melakukan tindakan perawatan. Dimana dasar dalam keperawatan yakni kemanusiaan yang digabungkan dan dikembangkan dengan dasar ilmu pengetahuan.

Watson membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam dua tingkatan, yakni kebutuhan yang lebih rendah dan kebutuhan yang lebih tinggi dimana pemenuhan kebutuhan yang lebih rendah tidak selalu membantu upaya manusia dalam mencapai aktualisasi diri. Sehingga berdasarkan pembagian kebutuhan tersebut, Watson berpendapat bahwa manusia merupakan makhluk sempurna yang memiliki beragam perbedaan sehingga dalam mencapai kesehatan, manusia harus berada dalam keadaan sejahtera baik secara fisik, mental dan spiritual. Untuk mencapai keadaan tersebut, perawat harus berperan dalam meningkatkan status kesehatan, mencegah terjadi penyakit, dan membantu dalam proses penyembuhan kesehatan (Watson, 1985).

B. Latar Belakang Jean Watson

Jean Watson memiliki nama lengkap Margaret Jean Harman Watson yang lahir pada tanggal 10 Juni 1940 dan tumbuh di kota kecil bernama Wetch, Southern West Virginia di pegunungan Appalachian.

Watson menyelesaikan pendidikan menengah atasnya di West Virginia dan kemudian melanjutkan pendidikan perawat di Lewis Gale, yang terletak di Roanoke Virginia. Setelah lulus pada tahun 1961, Watson pindah ke Colorado dan melanjutkan pendidikan keperawatannya di University of Colorado. Watson lulus dengan gelar Bachelor of Science bidang Keperawatan pada tahun 1964, kemudian memperoleh gelar master pada program keperawatan jiwa pada tahun 1966, dan memperoleh gelar doktor di sekolah Pascasarjana, Kampus Boulder pada bidang psikologi pendidikan dan konseling tahun 1973. Setelah menyelesaikan pendidikan doktornya, Watson bekerja sebagai tenaga pengajar di Fakultas Keperawatan, University of Colorado Health Sciences Center, Denver (Alligood, 2014).

Watson bersama rekan-rekannya mendirikan pusat kajian multidisiplin yang disebut dengan pusat 'Human Caring' di Universitas Colorado pada tahun 1980. Pusat kajian ini berkomitmen dalam menerapkan ilmu 'Human Caring' dengan memberikan dukungan pada kegiatan klinis, pendidikan, beasiswa, dan proyek yang berkaitan dengan 'human caring'.

Pada tahun 1983-1990, Watson menjabat sebagai Dekan Keperawatan di University of Colorado School of Nursing dan sebagai Direktur Pelayanan Keperawatan di University Hospital. Di masa-masa jabatannya, Watson aktif dalam mengembangkan kurikulum yang berkaitan dengan 'human caring', kesehatan dan penyembuhan sehingga beliau memperoleh gelar Doktor Keperawatan yakni gelar doktor klinis yang dikenal sebagai gelar Doctor of Nursing Practice pada tahun 2005.

Watson memperoleh gelar profesor keperawatan pada tahun 1992 yang dianugerahkan dari University of Colorado School of Nursing. Selain itu, ia juga mendapatkan 6 gelar doktor

keperawatan dari Universitas Goteborg University di Swedia, Luton University di London, University of Montreal di Kanada dan ketiga Universitas lainnya berasal dari Amerika Serikat.

Sebagai seorang filosofi keperawatan, Watson mengembangkan karya-karyanya melalui beberapa buku dan sejumlah besar artikel di jurnal keperawatan. Buku pertamanya dikembangkan dari catatan yang diajarkannya pada mahasiswa sarjana yang berjudul *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* pada tahun 1979. Buku keduanya berjudul *Nursing: Human Science and Human Care - A Nursing* diterbitkan pada tahun 1985 dan telah diterjemahkan ke dalam bahasa Cina, Jerman, Jepang, Korea, Swedia, Norwegia, Denmark, dan lebih banyak bahasa lagi saat ini. Buku ketiga berjudul *Postmodern Nursing and Beyond* terbit pada tahun 1999 yang berisi tentang model dalam membawa praktik keperawatan ke abad 21.

Instruments for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences merupakan buku keempat Watson yang terbit pada tahun 2002 dan berisi tentang kumpulan 21 instrumen untuk mengkaji dan mengukur caring. Buku kelima berjudul *Caring Science as Sacred Science* berisi tentang perjalanan pribadi Watson yang bertujuan meningkatkan pemahaman tentang ilmu caring. Buku ini terbit pada tahun 2005.

C. Faktor Karatif Dan Proses Caritas

Watson merekomendasikan 10 faktor karatif dalam teori praktik keperawatan, dimana kesepuluh faktor ini bersifat dinamis dan relatif bagi setiap individu. Kemudian, kesepuluh faktor karatif ini diterjemahkan menjadi proses caritas yang meliputi dimensi spiritual dan perwujudan dari konsep caring. Berikut adalah 10 faktor karatif (Watson, 1979):

1. Membentuk Sistem Nilai Humanistik-Altruistik

Humanistik merupakan pemberian asuhan keperawatan yang berdasarkan nilai-nilai kemanusiaan dan menempatkan kepentingan pasien diatas kepentingan diri sendiri

(altruistik). Faktor ini diartikan sebagai kepuasan yang diperoleh dengan memberi dan memperluas dimensi diri.

2. **Membangkitkan Keyakinan dan Harapan (Faith and Hope)**
Faktor ini mencerminkan peran perawat dalam meningkatkan hubungan perawat dan klien yang bertujuan untuk mencapai kesejahteraan klien dengan membantu klien dalam mengaplikasikan perilaku sehat. Selain itu perawat juga membantu menumbuhkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan. Sebagai contoh, perawat memberi saran kepada klien untuk mengkonsumsi obat herbal dengan meyakinkan bahwa klien akan cepat pulih.
3. **Mengembangkan Kepekaan terhadap Diri dan Orang Lain (Sensitivity to self and others)**
Pemberian asuhan keperawatan dibutuhkan kepekaan perawat. perawat harus lebih tulus, ikhlas, dan peka terhadap klien serta belajar menghargai perasaan klien sehingga perawat dapat menjadi lebih sensitif dan tulus terhadap orang lain.
4. **Mengembangkan Hubungan Saling Membantu dan Rasa Percaya**
Hubungan saling percaya antara perawat dan klien membutuhkan sikap empati, hangat, harmonis, jujur, terbuka, apa adanya, tidak bersifat posesif, dan terciptanya komunikasi yang efektif. Dalam hal ini perawat ditantang untuk mampu merasakan dan memahami perasaan klien serta mengungkapkan perasaan tersebut, namun tidak tenggelam situasi pada saat itu.
5. **Pengekspresian Perasaan Positif dan Negatif**
Perawat memberikan waktunya untuk mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien. Perawat harus siap dalam menghadapi perasaan klien dan memahaminya serta mampu menerima perilaku mereka.

6. Memakai Metode Pemecahan Masalah Secara Sistematis (Creative problem solving caring process)
Perawat memakai metode proses keperawatan sebagai pendekatan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan secara ilmiah kepada klien.
7. Meningkatkan Proses Pengajaran dan Pembelajaran secara Interpersonal
Melalui proses ini perawat menggunakan teknik mengajar-belajar pada klien sehingga memungkinkan klien untuk melakukan perawatan mandiri, menentukan kebutuhan dirinya, dan untuk pertumbuhan personal klien. Dalam proses ini, perawat juga memberikan informasi kepada klien sehingga klien dapat bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatannya.
8. Menyediakan Lingkungan yang Mendukung, Melindungi, dan Memperbaiki Psikologis, Fisik, Spiritual, dan Sosial Budaya
Perawat perlu mengetahui bahwa kondisi kesehatan klien dapat dipengaruhi oleh lingkungan internal dan eksternal, seperti kesehatan jiwa, spiritualitas, keyakinan sosial budaya, kenyamanan, privasi klien, keamanan, dan kebersihan lingkungan.
9. Membantu Pemenuhan Kebutuhan Manusia (Human needs assistance)
Perawat harus mengenali bahwa pemenuhan kebutuhan dasar perlu dicapai terlebih dahulu sebelum memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi tingkatannya. Sebagai contoh, kebutuhan nutrisi, eliminasi, dan ventilasi merupakan kebutuhan biofisik dasar, sedangkan kebutuhan aktivitas dan seksualitas merupakan kebutuhan psikofisik dasar.
10. Mengizinkan Kekuatan Eksistensial-Fenomenologis
Faktor ini berperan dalam memberikan pengalaman yang dapat memicu pemikiran agar dapat memahami diri sendiri dan orang lain.

Sepuluh faktor karatif ini harus selalu dilakukan oleh perawat agar semua aspek dalam diri klien dapat terkendali sehingga tercipta asuhan keperawatan profesional dan bermutu. Faktor-faktor ini membantu perawat untuk menghargai manusia baik dari segi pekerjaan sebagai seorang perawat, kehidupan, dan dari pengalaman nyata saat berinteraksi dengan orang lain agar tercapai kepuasan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien.

D. Paradigma Keperawatan

Watson membagi paradigma keperawatan terdiri dari empat hal yaitu keperawatan, manusia, kesehatan, dan lingkungan.

1. Keperawatan

Menurut Watson, keperawatan dipandang sebagai ilmu dan seni perawatan yang berdasar pada Human science and human care dengan tujuan untuk menggabungkan pengetahuan dengan estetika, humaniora, dan seni (Watson, 1988).

Teori Watson mengajak para perawat agar melakukan asuhan keperawatan kepada klien lebih dari sekedar prosedur, tugas, dan teknik yang digunakan di lahan praktik. Watson juga mengatakan bahwa setiap faktor karatif dan proses caritas menggambarkan proses caring, yakni bagaimana pasien berusaha untuk menjaga kesehatannya, atau meninggal dengan damai. Karya Watson ini berfokus pada proses perawatan pada manusia dan aspek transpersonal dari caring-healing dalam hubungan caring transpersonal (Watson, 1979, 1999, 2005).

2. Manusia

Watson memandang manusia secara holistik yakni sebagai sosok yang utuh, suatu kesatuan dari pikiran, tubuh, jiwa, dan alam (person as a whole, as a fully functional integrated self) dengan berbagai kebutuhan yang saling berhubungan (Diener and Hobbs, 2012). Dalam perspektif Watson tentang keperawatan, manusia sebagai makhluk

holistik adalah manusia secara keseluruhan yang menjadi kesatuan terintegrasi dan berfungsi penuh. Manusia juga dianggap sempurna karena bagian tubuh mereka bekerja dengan sempurna, namun manusia harus menyesuaikan diri dengan lingkungan. Apabila adaptasi gagal, maka akan timbul konflik yang dapat berakibat pada krisis di kehidupan mereka.

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat perlu mengutamakan sikap menghargai yang diwujudkan dalam kemampuan untuk merawat, menghormati, memahami, dan membantu orang sakit.

3. Kesehatan

Menurut Watson, konsep sehat adalah suatu keadaan yang utuh dan selaras baik dari segi biologis, pikiran, dan jiwa. Kesehatan berpusat secara utuh pada individu, seperti fisik, sosial, etis, dan moral, tidak hanya berfokus pada aspek-aspek perilaku dan fisiologi pada individu. Lebih lanjut, Watson mengatakan bahwa penyakit tidaklah harus berupa sakit secara fisik tetapi ketika terjadi ketidakharmonisan di dalam jiwa atau diri seseorang pada tingkat tertentu yakni ketidakharmonisan dalam area pengaruh seseorang, seperti dalam pikiran, tubuh, dan jiwa baik yang terjadi secara sadar maupun tidak sadar.

Beberapa konsep sehat dijabarkan menjadi beberapa hal, seperti:

- a. Sehat menggambarkan kondisi seseorang yang bersifat multidimensional dan dapat berubah-ubah tergantung dari hubungan faktor-faktor yang mempengaruhi.
- b. Suatu keadaan sehat dapat terwujud apabila kebutuhan dasar manusia terpenuhi.
- c. Kondisi sehat dapat dicapai jika seseorang memiliki kemampuan untuk beradaptasi pada lingkungannya, baik secara internal maupun eksternal.
- d. Kondisi sehat dapat berubah-ubah, tergantung pada kemampuan seseorang untuk berfungsi pada lingkungan yang dinamis.

- e. Sehat merupakan suatu kondisi dimana terjadi keseimbangan antara bentuk dan fungsi tubuh manusia dalam beradaptasi terhadap pengaruh-pengaruh yang dapat mengganggu, seperti lingkungan.

4. Lingkungan

Lingkungan adalah interaksi transpersonal caring yang terjadi antara perawat dan klien. Menurut Watson, peran perawat terhadap lingkungan yaitu memberikan lingkungan mental, fisik, sosial, dan spiritual yang mendukung, melindungi, dan memperbaiki (Watson, 1979).

E. Asumsi Dasar Teori Jean Watson

Watson mengidentifikasi banyak asumsi dan prinsip dasar dari transpersonal caring. Ada 7 asumsi dasar dari science of caring, yaitu:

1. Caring dapat didemonstrasikan dan dipraktikkan dengan efektif hanya secara interpersonal.
2. Caring meliputi faktor karatif yang menghasilkan kepuasan terhadap pemenuhan kebutuhan manusia.
3. Caring dikatakan efektif apabila dapat meningkatkan kesehatan individu dan keluarga.
4. Respon caring yaitu menerima klien tidak hanya pada saat perawatan, namun menerima akan jadi apa dia kemudian.
5. Lingkungan caring adalah sesuatu yang menawarkan perkembangan dari potensi yang ada dan disaat bersamaan membiarkan seseorang untuk memilih solusi yang terbaik bagi dirinya saat itu.
6. Caring dalam keperawatan lebih healthogenic daripada pemberian terapi (curing).
7. Praktek caring merupakan pusat bagi keperawatan.

F. Human Science and Human Caring

Pandangan keperawatan meyakini bahwa manusia itu merupakan makhluk yang utuh dan sistem terbuka. Karena keutuhan ini sehingga manusia itu unik, yakni berbeda dari

manusia lain. Terbuka dalam artian manusia mampu berinteraksi dengan manusia lain dan lingkungannya secara dinamis dan berkesinambungan. Pandangan dasar tentang manusia dalam paradigma keperawatan menjadi fokus sentral yang memberi arah tentang human science, human response (to health and illness) dan human care. Sehingga dari hal ini lah yang membawa perawat agar memperlakukan klien secara utuh, unik, dan manusiawi (Watson, 2008).

Watson berpendapat bahwa manusia memiliki empat kebutuhan yang saling berhubungan, yaitu:

1. Kebutuhan dasar biofisika
Yakni kebutuhan dasar untuk hidup yang terdiri atas kebutuhan nutrisi dan cairan, kebutuhan eliminasi, dan kebutuhan ventilasi.
2. Kebutuhan dasar psikofisikal
Yaitu kebutuhan fungsional yang terdiri dari kebutuhan aktifitas dan istirahat, serta kebutuhan seksualitas.
3. Kebutuhan dasar psikososial
Yaitu kebutuhan untuk integrasi yang terdiri atas kebutuhan untuk berprestasi dan berorganisasi.
4. Kebutuhan dasar intrapersonal dan interpersonal
Yaitu kebutuhan untuk pengembangan seperti kebutuhan aktualisasi diri.

Dari empat kebutuhan tersebut, Watson berpendapat bahwa manusia merupakan makhluk sempurna dengan beragam perbedaan, sehingga untuk mencapai kondisi yang sehat, manusia harus dalam keadaan yang sejahtera baik secara fisik, mental, dan spiritual karena kesejahteraan adalah keharmonisan antara pikiran, badan, dan jiwa. Dalam hal inilah perawat berperan untuk meningkatkan status kesehatan klien, mencegah terjadinya penyakit, membantu dalam penyembuhan kesehatan dengan berfokus pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

G. Proses Keperawatan Dalam Teori Caring

Watson mengatakan bahwa proses keperawatan dalam teori caring memiliki langkah-langkah yang sama dengan proses riset ilmiah, karena kedua proses tersebut membantu untuk menyelesaikan masalah dan menemukan solusi yang terbaik bagi pasien.

1. Pengkajian

Pengkajian meliputi observasi, identifikasi, dan review masalah, serta pendefinisian variabel yang akan diteliti dalam memecahkan masalah. Watson menjelaskan ada empat kebutuhan yang harus dikasi oleh perawat, yaitu:

- a. Lower order needs (biophysical needs) yakni kebutuhan untuk tetap hidup, seperti kebutuhan nutrisi, cairan, eliminasi, dan oksigenasi (Persky et al., 2008).
- b. Lower order needs (psychophysical needs) yakni kebutuhan untuk dapat berfungsi, seperti aktivitas, aman, nyaman, dan seksualitas.
- c. Higher order needs (psychosocial needs) yakni kebutuhan akan penghargaan dan berafiliasi.
- d. Higher order needs (intrapersonal needs) yakni kebutuhan untuk aktualisasi diri.

2. Perencanaan

Perencanaan menentukan bagaimana variabel akan diteliti, seperti penentuan data apa yang akan dikumpulkan dan pada siapa serta bagaimana data akan dikumpulkan.

3. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan langsung dan penerapan dari rencana serta meliputi pengumpulan data.

4. Evaluasi

Evaluasi adalah proses dalam menganalisa data dan meneliti efek dari intervensi berdasarkan data yang ditemukan.

Terdapat beberapa komponen yang harus dilaksanakan untuk mewujudkan askep yang bermutu, diantaranya adalah:

1. Adanya sikap caring ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien.
2. Adanya hubungan perawat-klien yang terapeutik.
3. Adanya kolaborasi dengan tim kesehatan lain.

H. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2014) *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. 8th edn. Edited by A. Y. Hamid and K. Ibrahim. Singapore: Elsevier.
- Diener, E. and Hobbs, N. (2012) 'Simulating care: technology-mediated learning in twenty-first century nursing education', *Nursing Forum*, 47(1), pp. 34-38.
- DiNapoli, P., Nelson, J., Turkel, M., & Watson, J. (2010) *Measuring the Caritas Processes: Caring Factor Survey*, *International Journal for Human Caring*, 14 (3), pp. 17-20.
- Persky, G. J. et al. (2008) 'Creating a profile of a nurse effective in caring', *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), pp. 15-20.
- Watson, J. (1979) *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little, Brown.
- Watson, J. (1985) *Nursing: Human Science and Human Care-A Theory of Nursing*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1988) *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1999) *Postmodern Nursing and Beyond*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2005) *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (2008) *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised Ed. Colorado: University Press of Colorado*.

BAB 7

TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN

Shinta Arini Ayu, S. Kep., Ns., M. Kes

A. Biografi Betty Neuman



Gambar 7. 1. Betty Neuman – Neuman Systems Model
<https://www.neumansystemsmodel.org/betty-neuman>)

Betty Neuman dilahirkan ke dunia pada 11 september tahun 1924 di sebuah pemukiman budidaya tidak jauh dari Lowell, Ohio. Ibunya adalah seorang ibu rumah tangga dan ayahnya adalah seorang petani. Dengan kecintaannya pada tempat di mana beliau mengenal dunia, Neuman berangkat untuk membangun kotanya di Ohio dan meletakkan dasar pada

perasaannya akan kebutuhan penduduk setempat (Snowden, Donnell and Duffy, 2014). Pada tahun 1947, Betty Neuman menerima pelatihannya yang paling berkesan pada tahun 1947 di Sekolah Keperawatan People Hospital School of Nursing, yang saat ini menjadi Rumah Sakit Umum Akron di Akron, Ohio. Kemudian dia pindah ke Los Angeles untuk tinggal bersama keluarganya di California. Di California dia berdiri teguh pada pijakan kunci pada staf Perawat Klinik Medis dan menduduki jabatan penting (Snowden, Donnell and Duffy, 2014).

Kemudian, pada saat itu, sang Doctor melanjutkan sekolahnya di College of California di Los Angeles dengan bidang mental health. Dia menyelesaikan sertifikasi empat tahunnya pada tahun 1957. Pada tahun 1966 ia memperoleh gelar Pascasarjana dalam kesejahteraan Psikologis, menasihati kesejahteraan umum di College of California ia melanjutkan dengan Program Organisasi Pendidikan Lanjutan di Ohio College. Di University of California ia menjadi ahli kesehatan umum, Neuman telah memperoleh banyak keterlibatan, misalnya, menjadi guru di bidang keperawatan jiwa, pelopor terkemuka untuk model Metodologi Individu Seluruhnya (Whole Person Approach), bekerja menjadi spesialis konsultan dan Neuman mengembangkan model keperawatan di UCLA yang berfokus pada masalah keperawatan (Reed, 1993). Pada tahun 1972, distribusi rilis utama model Metodologi Individu Seluruh akhirnya didistribusikan pada subjek model yang menunjukkan cara individu lengkap untuk menangani masalah pasien dalam penelitian keperawatan (Aini, 2018). Dr. Neuman terus mengisi sebagai level Global untuk sekolah keperawatan dan menjadi delegasi untuk latihan penerimaan model keperawatan

Perhatian Betty Neuman terhadap kebutuhan untuk mengembangkan kerangka konseptual berbasis luas untuk desain kurikulum yang akan memberikan kesatuan, koordinasi dan integrasi isi kursus keperawatan di UCIA adalah dorongan asli untuk model ini (Neuman dan Young, 1972). Dia pertama

kali menggambarkan teorinya dalam sebuah makalah (Neuman, 1970) dan setelah satu dekade bekerja menerbitkan sebuah buku, *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice* pada tahun 1982, dengan edisi kedua pada tahun 1989 dan yang ketiga pada tahun 1995. Seorang perawat Amerika, Betty Neuman memiliki banyak pengalaman dalam bidang kesehatan mental keperawatan. Modelnya telah beralih dari model 'penyakit' tradisional ke model yang mencakup 'pendekatan orang total untuk perawatan pasien. Kekuatan modelnya terletak pada penekanan yang diberikan pada pencegahan, pendidikan kesehatan, kesehatan, pengelolaan kesehatan yang buruk dan pendekatan interdisipliner (Pearson, Vaughan and FitzGerald, 2005).

Neuman (1980) menunjukkan bahwa model ini tidak terbatas pada keperawatan tetapi dapat digunakan oleh siapa saja yang bekerja dalam sistem perawatan kesehatan. Daripada memecah-mecah perawatan, Neuman menawarkan pendekatan interdisipliner dan menyatukan tujuan dan penekanan dari disiplin yang berkaitan dengan perawatan kesehatan. Dia menghargai pekerjaan pelengkap dokter dan perawat dalam masyarakat dan menyarankan bahwa perawat harus memperluas daripada membatasi masukan mereka (Neuman, 1996). Sementara Neuman pasti melihat peran unik keperawatan dalam model, Craddock dan Stanhope (1980) menyatakan bahwa modelnya tidak jelas dalam menunjukkan apa peran itu (Pearson, Vaughan and FitzGerald, 2005).

B. Sumber Teori Betty Neuman

Dalam hipotesis Gestalt, ada beberapa kemiripan dengan hipotesis yang dikemukakan Betty Neuman. Hipotesis Gestalt merekomendasikan cara agar tubuh dapat mempertahankan keseimbangan untuk mempengaruhi kondisi penyakit atau kesejahteraan yang disebut homeostasis. Model teoritis Betty Neuman juga memasukkan teori sistem umum tentang sistem terbuka ke dalam cara kerja kehidupan. Kerangka terbuka adalah bermacam-macam semua komponen yang terhubung

dalam asosiasi tubuh yang sangat rumit. Satu lagi hipotesis yang dianut oleh Neuman terkait dengan derajat aktivitas tackling yang merupakan gagasan G. Kaplan (Erickson, Tomlin and Swain, 2005).

Model Neuman juga dipengaruhi oleh General Adaptation Syndrome (Hans Selye, 1907-1982). Sindrom ini menegaskan bahwa manusia dan hewan memiliki respon nonspesifik terhadap stres yang terjadi dalam empat tahap (Mosby, 1998):

1. Alarm terjadi bila ada cedera atau stres berkepanjangan pada tubuh atau pikiran.
2. Perlawanan atau adaptasi terjadi ketika berbagai mekanisme pertahanan pikiran dan tubuh dikerahkan untuk mengatasi stres.
3. Kelelahan terjadi ketika pikiran atau tubuh hancur.
4. Penyesuaian dan penyembuhan terjadi ketika pikiran atau tubuh beradaptasi secara efektif kepada stressor (Sitzman and Eichelberger, 2011).

C. Tujuan Sistem Betty Neuman

Tujuan dari model sistem Neuman (1989) adalah untuk memandu tindakan pengasuh profesional melalui penilaian dan proses intervensi dengan berfokus pada dua komponen utama: sifat hubungan antara perawat dan pasien dan respon pasien terhadap stressor. Pasien mungkin individu, kelompok (misalnya, keluarga), atau komunitas. Perawat adalah "intervener" yang berusaha mengurangi pertemuan individu dengan stres dan memperkuat kemampuan seseorang untuk menghadapi stres. Pasien dipandang sebagai kolaborator dalam menetapkan tujuan perawatan kesehatan dan menentukan intervensi. Neuman adalah salah satu perawat PMH pertama yang memasukkan konsep stressor dalam memahami asuhan keperawatan.

Model tersebut terus dikembangkan dan diterapkan. Misalnya, model sistem Neuman edisi terbaru diterapkan pada keragaman pengaturan, termasuk kesehatan komuni, terapi

keluarga, perawatan ginjal, kelopak bunga dan perawatan kesehatan mental orang dewasa yang lebih tua (Austin and Boyd, 2010).

D. Hipotesis Ide Betty Neuman Dan Ide Model Dalam Praktek Keperawatan

Model yang masuk akal yang dihipotesiskan oleh Betty Neuman yaitu gagasan Kerangka Perawatan Medis (Health Care System), yang merupakan model perhitungan yang menggambarkan latihan keperawatan yang mengarah pada penekanan penurunan tekanan mental dengan memperkuat garis pertahanan diri dengan cara yang dapat disesuaikan atau khas atau aman dengan tujuan pemberian pada area komunitas local (Black, 2013).

Garis pertahanan diri masyarakat termasuk garis perlindungan yang dapat disesuaikan yang mencakup aksesibilitas sumber daya untuk administrasi kesehatan, lingkungan, pekerjaan, dan elemen lainnya, garis pertahanan umum yang mencakup aksesibilitas layanan, keamanan status makanan, tingkat gaji keseluruhan, penginapan yang memenuhi persyaratan kesehatan, dan mentalitas individu terhadap kesehatan, serta garis kekuatan yang meliputi ketersediaan layanan kesehatan, tingkat pendidikan kesehatan, transportasi ke tempat hiburan, dan pencantuman imunisasi di daerah yang sudah ada di sekitar (Susanto et al., 2023). Intersesi keperawatan diarahkan pada garis perlindungan dengan pemanfaatan antisipasi esensial, opsional, dan tersier. Model ini berarti membuat kesehatan klien dan keluarga dalam iklim yang kuat. sehingga gambaran tugas perawat yang komprehensif dan interdependen oleh Betty Neuman akurat.

Pemahaman Betty Neuman tentang konsep keperawatan ini didasarkan pada premis fundamental komponen paradigma, yaitu memandang manusia sebagai sistem terbuka yang senantiasa mencari keseimbangan dan merupakan satu kesatuan variabel yang utuh menghitung fisiologis, mental, sosiokultural dan spiritual, juga melihat administrasi keperawatan

dipengaruhi oleh iklim di sekitar klien dan memandang kesejahteraan sebagai keadaan terbebas dari hambatan dengan kebutuhan yang memuaskan dan merupakan keseimbangan unik untuk menghindari stressor

Bagian pandangan dunia, khususnya melihat manusia sebagai kerangka terbuka yang umumnya mencari keseimbangan dan merupakan gabungan dari seluruh faktor yang bersifat fisiologis, mental, sosiokultural dan komputasi dunia lain, juga melihat organisasi yang dipengaruhi oleh lingkungan sekitar klien dan perspektif kemakmuran sebagai kondisi yang terbebas dari hambatan dengan terpenuhinya berbagai kebutuhan dan keseimbangan yang luar biasa untuk menghindari stressor (Hanson and Boyd, 2001).

Secara umum, titik fokus model ide keperawatan seperti yang ditunjukkan oleh Neuman berpusat pada reaksi terhadap stresor dan variabel yang berdampak pada siklus variasi pasien. Oleh karena itu, tindakan keperawatan yang harus dilakukan oleh Neuman adalah mencegah atau mengurangi respon tubuh akibat stress. Upaya ini juga dapat disebut esensial, opsional, dan tersier. Berbagai tindakan keperawatan dapat menjadi bagian dari pencegahan primer yang menitikberatkan pada pertahanan tubuh. Tindakan ini termasuk mengenali adanya stressor, mencegah respon tubuh terhadap stressor, dan mendorong pasien untuk mengatasinya dengan cara yang konstruktif. Penanggulangan opsional berpusat pada penguatan perlindungan dan sumber daya internal melalui penetapan batasan dan rencana perawatan untuk efek samping yang terlihat, menurut Neuman termasuk berbagai metode perawatan yang dapat mengurangi atau membunuh efek samping dari penyakit dan reaksi tubuh lainnya karena stres dan pencegahan tersier untuk memberikan perlindungan pelindung tubuh terhadap stresor melalui pelatihan kesehatan dan perawatan medis untuk membantu mencegah terjadinya masalah serupa termasuk perawatan normal dan tradisional dan mengantisipasi kerusakan lebih lanjut dari masalah infeksi.

Neuman menerima bahwa keperawatan benar-benar berfokus pada individu secara keseluruhan. Tujuan keperawatan adalah untuk membantu orang, keluarga dan kelompok dalam mencapai dan mempertahankan tingkat kesejahteraan yang ideal. Sistem klien ditinjau, dikelola, dan dievaluasi oleh perawat (Akbar, 2019). Respon klien terhadap stressor merupakan fokus perhatian perawat. Betty Neuman (1972) mencirikan seluruh individu sebagai perpaduan dari semua gagasan yang mencakup dan pendekatan kerangka kerja terbuka. Bagi Neuman, manusia adalah hewan dengan campuran kompleks dinamis faktor fisiologis, sosiokultural, dan formatif yang mampu sebagai kerangka terbuka. Sebagai kerangka terbuka, orang berinteraksi, menyesuaikan diri, dan diubah oleh iklim, yang digambarkan sebagai pemicu stres. Iklim batin terdiri dari semua dampak (relasional) yang dimulai di dalam klien (Neuman and Fawcett, 2011). Iklim luar adalah semua dampak yang datang dari luar klien (relasional). Fondasi iklim yang dilindungi, yang dapat ditata dengan instrumen yang disadari atau tidak disadari. Setiap iklim memiliki peluang untuk terganggu oleh stressor yang dapat merusak sistem. Model Neuman menggabungkan stresor relasional, intrapersonal, dan ekspersonal (Alfianto, 2021).

Pendekatan holistik, sistem terbuka (meliputi fungsi, input dan output, umpan balik, negentropy, eentropy, dan stabilitas), lingkungan, lingkungan buatan, kesehatan, penyakit, sistem klien (yang mencakup lima variabel klien, struktur dasar, garis pertahanan, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan fleksibel), supresi, laju reaksi, pencegahan dan intervensi, dan rekonstruksi adalah konsep utama yang telah diidentifikasi.

Ide-ide utama dari konsep ini untuk melayani tujuan berikut:

1. Metodologi Komprehensif

Klien sebagai kerangka dapat dicirikan secara pribadi, keluarga, pertemuan, area lokal atau masyarakat. Dikatakan bahwa klien adalah kumpulan interaksi yang cair. Model ini memikirkan setiap faktor yang pada saat yang sama

mempengaruhi klien: fisiologis, mental, sosiokultural, formatif, dan dunia lain.

2. Komponen Kerangka Kerja Terbuka

Tanpa henti saling menukar data dan energy dan informasi dalam asosiasi yang membingungkan. Stress dan respons terhadap peregangannya adalah bagian mendasar dari kerangka kerja terbuka (Munandar, 2022).

3. Kemampuan atau Interaksi

Klien sebagai kerangka kerja saling menukar energi, data, benda-benda dengan keadaannya saat ini dan menggunakan aset energi untuk bergerak menuju pemulihan total yang utuh.

4. Informasi dan Hasil

Klien sebagai kerangka kerja, info dan hasil adalah zat, energi, data yang diperdagangkan antara klien dan iklim di lingkungan.

5. Komentar

Hasil kerangka kerja sebagai isu, energi, dan data memberikan kritik terhadap kontribusi tambahan untuk mengatasi kegiatan untuk mengubah, meningkatkan, atau menyeimbangkan kerangka kerja

6. Negentropy

Sebuah proses penggunaan energi perlindungan yang membantu kerangka dengan kemajuan menuju kemantapan atau kebaikan.

7. Inersia

Suatu proses kehabisan energi atau kebingungan yang mendorong kerangka menuju penyakit atau kemungkinan kematian.

8. Keamanan

Kondisi harmoni yang ideal antara kerangka adaptasi dan pemicu stres untuk menjaga tingkat kesejahteraan dan kepercayaan yang ideal.

9. Lingkungan

Kekuatan internal atau lingkungan di sekitar mereka, dan mereka dapat mempengaruhi klien kapan saja karena mereka adalah bagian dari lingkungan.

10. Didirikan Lingkungan

Peningkatan yang tidak dipahami oleh klien untuk menunjukkan kerangka secara simbolis dari keseluruhan kerangka. Tujuannya adalah untuk memberikan bidang yang kokoh pada kerangka kerja klien untuk bekerja. Selanjutnya untuk membatasi klien dari stressor (Munandar, 2022).

11. Sistem Klien

Lima Faktor (fisiologis, mental, sosiokultural, formatif, dan mendalam) dalam berkomunikasi dengan keadaan klien saat ini sebagai ciri klien sebagai kerangka kerja.

12. Desain Klien Fundamental

Sebagai suatu sistem, klien terdiri dari inti pusat yang dikelilingi oleh lingkaran teratur. Lingkaran tengah grafik membahas elemen kehidupan fundamental atau sumber energi klien. Inti dari konstruksi ini terdiri dari unsur-unsur dasar kehidupan yang normal bagi semua individu dari makhluk itu. Seperti unsur bawaan atau turun temurun

13. Lines of Obstruction

Serangkaian circle yang merusak di sekitar desain pusat penting yang disebut garis pertahanan, lingkaran ini memberikan sumber daya yang membantu klien melawan stres. Contoh model adalah reaksi dari kerangka tubuh adalah sistem imun tubuh seseorang. Ketika garis pertahanan kuat, klien dapat membuat ulang kerangka kerja. Jika tidak memungkinkan maka kematian bisa terjadi. Berapa banyak stresor yang tidak sepenuhnya ditentukan oleh keterkaitan lima faktor kerangka klien.

14. Pelindung garis tipikal

Garis pelindung tipikal adalah model di luar lingkaran yang kuat. Ini menyajikan kondisi mapan untuk individu atau kerangka kerja. Itu terus dilakukan sesekali dan berfungsi sebagai norma untuk mengevaluasi penyimpangan dari

rutinitas positif klien. Semuanya mencakup faktor kerangka dan perilaku, misalnya, kecenderungan beradaptasi individu, gaya hidup, dan fase transformatif. Perluasan garis normal mencerminkan peningkatan kesejahteraan, penurunan, penurunan kesejahteraan.

15. Garis Perlindungan yang Dapat Diadaptasi

Garis putus-putus periferan dikenal sebagai garis perlindungan yang dapat disesuaikan. Itu dinamis dan dapat berubah dengan cepat dalam kerangka waktu yang singkat. Hal ini dilihat sebagai penghambat yang melindungi terhadap stresor episode / melemahnya kondisi kesehatan yang stabil yang diperkenalkan sebagai garis pertahanan biasa. Hubungan antara faktor-faktor (fisiologis, mental, sosiokultural, formatif, dan mendalam) dapat memengaruhi tingkat kemampuan individu untuk menggunakan garis perlindungan yang dapat disesuaikan untuk melawan kemungkinan respons stresor seperti gangguan tidur. Neumann menggambarkan perluasan garis pertahanan yang dapat disesuaikan, ini akan memberikan perlindungan yang lebih besar dalam jangka waktu singkat terhadap pemicu stres yang menyerang. Sebaliknya, itu akan menawarkan perlindungan yang lebih sedikit (Munandar, 2022).

16. Kesejahteraan

Suatu keadaan sejahtera adalah keadaan di mana semua bagian dari sistem klien bekerja sama secara harmonis. Prasyarat kerangka terpenuhi.

17. Penyakit

Penyakit terjadi ketika kebutuhan tidak terpenuhi menyebabkan keadaan tidak seimbang dan energi berkurang.

18. Stresor

Stresor adalah kekuatan yang mungkin membuat gangguan menjadi kerangka kerja yang stabil. Stresor meliputi:

- a. Kekuatan intrapersonal yang ada pada setiap orang, seperti reaksi restriktif individu.

- b. Kualitas relasional yang terjadi antara setidaknya satu orang, seperti asumsi pekerjaan.
- c. Kekuatan ekstrapersonal yang terjadi pada manusia, seperti kondisi moneter.

19. Tingkat Respons

Tingkat respons adalah seberapa banyak energi yang diharapkan oleh klien untuk menyesuaikan diri dengan stres.

Pencegahan/Penghindaran sebagai syafaat

Intervensi/ syafaat adalah kegiatan yang bertujuan untuk membantu klien bertahan, mencapai, atau mengikuti ketergantungan kerangka kerja. Mediasi dapat terjadi ketika garis pengaman dan penghalang selesai pada tahap respon dan rekonstitusi. Intervensi bergantung pada tingkat respons yang mungkin atau otentik, aset, tujuan, dan hasil yang diharapkan. Neuman membedakan tiga derajat intervensi:

a. Primary Prevention

Bila diduga atau teridentifikasi adanya stressor, maka dilakukan pencegahan primer. Tanggapan belum terjadi namun tingkat bahaya diketahui. Neuman membuat pernyataan berikut: Intervensi atau aktor akan mencoba membuat orang lebih kecil kemungkinannya untuk berhubungan dengan stres, atau, dengan kata lain, mereka akan mencoba membuat orang lebih mudah mengatasi stres atau memperkuat pertahanan fleksibel mereka untuk membuatnya lebih kecil kemungkinannya untuk bereaksi.

b. Secondary Prevention

Antisipasi tambahan, tindakan pencegahan opsional menggabungkan mediasi atau pengobatan dini setelah efek samping dari tekanan terjadi. Sumber daya dalam dan luar digunakan untuk menjaga kerangka tetap stabil dengan memperkuat garis penghalang interior, mengurangi serangan balik, dan memperluas faktor oposisi/ resistensi.

c. Tertiary prevention

Setelah mengikuti pengobatan sekunder kemudian dilanjutkan dengan pencegahan tersier. Antisipasi ini berpusat pada perubahan menuju kemantapan kerangka kerja yang ideal. Tujuan utamanya adalah membangun perlindungan dari pemicu stres untuk membantu mencegah pengulangan respons atau kekambuhan. Interaksi ini mendesak kunjungan ulang dari jenis penangkal esensial yang berulang. Misalnya, stressor yang diketahui menyakiti klien akan dijaui.

20. Rekonstitusi

Setelah perawatan reaksi stressor, rekonstitusi terjadi. Untuk memerangi stres, ini menjelaskan kembalinya sistem yang stabil di mana kesejahteraan lebih tinggi atau lebih rendah dari sebelumnya. Ini menggabungkan elemen relasional, intrapersonal, ekstrapersonal, dan alami yang terhubung dengan faktor kerangka kerja klien (fisiologis, mental, sosiokultural, formatif, dan dunia lain) (Munandar, 2022).

E. Empat Konsep Mayor Dalam Pandangan Dunia Keperawatan Sesuai Teori Betty Neuman

1. Manusia

Manusia sebagai klien atau kerangka kerja klien, model kerangka kerja Neuman mengungkapkan gagasan klien sebagai kerangka kerja yang bisa berupa orang, keluarga, pertemuan, jaringan, atau pertemuan tertentu. Kerangka kerja klien adalah perpaduan hubungan dinamis antara elemen fisiologis, mental, sosiokultural, formatif, dan mendalam. Kerangka klien digambarkan sebagai perubahan atau perkembangan yang stabil yang hidup sebagai kerangka terbuka dalam hubungan yang proporsional dengan iklim (Kusnanto, 2004).

2. Kesejahteraan (sehat)

Neuman menganggapnya sebagai pekerjaan model kemakmuran/ sejahtera. Dia melihat kesejahteraan sebagai

kondisi yang terus-menerus dari sehat menjadi sakit yang bersifat dinamis dan individu terus berubah untuk mencapai kondisi kesehatan yang ideal atau stabil yang menunjukkan bahwa semua kebutuhan kerangka terpenuhi. Menurunnya kondisi solid adalah akibat dari tidak terkumpulnya kebutuhan framework. Klien berada dalam kondisi unik apakah padat atau terhapus dalam beberapa fase yang diberikan sekitar saat itu.

3. Keperawatan

Menurut Neuman, keperawatan berkaitan dengan semua aspek kehidupan manusia. Dia juga menggambarkan keperawatan sebagai panggilan khusus yang mempertimbangkan semua faktor yang mempengaruhi reaksi tunggal terhadap dorongan. Neuman menyatakan bahwa persepsi pemberi pelayanan dan pasien harus dipelajari karena persepsi perawat mempengaruhi pelayanan yang mereka berikan. Dia menciptakan instrumen penilaian dan intervensi untuk membantu menyelesaikan tugas ini. Neuman juga mengungkapkan bahwa parameter keprawatn adalah individu, keluarga dan kelompok dalam mempertahankan tingkat yang maksimal dari sehat dengan intervensi untuk menghilangkan stress dan menciptakan kondisi yang optimal bagi pasien. Intervensi keperawatan sendiri bertujuan untuk menurunkan stress melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier.

4. Lingkungan

Iklim dan manusia dibedakan sebagai kekhasan esensial model kerangka kerja Neuman, bahwa hubungan antara manusia dan iklim merupakan hubungan yang proporsional. Semua faktor internal dan eksternal yang mengelilingi orang dan berinteraksi dengan mereka disebut sebagai lingkungan. Stresor (intrapersonal, relasional, dan ekstrapersonal) sangat penting untuk gagasan iklim dan digambarkan sebagai kekuatan alam yang bekerja sama dengan dan mungkin dapat mengubah kekokohan kerangka kerja.

Neuman membedakan tiga syarat penting sebagai berikut:

- a. Lingkungan Internal bersifat intrapersonal dengan setiap interaksi yang terjadi pada klien
- b. Lingkungan luar (Eksternal) bersifat relasional atau ekstrapersonal dengan semua komunikasi yang terjadi di luar klien.
- c. Lingkungan yang dibuat adalah hasil yang tidak disadari dan dilibatkan oleh klien sebagai komponen penjaga atau pertahanan.

Ini adalah bagian penting dari intrapersonal. Iklim yang dibuat adalah kondisi unik yang dikendalikan atau menyiapkan faktor kerangka untuk membuat dampak yang ditentukan sehingga dapat membantu klien mengalahkan stresor lingkungan yang merusak dengan membuat perubahan pada diri mereka sendiri atau keadaan. Misalnya, variabel fisiologis dari respons penolakan dan variabel perkembangan antusiasme untuk bertahan dalam siklus hidup, lingkungan yang dibuat tanpa henti mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perubahan dalam kondisi kesejahteraan klien yang tampak.

F. Pendekatan Sistem Betty Neuman

Prinsip-prinsip Sindrom Adaptasi Umum digabungkan dengan prinsip-prinsip Model Sistem Umum membentuk dasar untuk pendekatan Model Sistem Neuman dalam mengenali struktur "yang menggambarkan bagian dan sub bagian serta keterkaitannya untuk keseluruhan klien sebagai sistem yang lengkap." Neuman & Fawcett, (2002) dalam (Sitzman and Eichelberger, 2011). Konsep keutuhan dan kesehatan dibahas dalam kaitannya dengan teori dengan cara ini:

Basis filosofis dari Model Sistem Neuman mencakup keutuhan, orientasi kesehatan, persepsi dan motivasi klien, dan perspektif sistem dinamis energi dan interaksi variabel dengan perspektif sistem dinamis energi dan interaksi variabel dengan lingkungan untuk mengurangi kemungkinan bahaya dari

stressor internal dan eksternal, sementara pengasuh dan klien membentuk hubungan kemitraan untuk menegosiasikan tujuan hasil yang diinginkan untuk retensi, pemulihan, dan pemeliharaan kesehatan yang optimal Neuman & Fawcett, (2002) dalam (Sitzman and Eichelberger, 2011).

Model Neuman mengakui definisi dari empat konsep berikut yang umumnya digunakan dalam praktik keperawatan: klien, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan Neuman & Fawcett, (2002):

1. Orang, keluarga, kelompok, atau komunitas semuanya dipandang sebagai klien atau sistem klien. Saat membahas sistem yang berisi lebih dari satu orang, batasan harus didefinisikan dengan jelas sehubungan dengan siapa yang termasuk dalam sistem dan hubungan apa yang ada di antara anggota sistem. Sistem klien adalah gabungan dari lima variabel yang berinteraksi yang berada dalam berbagai tingkat perkembangan. Variabel ini meliputi komponen fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual.
2. Lingkungan mencakup semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh yang mengelilingi klien atau sistem klien.
3. Konsep kesehatan dipandang sebagai rangkaian kesatuan dengan kesehatan di satu sisi dan penyakit di sisi lain. Kesehatan untuk klien atau sistem klien disamakan dengan stabilitas sistem yang optimal, atau keadaan kesehatan terbaik pada waktu tertentu.
4. Perhatian utama keperawatan adalah untuk menjaga agar sistem klien tetap stabil melalui penilaian secara akurat efek dan kemungkinan efek stres dan membantu penyesuaian klien untuk memperoleh derajat kesehatan setinggi mungkin pada saat itu (Sitzman and Eichelberger, 2011).

G. Pendekatan Model Sistem Neuman

10 pernyataan berikut meringkas pendekatan keseluruhan dari Model Sistem Neuman Neuman & Fawcett, (2002) dalam :

1. Setiap klien individu merupakan gabungan unik dari respons bawaan yang terjadi dalam rentang umum "normal" seperti yang terlihat pada kebanyakan manusia.
2. Klien berada dalam pertukaran energi yang dinamis dan konstan dengan lingkungan.
3. Ada banyak penyebab stres lingkungan yang dikenal, tidak diketahui, dan universal. Masing-masing berbeda dalam potensinya untuk mengganggu tingkat stabilitas klien yang biasa. Lima variabel yang saling terkait yang membentuk sistem klien dapat mempengaruhi sejauh mana klien dilindungi dari stressor. Kelima variabel yang saling terkait ini meliputi fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan aspek spiritual dari sistem klien
4. Setiap individu telah mengembangkan serangkaian respons normal terhadap lingkungan yang disebut sebagai garis pertahanan normal, atau keadaan kesehatan/stabilitas biasa. Garis pertahanan normal ini berkembang dari waktu ke waktu melalui mengatasi berbagai stressor. Garis pertahanan normal dapat digunakan sebagai standar untuk mengukur penyimpangan kesehatan.
5. Garis pertahanan yang fleksibel mengelilingi dan melindungi garis pertahanan normal dari invasi stresor. Contoh komponen yang akan menjadi bagian dari pertahanan ini adalah pola tidur harian yang konsisten yang mendukung istirahat, penyembuhan, dan kesehatan. Garis pertahanan yang fleksibel ini akan terancam oleh perubahan pola tidur, seperti ketika klien kelelahan karena kurang tidur secara teratur saat bekerja dengan shift bergilir dan bersekolah di sekolah perawat.
6. Klien, baik sakit maupun sehat, adalah gabungan dinamis dari hubungan timbal balik fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan variabel spiritual.

Kesehatan ditentukan oleh kecukupan energi yang tersedia untuk mendukung stabilitas sistem.

7. Di dalam setiap sistem klien, terdapat faktor hambatan internal yang berfungsi untuk menstabilkan dan mengembalikan klien ke biasanya, atau mungkin Peningkatan, keadaan kesehatan mengikuti respons terhadap stresor
8. Perawat mungkin terlibat dalam proses pencegahan primer, di mana pengetahuan umum diterapkan dalam pengkajian klien dan tindakan perawatan kesehatan preventif yang ditujukan untuk mengurangi kemungkinan penyebab stress dan penyakit yang diakibatkannya, Kegiatan promosi kesehatan termasuk dalam kategori ini.
9. Perawat mungkin terlibat dalam kegiatan pencegahan sekunder, di mana terdapat gejala stres atau penyakit yang nyata dan pengobatan diberikan untuk mengurangi efek stresor.
10. Perawat dapat terlibat dalam kegiatan pencegahan tersier, dimana Penyesuaian setelah penyakit didukung, dan kegiatan pemeliharaan ditujukan untuk mengembalikan stabilitas sistem klien, memindahkan klien secara melingkar kembali ke pencegahan primer (Sitzman and Eichelberger, 2011).

Neuman mengungkapkan pandangan bahwa sangat membantu bagi perawat untuk melakukan pendekatan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan yang terstruktur dan berorientasi sistem. Dengan demikian, adalah mungkin untuk melihat keterkaitan antara beberapa faktor yang secara dinamis mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan. Stres menyebabkan ketidakstabilan sistem, dan banyak variabel yang mempengaruhi kemampuan klien untuk mendapatkan kembali kesehatan dan stabilitas setelah melewati masa stres. Dengan menggunakan pendekatan Neuman, perawat memiliki kesempatan untuk menilai dan mendandani dengan tepat penyebab stres klien secara sistematis dan menyeluruh sehingga

kesehatan klien yang optimal dapat dicapai dalam berbagai situasi.

H. Analisis Dan Evaluasi Model Dan Teori Keperawatan Betty Neuman

Adopsi Model Sistem Neuman oleh disiplin perawatan kesehatan lainnya adalah pedang bermata dua. Lebih khusus lagi, penerapan model untuk semua disiplin perawatan kesehatan dapat menumbuhkan perspektif umum, tetapi dalam melakukannya, mungkin gagal untuk menunjukkan kontribusi keperawatan yang berbeda untuk perawatan kesehatan.

Model Sistem Neuman umumnya sesuai dengan harapan masyarakat saat ini tentang praktik keperawatan. Meningkatnya penekanan pada pencegahan primer dan promosi kesehatan yang terlihat di media berita dan di banyak buku dan artikel swadaya meningkatkan kesadaran konsumen akan kontribusi semua petugas kesehatan, termasuk perawat, untuk promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Semakin banyak perawat pindah ke pengaturan rawat jalan, peran mereka dalam pencegahan primer menjadi harapan khas konsumen. Neuman (2011) berkomentar, "Pencegahan primer sebagai intervensi dengan promosi kesehatan yang melekat adalah konsep proaktif dan futuristik yang berkembang di mana bidang keperawatan harus semakin diperhatikan. Ini memiliki potensi tak terbatas untuk pengembangan peran utama yang dapat membentuk citra keperawatan masa depan karena reformasi perawatan kesehatan dunia terus berkembang di abad ke-21 (Fawcett and DeSanto-Madeya, 2017).

Penekanan Model Sistem Neuman pada pertimbangan klien dan persepsi perawat tentang stres dan sumber daya dan negosiasi tujuan keperawatan dan intervensi pencegahan antara klien dan pengasuh meningkatkan kesesuaiannya dengan anggota masyarakat yang menginginkan masukan ke dalam perawatan. Neuman et al. (1997) menunjukkan bahwa Model Sistem Neuman "penekanan pada persepsi klien dan perawat tentang penyebab stres dan tujuan hasil yang dinegosiasikan

sejalan dengan mandat kesehatan saat ini dan yang diproyeksikan". Neuman (2011) kemudian menyebutkan, "Karakteristik ini mengikuti mandat saat ini dalam sistem perawatan kesehatan untuk hak klien dalam masalah perawatan kesehatan". Namun, secara paradoks, penekanan pada partisipasi klien dapat membatasi kesesuaian praktik berbasis Model Sistem Neuman dengan harapan untuk keperawatan yang dipegang oleh individu yang keyakinan pribadi atau budayanya mengarah pada kurangnya keinginan untuk berperan aktif dalam keperawatan.

Signifikansi Sosial

Neuman et al. (1997) mencatat, "Masa depan Model Sistem Neuman terlihat cerah. Sifat [model] yang holistik, komprehensif, dan fleksibel dapat dengan mudah mengakomodasi perubahan masa depan dalam pemberian layanan kesehatan seperti peningkatan kolaborasi interdisipliner dan perawatan di rumah" (hal. 20). Selain itu, Neuman (2011c) menyatakan bahwa penggunaan model dapat menyelesaikan perbedaan lintas budaya dan meningkatkan pelayanan kesehatan di banyak negara yang telah berhasil diterapkan. Ada bukti anekdotal yang mendukung signifikansi sosial Model Sistem Neuman dalam praktik keperawatan, pendidikan keperawatan, dan administrasi keperawatan. Keberhasilan Model Sistem Neuman sebagai pedoman pemberian pelayanan keperawatan didokumentasikan dalam beberapa laporan. Beynon (1995) berkomentar bahwa fleksibilitas model mudah mengakomodasi pergeseran penekanan dalam keperawatan kesehatan masyarakat di Kanada dari pendekatan berbasis individu ke pendekatan berbasis populasi, dengan fokus yang lebih besar pada "kelompok dan agregat dan kebutuhan yang diakui untuk berbagai strategi dan model intervensi [termasuk] pengembangan masyarakat, pemasaran sosial, dan kebijakan publik yang sehat" (Fawcett and DeSanto-Madeya, 2017).

Beynon (1995) melaporkan bahwa Alat Penilaian dan Intervensi Model Sistem Neuman "digunakan secara efektif sebagai alat pengembangan masyarakat dengan kelompok fokus untuk membantu masyarakat dalam mengidentifikasi bidang yang menjadi perhatian dan menentukan kemungkinan solusi". De Munck dan Merks (2002) menambahkan bahwa di Emergis Institute for Mental Health Care di Belanda, Model Sistem Neuman "telah berfungsi tidak hanya sebagai model untuk praktik tetapi juga memandu rancangan implementasi dan proyek penelitian". Torakis (2002) menjelaskan bahwa meskipun proses penerapan Model Sistem Neuman di Rumah Sakit Anak di Detroit, Michigan, "telah lama dan seringkali melelahkan, hasil positifnya adalah bukti terciptanya lingkungan profesional yang sehat dan stabil". Torakis (2002) melanjutkan: Penggunaan Model Sistem Neuman di lingkungan rumah sakit anak memiliki banyak manfaat. Perspektif sistem Model Sistem Neuman memberikan kerangka kerja yang ideal untuk bekerja sama dengan keluarga. Oleh karena itu, kebutuhan unik anak-anak dan keluarganya bersama-sama dapat dinilai oleh perawat; episode penyakit serta rawat inap mungkin hanya sebagian mewakili stressor yang dialami oleh anak dan keluarga.

Melalui penggunaan Model Sistem Neuman, staf keperawatan telah sangat meningkatkan kemampuan mereka untuk mengenali dan secara menyeluruh menilai dan merawat seluruh sistem klien sambil meningkatkan profesionalisme mereka. Perawat yang telah menggambarkan penggunaan Model Sistem Neuman dalam praktik umumnya telah menunjukkan kepuasan mereka sendiri dengan praktik keperawatan yang dihasilkan dalam hal kelengkapan. Misalnya, Millard (1992) menunjukkan bahwa penggunaan model memfasilitasi pencapaian tujuan jangka pendek dan jangka menengah dari tim perawatan kesehatan primer untuk pasangan lanjut usia. Komentar Knight (1990) bahwa hasil dari rencana perawatan yang dinegosiasikan klien dan perawat dalam kolaborasi "ditemukan sebagian besar sesuai dengan hasil yang diharapkan" menunjukkan bahwa kepuasan dengan

praktik keperawatan berbasis Model Sistem Neuman meluas ke klien. Galloway (1993) menawarkan analisis diri berbasis Model Sistem Neuman yang informatif tentang praktiknya dengan bayi yang mengalami gangguan mental dan fisik.

Kesimpulan: Model kalkulasi yang dikemukakan oleh Betty Neuman adalah model ide Medical Care Framework, yaitu model ide yang menggambarkan latihan keperawatan yang diarahkan untuk menggarisbawahi penurunan tekanan dengan memperkuat garis pertahanan diri dengan cara yang adaptif atau tipikal atau aman dengan tujuan administrasi menjadi daerah setempat. Empat bagian fokus dalam pandangan dunia keperawatan sesuai hipotesis Betty Neuman adalah manusia, kesejahteraan sehat, keperawatan, dan Lingkungan. contoh adalah respon sistem imun tubuh. Ketika garis pertahanan efektif, klien dapat menyusun sistem kembali. Jika tidak efektif maka kematian dapat terjadi. Jumlah pertahanan stressor ditentukan oleh interrelationship kelima variabel sistem klien. Model Sistem Neuman sangat cocok dengan konsep holistik untuk mengoptimalkan hubungan timbal balik yang dinamis namun stabil antara jiwa, pikiran, dan tubuh klien dalam lingkungan dan masyarakat yang terus berubah Neuman & Young, (1972). Model Sistem Neuman telah memenuhi mandat organisasi Kesehatan Dunia yaitu mencapai jauh melampaui, mencari kesatuan dalam kondisi kesehatan-kesehatan jiwa, pikiran, tubuh, dan lingkungan. Model Sistem Neuman juga sesuai dengan pandangan Asosiasi Keperawatan Amerika, berbagi perhatiannya tentang potensi penyebab stres dan penekanannya pada pencegahan primer, serta perhatian reformasi perawatan kesehatan dunia untuk mencegah penyakit. "Pencegahan primer sebagai intervensi dengan promosi kesehatan yang melekat adalah konsep proaktif dan futuristik yang berkembang di mana bidang keperawatan harus semakin diperhatikan. Ini memiliki potensi tak terbatas untuk pengembangan peran utama yang dapat membentuk citra

keperawatan masa depan karena reformasi perawatan kesehatan dunia terus berkembang di abad masa depan"

I. Daftar Pustaka

- Aini, N. (2018) *Teori Model Keperawatan: Keperawatan*. UMM Press (pertama). Available at: <https://books.google.co.id/>.
- Akbar, M.A. (2019) *Buku Ajar Konsep-Konsep Dasar Dalam Keperawatan Komunitas*. Deepublish. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Alfianto, N.A.G. (2021) *Model Asuhan Keperawatan Covid 19 Berdasarkan Teori Betty Neuman (Aplikasi Pada Keperawatan Gawat Darurat Dan Keperawatan Jiwa)*. CV Literasi Nusantara Abadi. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Austin, W. and Boyd, M.A. (2010) *Psychiatric and Mental Health Nursing for Canadian Practice*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins (Point (Lippincott Williams & Wilkins)). Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Black, B.P. (2013) *Professional Nursing: Concepts & Challenges*. Elsevier. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Erickson, H.C., Tomlin, E.M. and Swain, M.A.P. (2005) *Modeling and Role Modeling: A Theory and Paradigm for Nursing*. EST Company (Modeling and Role-Modeling Theory and Paradigm \#1). Available at: <https://books.google.co.id>.
- Fawcett, J. and DeSanto-Madeya, S. (2017) *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F.A. Davis. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Hanson, S.M.H. and Boyd, S.T. (2001) *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. F.A. Davis. Available at: <https://books.google.co.id/books>.

- Kusnanto, S.K.M.K. (2004) *Profesi and Praktik keperawatan profesional*. EGC. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Munandar, N.A. (2022) *Ilmu Keperawatan Dasar*. Cv. Dotplus Publisher. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Neuman, B.M. and Fawcett, J. (2011) *The Neuman Systems Model*. Pearson. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Pearson, A., Vaughan, B. and FitzGerald, M. (2005) *Nursing Models for Practice*. Butterworth-Heinemann. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Reed, K.S. (1993) Betty Neuman: *The Neuman Systems Model*. SAGE Publications (Notes on Nursing Theories). Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Sitzman, K. and Eichelberger, L.W. (2011) *Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning*. Jones & Bartlett Learning. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Snowden, A., Donnell, A. and Duffy, T. (2014) *Pioneering Theories in Nursing*. Andrews UK Limited. Available at: <https://books.google.co.id/books>.
- Susanto, W.H.A. et al. (2023) *Dasar Keperawatan Profesional*. Global Eksekutif Teknologi. Available at: <https://books.google.co.id/books>.

BAB 8

TEORI KEPERAWATAN HILDEGARD E. PEPLAU : HUBUNGAN INTERPERSONAL

Dr.Ns.Ni Made Dian Sulistiowati, M.Kep.,Sp.Kep.J

A. Pendahuluan

Hildegard E. Peplau memiliki dengan latar belakang pendidikan keperawatan yang mendalami keperawatan psikiatri hingga menjadi profesor emeritus dari Rutgers University. Peplau banyak menjelaskan tentang konsep interpersonal yang menjadi salah satu kebutuhan manusia hingga akhirnya mengembangkan teori keperawatan yang lebih kenal dengan keperawatan psikodinamika.

Teori terkait keperawatan psikodinamika sangat dipengaruhi oleh model hubungan interpersonal terapeutik. Menurut Peplau, perawatan psikodinamika merupakan kemampuan dalam memahami perilaku seseorang sehingga mampu mengidentifikasi kesulitan/ keluhan yang dirasakan. Oleh karena itu dalam mencapai tujuan dari perawatan psikodinamika ini, perlu adanya keterlibatan dan interaksi antara dua atau lebih individu dengan didasari oleh hubungan interpersonal yang terapeutik.

Teori keperawatan Peplau memiliki beberapa point utama diantaranya hubungan interpersonal, fungsi peran, proses penyembuhan, konsep kecemasan dan peran pemberdayaan.

B. Teori Model Hubungan Interpersonal Hildegard Peplau

Menurut Peplau, keperawatan adalah proses terapeutik yaitu seni menyembuhkan, menolong individu ketika berada pada kondisi yang tidak nyaman/ sakit dan membutuhkan perawatan (Senn, 2012). Model konsep dan teori yang dikembangkan oleh Peplau menjelaskan juga tentang kemampuan memahami diri dan orang lain dengan menggunakan dasar hubungan antara manusia yang mencakup empat komponen utama yaitu klien, perawat, sumber kesulitan dan proses interpersonal (Hagerty, Samuels, & Gigliotti, 2018) .

1. Klien

Klien sebagai subjek yang langsung dipengaruhi oleh adanya proses interpersonal. Setiap individu memiliki stimulus internal dan eksternal, dimana individu akan belajar dari lingkungan, nilai yang ada di masyarakat, serta kepercayaan yang dipahami dan diterima dalam kehidupannya. Setiap individu juga memiliki pemikiran dan sudut pandang yang berbeda yang dapat memengaruhi proses dalam hubungan interpersonal di hidupnya. Oleh karena itu proses dari pendekatan antara individu satu dengan yang lain tidaklah sama.

2. Perawat

Perawat berperan dalam mengatur tujuan dari interaksi dan jalannya proses interaksi interpersonal dengan klien yang sifatnya partisipatif, sedangkan klien lebih pada mengendalikan isi dari proses interaksi interpersonal yang menjadi tujuan interaksi antara perawat - klien. Perawat menggunakan pendekatan kepada klien berdasarkan latar belakang dan keunikan setiap individu. Dalam hal ini individu dilihat sebagai satu struktur lengkap meliputi aspek bio-psiko-sosio-spiritual. Berdasarkan hal ini maka perawat perlu memahami teori perkembangan, konsep adaptasi, respon konflik dan memiliki wawasan yang cukup luas tentang peran perawat dalam mengembangkan proses hubungan interpersonal yang efektif. Perawat dan klien memahami tentang perannya masing-masing sehingga

mampu saling berkolaborasi dalam mencapai tujuan bersama.

Peplau menyatakan fungsi peran perawat mengacu pada bagaimana peran perawat dalam melakukan interaksi dengan klien (Haber, 2000). Lima peran interaksi dalam konteks hubungan perawat dan klien dimana setiap perannya akan membantu perawat menampilkan performa yang sesuai sebagai bentuk dukungan terhadap proses interaksi yang dilakukan sehingga tujuan yang diinginkan dapat tercapai. Adapun peran tersebut antara lain:

a. Peran Stranger (peran sebagai orang asing)

Perawat diawal perawatan pasien dapat dianggap sebagai "orang asing" yang datang dalam kehidupan pasien. Hal ini biasa terjadi pada fase awal pertemuan yaitu fase orientasi. Tentunya sebagai orang asing, perawat perlu membuat pasien merasa nyaman dengan kehadiran dirinya selama melakukan perawatan. Ketika hal ini terjadi, beberapa hal yang perlu dilakukan perawat seperti mencoba menyesuaikan diri dengan pasien, mendengarkan pasien secara aktif tanpa menghakimi ataupun memihak menjadi beberapa alternatif performa perawat yang efektif sehingga pasien dapat menerima kehadiran perawat. Selain itu langkah-langkah yang bisa dilakukan perawat antara lain mengurangi kecemasan klien, memberi rasa aman dan nyaman bagi klien.

b. Peran Resource (peran sebagai sumber daya)

Perawat berperan sebagai sumber informasi dan pemberi dukungan kepada pasien selama perawatan. Dalam hal ini, perawat memberikan penjelasan secara detail dengan cara yang mudah dipahami pasien terkait kondisi dirinya, diagnosis, rencana perawatan dan prosedur tindakan yang perlu dilakukan selama perawatan. Perawat perlu membantu pasien sehingga mereka mudah dalam mengakses informasi yang dibutuhkan dalam mengelola kesehatannya. Selain itu peran perawat juga sebagai narasumber yang

memberikan informasi kepada klien terkait pengobatan dan tindakan keperawatan dimana membantu klien untuk memutuskan apa yang dibutuhkan dirinya.

c. Peran Teacher (peran sebagai pengajar)

Perawat perlu bertindak sebagai pengajar yang membantu pasien memahami kondisinya (Sukarip et al., 2019). Dalam hal ini tindakan seperti edukasi tentang progres penyakit, upaya yang perlu dilakukan dalam mencegah kondisi masalah kembali berulang hingga mengajarkan kepada pasien terkait kemampuan diri dalam melakukan perawatan diri sehingga tetap mampu melakukan aktivitas setelah perawatan.

d. Peran Leader (peran sebagai pemimpin)

Perawat perlu berperan sebagai pemimpin dalam perawatan, termasuk melakukan koordinasi dan pengelolaan selama merawat pasien (Sukarip et al., 2019). Hal ini dikarenakan kualitas dan kuantitas interaksi antara perawat dan pasien selama proses perawatan membuat perawat lebih mengerti dan memahami benar tentang setiap perkembangan yang terjadi pada pasien.

e. Peran Surrogate (peran sebagai pengganti)

Perawat berperan sebagai pengganti atau representasi figur seseorang yang penting dalam kehidupan pasien seperti keluarga, teman dekat yang dapat memberikan mereka dukungan emosional selama perawatan. Perawat dapat menemani pasien ketika mereka merasa sendiri, sedih dengan kondisi penyakit yang dirasakan, bahkan saat memiliki perasaan kehilangan ataupun terisolasi selama perawatan (Mawaddah, Mujiadi, & SA, 2020).

Semua peran yang sudah dijelaskan diatas dapat perawat lakukan sekaligus tergantung pada kebutuhan dan situasi yang dihadapi pasien. Inti dari semua fungsi peran perawat menurut Peplau adalah perawat harus dapat memberikan dukungan, mendengarkan pasien secara aktif,

dan berinteraksi secara efektif sehingga pasien dapat pulih dari kondisinya ataupun mencapai tujuan yang diharapkan.

3. Sumber kesulitan

Menurut Peplau, ada beberapa potensi kesulitan atau tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam melakukan perawatan diantaranya :

a. Keterampilan komunikasi

Peplau menekankan pada pentingnya komunikasi interpersonal yang efektif antara perawat dan klien, termasuk memahami informasi dengan bahasa yang jelas baik verbal dan non verbal.

b. Waktu terbatas

Perawat seringkali mengalami kendala dalam waktu sehingga hal ini bisa menghambat kemampuan mereka dalam mengembangkan hubungan interpersonal yang mendalam dengan klien. Tingginya ritme pekerjaan inilah yang perlu diantisipasi dalam menjalankan interaksi interpersonal yang efektif.

c. Kehadiran emosi

Ketika perawat dihadapkan dengan pasien yang sulit dimana mereka sedang berada pada kondisi akut dan kritis maka ini bisa menjadi tantangan perawat dalam mengontrol emosinya selama interaksi dengan pasien (Senn, 2012).

d. Kebijakan dan struktur organisasi

Perawat kemungkinan dapat menghadapi hambatan dengan adanya tuntutan administrasi sehingga mengurangi kesempatan dalam membentuk hubungan interpersonal dengan klien.

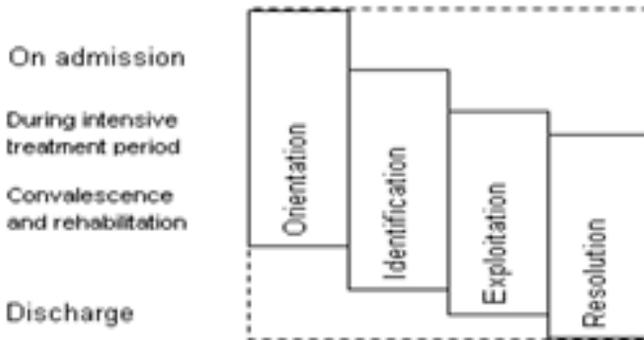
e. Kecemasan pasien

Kecemasan dapat terjadi apabila ada kesulitan mengintegrasikan pengalaman interpersonal yang lalu dengan yang sekarang sehingga proses komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologi dan biologi individu (Mawaddah et al., 2020). Dalam model

peplau ansietas merupakan konsep yang berperan penting karena berkaitan langsung dengan kondisi sakit. Dalam keadaan sakit biasanya tingkat ansietas meningkat. Oleh karena itu perawat pada saat ini harus mengkaji tingkat ansietas klien. Berkurangnya ansietas menunjukkan bahwa kondisi klien semakin membaik.

4. Proses Interpersonal

Proses interpersonal didefinisikan sebagai proses interaksi secara simultan orang satu dengan yang lain dan saling mempengaruhi dengan tujuan membina suatu hubungan. Dimensi hubungan perawat - klien menurut Peplau diuraikan menjadi empat fase hubungan perawat - klien dimana setiap fasenya memiliki karakteristik dan tujuan yang berbeda-beda. Oleh karena itu, perawat perlu memahami setiap fase dengan baik sehingga hubungan yang dibangun menjadi efektif (Pardede, Hamid, & Putri, 2020). Empat fase yaitu fase orientasi, fase identifikasi, fase eksploitasi dan fase resolusi seperti ditampilkan pada gambar 8.1 berikut.



Gambar 8. 1. Fase hubungan perawat – klien

a. Fase Orientasi

Fase ini merupakan awal permulaan antara hubungan antara perawat dan klien terbentuk. Pentingnya saling mengerti, saling percaya, dan memberikan kenyamanan kepada pasien sehingga

mereka dapat menerima keberadaan perawat dalam lingkungan mereka (Wasaya, Shah, Shaheen, & Carroll, 2021). Pada fase ini, perawat perlu mengumpulkan informasi tentang pasien termasuk riwayat penyakit serta keluhan yang dirasakan. Oleh karena itu, ketika pasien perlu merasa nyaman terlebih dahulu dengan keberadaan perawat sehingga mereka dapat secara terbuka menceritakan apa yang dialami kepada perawat.

Penerapan teori Peplau pada fase orientasi, difokuskan untuk membina hubungan saling percaya karena pada fase ini adalah pertama kalinya klien bertemu dengan perawat (Forchuk, 1994). Dalam membina hubungan saling percaya perawat-klien dilakukan sesuai dengan tahapan hubungan terapeutik, diharapkan perawat mempengaruhi klien melalui komunikasi yang dikembangkan dalam hubungan perawat dan klien sehingga kecemasan klien menurun (Fortinash, 2005). Faktor psikologis ini sangat mempengaruhi awal hubungan klien dengan perawat, sehingga sangat penting bagi perawat yang akan memulai hubungan dengan klien isolasi sosial memahami latar belakang klien dalam aplikasi tahap prainteraksi hubungan perawat dengan klien.

b. Fase Identifikasi

Di tahap identifikasi ini, hubungan antara perawat dan klien sudah terjalin lebih dalam, sehingga klien sudah merasa nyaman untuk berbicara tentang masalah pribadinya bahkan hingga meminta dukungan lebih lanjut kepada perawat. Pada tahap ini, perawat perlu melibatkan pemahaman lebih dalam tentang kebutuhan klien dan harapan yang diinginkan terkait kondisinya saat ini (Penckofer, Byrn, Mumby, & Ferrans, 2011). Tentunya perawat perlu memiliki kemampuan dalam mengontrol emosi pasien sehingga proses identifikasi dapat mencapai tujuannya secara efektif.

Pada fase ini perawat membantu mengeksplorasi perasaan dan membantu klien dalam memahami gejala yang dirasakan sebagai suatu proses validasi tentang pengalaman yang melibatkan perasaan dan dirinya (Deane & Fain, 2015). Proses identifikasi dapat terjadi secara efektif ketika kehadiran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tidak mengalami penolakan oleh klien.

Fase identifikasi merupakan fase yang paling tinggi kualitasnya pada hubungan interpersonal. Fase ini menggali perasaan-perasaan yang dialami klien. Sebagai contoh : klien yang mengalami kesulitan bersosialisasi ketika di fase identifikasi ini akan mengatakan ketakutan, ketidakmampuan dan ketidakberdayaan dalam berhubungan dengan orang lain. Fase ini merupakan tahap pengkajian dasar yang dilakukan perawat sehingga dapat menentukan tindakan apa yang selanjutnya dapat dilakukan terhadap klien sehingga mampu melakukan sosialisasi secara bertahap.

c. Fase Eksploitasi

Fase eksploitasi merupakan situasi dimana klien dapat merasakan adanya nilai hubungan sesuai pandangan/persepsinya terhadap situasi yang dihadapi. Pada tahap ini, interaksi pertemuan perawat dan pasien sudah berfokus kepada tujuan kesehatan pasien. Fase ini merupakan inti hubungan dalam proses interpersonal. Dalam fase ini perawat membantu klien dalam memberikan gambaran kondisi klien secara umum dan seluruh aspek yang terlibat didalamnya.

Perawat dan klien bekerja secara bersama dalam merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi penyelesaian masalah klien dan melaksanakan intervensi yang direncanakan secara efektif (Meliza & Anisah, 2017). Perawat pada fase ini mendiskusikan lebih mendalam dan memberikan pemilihan alternatif terhadap permasalahan yang dialami klien. Dalam mencapai tujuan tahap ini,

pasien perlu berperan aktif dalam perencanaan perawatan mereka. Saat pasien ikut terlibat dalam perawatannya maka mereka diharapkan akan lebih bertanggung jawab dalam prosesnya dan apapun hasil dari perawatan perlu disampaikan kepada pasien sehingga mereka mengetahui kondisi terkini terkait kesehatannya.

d. Fase Resolusi

Pada fase ini perawat mengakhiri hubungan interpersonalnya dengan klien. Tujuan lama yang akan dicapai dievaluasi dan diganti dengan tujuan baru. Pada situasi ini, kondisi pasien bisa telah lebih baik atau sudah tidak mengalami kesakitan. Hal ini juga bisa berarti klien sudah sembuh dari penyakitnya atau klien telah meninggal dunia. Sebagai contoh: klien dengan situasi krisis dan dirawat diruang intensif saat ini kondisinya sudah mulai membaik dan mampu mengontrol keinginan untuk melukai dirinya sehingga klien dipindahkan ke ruang rawat yang lainnya yang memungkinkan klien mengembangkan kemampuan internalnya lebih baik (Senn, 2012). Pada kondisi ini, tentunya tujuan akan diganti dengan yang baru disesuaikan dengan tujuan perawatan diruang rawat yang baru.

Sebelum mengakhiri fase ini perawat mengevaluasi kemampuan klien baik secara subjektif maupun objektif (kognitif, afektif dan psikomotor) berdasarkan kriteria tujuan keperawatan pada tahap ini klien sudah menemukan problem solving baru dalam mengatasi masalahnya dan mengaplikasikannya sehari-hari sesuai dengan jadwal yang telah disusun (Sukarip et al., 2019). Pada fase ini juga, secara bertahap klien melepaskan diri dari perawat. Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi klien kearah yang lebih rasional dan efektif.

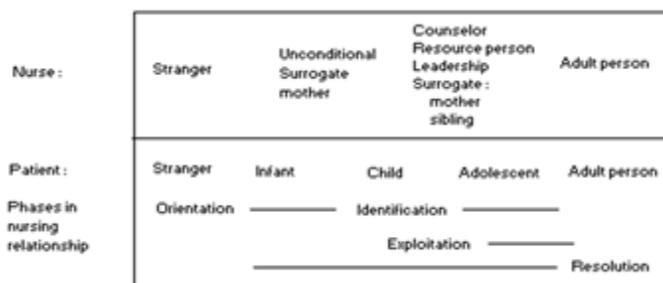
Inti dari fase terakhir ini adalah terjadi jika tujuan kesehatan klien tercapai. Di tahapan ini, penting bagi klien untuk dapat lepas dari ketergantungan pada tim kesehatan yang ada dan menggunakan kemampuan dirinya dalam menjalani kehidupannya (Senn, 2012). Untuk mengurangi rasa ketergantungan pada perawat, tindakan yang dilakukan perawat adalah mempersiapkan kemandirian klien dengan cara memaksimalkan sumber koping yang dimiliki klien termasuk keluarga dalam mempersiapkan klien untuk pulang. Contoh pada klien dengan kesulitan bersosialisasi dikarenakan adanya ketakutan tidak diterima oleh lingkungan dan trauma pengalaman masa lalu maka kemandirian klien yang terpenting adalah selalu mengembangkan koping yang adaptif, memiliki sikap dan harapan yang positif sebagai implikasi dari pikiran positif yang dimiliki klien, sehingga tidak muncul pikiran tidak diterima oleh lingkungan, tidak mampu bersosialisasi, tidak mempunyai teman dan tidak mempunyai kelebihan (Hidayat, Keliat, & Mustikasari, 2015; Pardede et al., 2020). Dukungan keluarga juga sangat penting sehingga keluarga harus dilibatkan dari awal. Perawat juga harus mempersiapkan lingkungan klien melalui keluarga untuk mempertahankan sikap dan pikiran positif klien ketika klien pulang.

C. Proses Penyembuhan

Hubungan interpersonal antara perawat dan pasien dapat berkontribusi terhadap bagaimana proses penyembuhan pasien selama perawatan dan mencapai kesejahteraan. Hubungan interpersonal yang terjalin dengan baik tentunya dapat membantu perawat sebagai fasilitator selama perawatan dan membantu pasien dalam mengatasi beberapa hal yang mengganggu selama perawatan. Perasaan seperti cemas dapat saja terjadi pada pasien dan hal ini kemungkinan dapat mengganggu proses penyembuhan lebih lama jika tidak segera

dilakukan penanganan. Perawat perlu memahami dengan benar kebutuhan pasien bukan hanya perubahan fisik, namun juga perubahan emosional, psikis dan sosial.

Dukungan emosional dapat perawat berikan seperti mendengarkan keluhan yang dirasakan pasien, apa yang mengganggu pikiran dan membuat pasien merasa tidak nyaman (Pulungan & Elisabhet, 2022). Hal ini dapat membuat pasien merasa didengar dan dihargai sehingga secara tidak langsung kecemasan, dan perasaan tertekan yang dirasa dapat berkurang. Untuk dapat melakukan itu semua, tentunya perawat perlu mengembangkan kemampuan diri dalam menjelaskan, mengajarkan dan melibatkan peran aktif pasien dalam perawatan. Edukasi dapat diberikan perawat untuk meningkatkan pemahaman pasien sehingga mampu melakukan pencegahan kondisi penyakit berulang/kekambuhan (Farida Hayati, 2017). Ketika pasien sudah memahami kondisinya, maka dirinya perlu dilibatkan dalam menentukan harapan yang diinginkan sehingga mereka akan paham dan berusaha untuk menjaga kondisi dirinya. Selain itu kemampuan perawat juga dibutuhkan dalam mengajarkan pasien untuk memahami stres yang dirasakan sehingga mereka mampu mengatasi stres ketika menghadapi stress dalam kehidupannya.



Gambar 8. 2. Fase proses interpersonal yang dihubungkan dengan peran perawat menurut Hildegard E. Peplau

Berdasarkan gambar 8.2 dijelaskan bahwa peran perawat pertama kali pada tahap orientasi adalah sebagai orang asing, dimana perawat merupakan orang baru yang belum mengenali

klien. Selanjutnya memasuki tahap identifikasi peran perawat sebagai wali/pengganti orang tua dimana perawat mulai melakukan pengumpulan data dan menetapkan masalah yang dihadapi oleh klien berdasarkan data yang didapatkan serta menetapkan tujuan yang akan dicapai bersama klien. Selain menjadi wali, pada tahap identifikasi ini perawat juga berperan sebagai konselor, sumber informasi, pemimpin terhadap masalah yang dihadapi oleh klien. Adanya pola hubungan antara klien dengan perawat yang ditandai dengan adanya pandangan klien terhadap perawat sehingga klien terlibat aktif dalam diskusi untuk mengatasi permasalahan yang dihadapi merupakan tahap eksploitasi (Hagerty et al., 2018). Pada tahap terakhir yaitu tahap resolusi perawat melakukan evaluasi terhadap pengetahuan dan kemampuan klien berdasarkan kriteria tujuan yang telah ditetapkan di awal pertemuan. Pada tahap resolusi ini klien diarahkan untuk melepaskan diri dari ketergantungan terhadap perawat untuk menggunakan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya secara mandiri.

D. Daftar Pustaka

- Deane, W. H., & Fain, J. A. (2015). *Incorporating Peplau's Theory of Interpersonal Relations to Promote Holistic Communication Between Older Adults and Nursing Students*. *Journal of Holistic Nursing*, 34(1), 35-41. <https://doi.org/10.1177/0898010115577975>
- Farida Hayati. (2017). *Intervensi Acceptance And Commitment Therapy (Act) Pada Cemas Keluarga Dengan Anggota Keluarga Skizofrenia Menggunakan Pendekatan Teori Model Hildegard Peplau Di Wilayah Kerja Puskesmas Pranggang*. *Journal of Nursing Care & Biomolecular*, 2(2), 127-131.
- Forchuk, C. (1994). *The orientation phase of the nurse-client relationship: testing Peplau's theory*. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 532-537. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb02392.x>

- Haber, J. (2000). Hildegard E. Peplau: *The psychiatric nursing legacy of a legend*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 6(2), 56–62. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1078-3903\(00\)90021-1](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1078-3903(00)90021-1)
- Hagerty, T. A., Samuels, W., & Gigliotti, E. (2018). *Peplau ' s Theory of Interpersonal Relations : An Alternate Factor*. Nurs Sci, 30(2), 1–15. <https://doi.org/10.1177/0894318417693286>.Peplau
- Hidayat, F., Keliat, B. A., & Mustikasari. (2015). *Penerapan Cognitive Behavior Therapy Pada Klien Halusinasi Dan Perilaku Kekerasan Dengan Pendekatan Model Stress Adaptasi Stuart Dan Model Hubungan Interpersonal Peplau Di RS DR Marzoekei Mahdi Bogor*. Jurnal Keperawatan Jiwa, 3(1), 28–42. Retrieved from <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/3927/3657>
- Mawaddah, N., Mujiadi, M., & SA, R. (2020). *Penerapan Model Komunikasi Terapeutik Peplau Pada Pasien Penyakit Fisik Dengan Ansietas*. Indonesian Journal for Health Sciences, 4(1), 16. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v4i1.2341>
- Meliza, C. P., & Anisah, N. (2017). *Analisis Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Pemulihan Pasien*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa FISIP Unsyiah, 2(2), 151–170. Retrieved from www.jim.unsyiah.ac.id/FISIP
- Pardede, J. A., Hamid, A. Y. S., & Putri, Y. S. E. (2020). *Application of Social Skill Training Using Hildegard Peplau Theory Approach To Reducing Symptoms and The Capability of Social Isolation Patients*. Jurnal Keperawatan, 12(3), 327–340. <https://doi.org/https://doi.org/10.32583/keperawatan.v12i3.782>
- Penckofer, S., Byrn, M., Mumby, P., & Ferrans, C. E. (2011). *Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations*.

- Nursing Science Quarterly, 24(2), 146-151.
<https://doi.org/10.1177/0894318411399454>
- Pulungan, Z. S. A., & Elisabhet, T. (2022). *Teori dan Model Konseptual Kesehatan/Keperawatan Jiwa yang Relevan dengan Terapi Kelompok*. J-HEST Journal of Health Education Economics Science and Technology, 4(1), 7-14.
<https://doi.org/10.36339/jhest.v4i1.66>
- Senn, J. F. (2012). *Peplau's Theory of Interpersonal Relations: Application in Emergency and Rural Nursing*. Nursing Science Quarterly, 26(1), 31-35.
<https://doi.org/10.1177/0894318412466744>
- Sukarip, S., Haryati, T. S., Lestari, A., Purnamaria, M., Dja'afara, C., Nonaria, L., ... Gautami, E. (2019). *Peningkatan Pendidikan Pasien dan Keluarga dengan Penguatan Peran Interpersonal Champion Promosi Kesehatan dengan Pendekatan Peplau*. The Journal of Hospital Accreditation, 1(1), 9-12. <https://doi.org/10.35727/jha.v1i1.15>
- Wasaya, F., Shah, Q., Shaheen, A., & Carroll, K. (2021). *Peplau's Theory of Interpersonal Relations: A Case Study*. Nursing Science Quarterly, 34(4), 368-371.
<https://doi.org/10.1177/08943184211031573>

BAB 9

TEORI KEPERAWATAN DOROTHY E. JOHNSON

Ns. Angela Dwi Pitri., M.Kep

A. Biografi Dorothy E. Johnson

Dorothy E. Johnson merupakan kelahiran Savannah, Georgia pada 21 Agustus 1919. Pada tahun 1942 Johnson mendapatkan gelar B.S.N di Universitas Vanderbilt di Nashville, Tennessee. Pengalaman profesionalnya ia mulai sebagai pengajar dan staf perawat di Chatham, Savannah namun Johnson sebagian besar terlibat sebagai pengajar. Pada tahun 1943-1944 Johnson menjabat sebagai dewan Kesehatan selain itu dia juga seorang instruktur dan asisten profesor keperawatan pediatrik di sekolah keperawatan universitas Vanderbilt. Pada tahun 1955-1956 Johnson adalah seorang perawat anak yang ditugaskan di Christian Medical College di Vellore, India Selatan (Alligood, 2014).

Publikasi Johnson meliputi empat buku, lebih dari 30 artikel juga makalah, prosiding dan monograf. Pada tahun 1975 Johnson menerima penghargaan oleh fakultas di program pascasarjana. Pada tahun 1977 menerima penghargaan prestasi istimewa Lulu Hassenplug dari Asosiasi perawat California. Tahun 1981 menerima penghargaan dari sekolah keperawatan universitas Vanderbilt kategori perawat unggul. Tahun 1999 tepatnya di bulan Februari Johnson meninggal di usia 80 tahun. Penemuan teori Johnson Behavioral System Model (JBSM) sangat bermanfaat untuk pengembangan teori dasar keperawatan yang dapat digunakan sebagai model praktik keperawatan.

B. Model Sistem Perilaku Johnson

Johnson pertama kali memperkenalkan model sistem perilaku pada tahun 1968. Model ini dipengaruhi oleh buku Florence Nightingale dimana dia menganjurkan membina perilaku yang efektif dan efisien pada pasien untuk mencegah penyakit dengan menekankan pentingnya *evidence based* pada aspek keperawatan. Keperawatan memiliki eksplisit tujuan tindakan dalam kesejahteraan pasien. Tugas perawat adalah memperjelas misi sosial keperawatan dari pandangan teoritis pasien yang dilayani. Johnson mengadopsi pendapat Nightingale bahwa perhatian perawat adalah hubungan antara orang sakit dan lingkungannya bukan dengan penyakitnya.

Johnson menggunakan kerangka kerja ilmu perilaku, psikologi, sosiologi dan etnologi untuk mengembangkan teorinya. Awal mula pengembangan sistem perilaku Johnson dia menggunakan pendekatan struktur dan fungsi teori Pearson (1951;1964) tentang aksi sosial dan teori stress. Ide bahwa perilaku sosial berfungsi secara struktural maka timbul gagasan bahwa perilaku sosial merupakan sebuah ekspresi dari struktur yang mendasari sistem sosial. Namun, sistem sosial dan perilaku memiliki fungsi untuk memelihara dimana sistem sosial untuk mencapai sebuah tujuan (*goals*) seseorang harus mampu menentukan pilihan dan perilaku yang tepat.

Sistem merupakan sekumpulan unit-unit yang saling berinteraksi yang berbentuk keseluruhan dimaksudkan untuk melakukan beberapa fungsi. Johnson mengkonseptualisasikan manusia sebagai sistem perilaku dimana individu fokus pada apa yang dilakukan oleh individu dan mengapa. Salah satu kekuatan teori sistem perilaku Johnson adalah konsistensi dari konsep-konsep perilaku. Konsep ini meliputi: holisme, pencarian tujuan, saling ketergantungan, stabilitas, ketidakstabilan, subsistem, keteraturan, fungsi, energi, umpan balik dan adaptasi.

Sistem perilaku dan respon spesifik seseorang membentuk pola-pola terorganisir dan terpadu. Sistem perilaku difokuskan pada perilaku tertentu atau respon individu.

Literatur empiris mendukung sebuah gagasan bahwa sistem perilaku secara keseluruhan digunakan sebagai kerangka pengambilan keputusan keperawatan di bidang penelitian, pendidikan dan praktik keperawatan.

Pengembangan model sistem perilaku berdasarkan perspektif psikologis, tertulis bahwa perawat memiliki kontribusi untuk memfasilitasi fungsi perilaku efektif pada pasien sebelum, selama dan setelah penyakit. Johnson menggunakan konsep dari berbagai disiplin terdiri dari pembelajaran sosial, motivasi, stimulasi sensori, adaptasi, modifikasi perilaku, proses perubahan, ketegangan dan stress untuk memperluas teorinya pada praktik keperawatan.

Model sistem perilaku Johnson merupakan sebuah model asuhan keperawatan yang berfokus membina fungsi perilaku yang efektif dan efisien untuk mencegah penyakit. Sistem perilaku terdiri dari tujuh sistem diantaranya: 1) Afiliasi, ketergantungan, menelan, eliminative, seksual, agresif, dan prestasi. Tiga persyaratan subsistem fungsional yaitu perlindungan dari pengaruh berbahaya, penyediaan lingkungan pengasuhan, dan stimulasi untuk pertumbuhan. ketiga subsistem harus menghasilkan keseimbangan maka peran perawat untuk membantu klien dalam keadaan seimbang.

Elemen Model Perilaku Johnson, diantaranya (Reynolds and Cormack, 1991):

1. Individu dikonseptualisasikan sebagai sistem interaksi konstan dengan lingkungan
2. Tugas khusus sistem perilaku individu adalah digesti, eliminasi, affiliative, ketergantungan, sexual, agresif-protektif, prestasi dan penyembuhan dengan tugas spesifik. Individu dapat melihat ketergantungan masing-masing sub-sistem.
3. Keseimbangan adalah ketika distribusi energi antara delapan sub-sistem sama dimana energi mengacu pada kemampuan sub-sistem cukup melaksanakan tugasnya.
4. Lingkungan dipandang sebagai semua unsur pengatur yang mempengaruhi sistem perilaku seperti bio-fisik-

psikologis dan perkembangan, sosiokultural, keluarga dan lingkungan fisik.

5. Mengamati perilaku pasien yang terkait dengan masing-masing dari sub-sistem adalah produk akhir dari interaksi kompleks antara bio-psiko-sosial spesifik pada individu.
6. Tujuan perawat adalah menciptakan lingkungan yang memelihara, melindungi dan merangsang perilaku sub-sistem sehingga keseimbangan sistem individual adalah pemeliharaan atau pemulihan.

C. Asumsi Model Sistem Perilaku

Beberapa asumsi menurut Johnson sebagai model sistem perilaku diantaranya:

1. Terdapat interaksi saling ketergantungan dan interaksi dari elemen - elemen perilaku yang membentuk sistem
2. Sistem cenderung untuk mencapai keseimbangan di antara berbagai kekuatan yang beroperasi di atasnya. Dimana manusia berusaha terus-menerus mempertahankan keseimbangan sistem perilaku dan melalui penyesuaian dan adaptasi
3. Esensi sistem perilaku bagi manusia adalah menghasilkan ketergantungan dan keteguhan perilaku
4. Keseimbangan sistem digambarkan dengan keberhasilan adaptasi

D. Model Sistem Perilaku Johnson

Model sistem perilaku Johnson berdasarkan cara pandang perawat adalah dimana perawat melihat kesejahteraan manusia adalah perilaku terbuka yang terdiri dari interaktif dan saling ketergantungan. Sistem ini terdiri dari tujuh sub-sistem sebagai berikut (Hidayati and Ismail, 2023):

1. Sub-sistem perlindungan agresif

Sebagian besar anggota kelompok berjuang untuk mengatasi perubahan dalam hidup mereka terkait dengan peningkatan tanggung jawab. Contohnya adalah caregiver dimana kebanyakan caregiver merasa marah karena

tanggung jawabnya bertambah dengan merawat pasangan atau orang tua yang sedang sakit.

2. Sub-sistem ketergantungan

Ketergantungan kelompok pada sumber informasi untuk mengatasi kurang pengetahuan. Contohnya caregiver berkonsultasi ke dokter untuk mengetahui info tentang penyakit yang diderita oleh pasien.

3. Sub-sistem Prestasi

Sub-sistem prestasi mencoba untuk memanipulasi lingkungan. Fungsinya adalah kontrol atau pengawasan dari aspek diri atau lingkungan untuk beberapa standar keunggulan. Area perilaku berprestasi meliputi intelektual, fisik, kreatif, mekanis dan keterampilan sosial.

4. Sub-sistem afiliasi

Afiliasi merupakan privasi seorang caregiver. Suatu kelompok atau caregiver pendukung yang merawat pasien tidak merasa privasinya terganggu.

5. Sub-sistem pencernaan

Sub-sistem ingestif dan eliminasi seharusnya tidak dilihat sebagai mekanisme input dan output dari sistem. Semua sub-sistem adalah sub-sistem yang berbeda dengan mekanisme input dan output mereka sendiri. Sub-sistem berkaitan dengan kapan, bagaimana, apa, bagaimana banyak dan dalam kondisi apa kita makan. Ini melingkupi fungsi kepuasan pencernaan. Perilaku ini berhubungan dengan sosial, psikologi dan pertimbangan biologis.

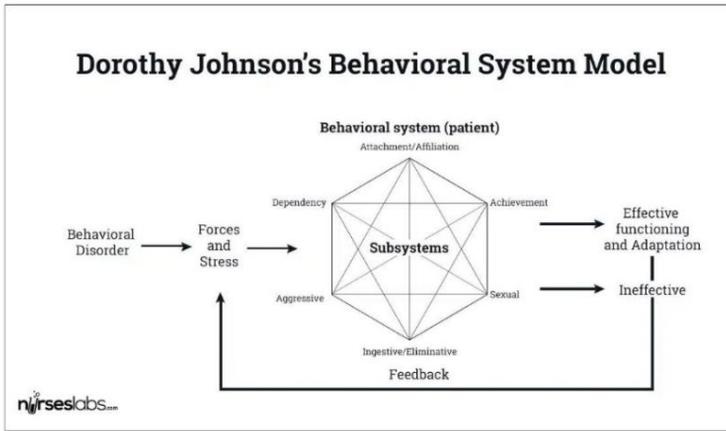
6. Sub-sistem eliminasi

Sub-sistem eliminasi meliputi kapan, bagaimana dan dalam kondisi apa eliminasi berlangsung. Faktor sosial dan psikologis dipandang dapat mempengaruhi aspek biologis yang kadang-kadang bertentangan dengan sub-sistem eliminasi.

7. Sub-sistem Sexual

Sub-sistem sexual memiliki fungsi ganda prokreasi dan kepuasan meliputi pacaran atau pernikahan. Sistem

respon ini dimulai dengan perkembangan peran gender, identitas gender, peran perilaku seksual.



Johnson's Behavioral System Model

Gambar 9. 1. Dorothy Johnson's Behavioral System Model.

Menurut sistem perilaku setiap individu memiliki tugas lebih dari satu. Maka bagian-bagian sistem dibagi menjadi sub-sistem dan setiap sub-sistem memiliki tugas-tugas khusus. Setiap sub-sistem memiliki fungsi spesifik dan objektif ketika setiap sistem dapat berkoordinasi dengan lingkungan yang mendukung. Johnson mendefinisikan bahwa keperawatan adalah kekuatan pengatur eksternal yang bertindak untuk menjaga organisasi dan integrasi perilaku pasien pada tingkat optimal di bawah kondisi dimana perilaku tersebut merupakan ancaman terhadap kesehatan fisik atau sosial atau dimana penyakit ditemukan (Linh, Cheng and Luo, 2020). Disimpulkan bahwa setiap individu memiliki cara bertindak yang terpola, terarah dan berulang yang terdiri dari sistem perilaku yang spesifik untuk individu.

Sub-sistem terus-menerus mengalami perubahan melalui proses pembelajaran dan menghasilkan pengalaman melalui stimulus khusus. Kemampuan masing-masing sub-sistem tergantung bagaimana interaksi masing-masing sub-sistem untuk mencapai hasil. Dimana setiap sub-sistem memiliki fungsi sebagai berikut:

1. Perilaku yang diambil dapat menggambarkan bentuk perilaku dan konsekuensi yang dicapai
2. Setiap individu memiliki kecenderungan bertindak sesuai tujuan dengan cara tertentu
3. Setiap sub-sistem memiliki lingkup Tindakan
4. Perilaku pasien adalah hasil yang dapat diamati

Perilaku diamati sebagai sub-sistem yang dipengaruhi oleh variabel bio-psiko-sosial budaya dan lingkungan (Anggorowati and Andria Praghlapati, *Eni Hidayati*, 2023). Beberapa fungsi memiliki hubungan dengan usia, jenis kelamin, motivasi, nilai dan kepercayaan. Johnson mengadaptasi empat teori dasar dalam konsep keperawatan yaitu tujuan yang akan dicapai, pengaturan, pilihan dan tindakan.

Gangguan pada sistem dan sub-sistem merupakan contoh ketegangan dan untuk mengembalikan keseimbangan diperlukan energi tambahan (Aini, *Fatmaningrum and Yusuf*, 2011). Energi tambahan berasal dari lingkungan eksternal salah satu contoh lingkungan eksternal adalah perawat. Perawat memiliki peran memodifikasi lingkungan eksternal untuk mendukung perubahan perilaku pasien. Setiap sub-sistem memiliki tiga persyaratan fungsional 1) Perlindungan: sub-sistem harus dilindungi dari efek bahaya 2) Mendukung: sub-sistem harus didukung oleh rangsangan dan efek 3) Peringatan: sub-sistem harus diperingatkan untuk memastikan perkembangan dan mencegah stagnasi (Anggorowati and Andria Praghlapati, *Eni Hidayati*, 2023).

Empat konsep utama model sistem perilaku Johnson diantaranya (Cormack, *Rgn and Diped*, 1992; Anggorowati and Andria Praghlapati, *Eni Hidayati*, 2023):

1. Individu

Perilaku individu sangat tergantung pengaruh dari lingkungan dikendalikan oleh faktor biologis dan sosiologis dan didukung oleh bagian-bagian yang membutuhkan harmoni untuk menjaga keseimbangan.

2. Lingkungan

Lingkungan terdiri dari faktor yang bukan bagian dari sistem perilaku individu. Lingkungan dapat diubah oleh perawat untuk mendapatkan kembali Kesehatan individu. Keselarasan antara perilaku dengan lingkungan merupakan respon positif (Ghanbari, 2018).

3. Kesehatan

Kesehatan merupakan kondisi dinamis yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis dan sosial. Kesehatan didefinisikan sebagai interaksi atau saling ketergantungan sub-dimensi dalam sistem perilaku. Kesehatan merupakan hasil yang dicapai dari situasi seimbang.

4. Perawat

Perawat adalah pendeteksi keseimbangan maupun ketidakseimbangan yang dialami individu ketika dibawah tekanan. Perawat mampu melindungi dan memantapkan integritas eksternal (Sutejo, 2016).

Penggunaan sistematik teori johnson dalam proses keperawatan melalui empat tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi dan evaluasi (Linh, Cheng and Luo, 2020). Penerapan Johnson Behavioral Model dalam proses keperawatan akan digambarkan sebagai berikut (Fruehwirth, 1989):

Tabel 9. 1. 1 Johnson Behavioral Model dalam Proses Keperawatan

Pengkajian	Pengkajian level 1: Ancaman nyata/persepsi Pengkajian level 2: Setiap sub-sistem yang dicurigai dianalisa setiap struktur dan fungsinya
Diagnosis Keperawatan	Insufisiensi/perbedaan dalam subsistem - struktur stress
Intervensi	Struktur - fokus pada tujuan - pengaturan, pilihan dan tindakan

	Fungsional – fokus pada keharusan bertahan hidup
Evaluasi	Perubahan dalam sub-sistem – tujuan klien merespon – hasil

Model sistem perilaku johnson memiliki empat tujuan:

1. Membantu pasien yang perilakunya proporsional dengan tuntutan sosial;
2. Membantu pasien yang dapat memodifikasi perilakunya dengan cara yang mendukung keharusan biologis;
3. Membantu pasien yang dapat memperoleh manfaat sepenuhnya selama sakit dari pengetahuan dan keterampilan dokter;
4. Membantu pasien yang perilakunya tidak memberikan bukti trauma yang tidak perlu akibat penyakit.

E. Daftar Pustaka

- Aini, N., Fatmaningrum, W. and Yusuf, A. (2011) *'Diabetes Meningkatkan Perilaku Pasien Dalam Tatalaksana Diabetes Melitus Dengan Pendekatan Teori Model Behavioral Sistem Dorothy E. Johnson'*, Jurnal Ners, 6(1), pp. 1–10.
- Alligood, M.A. (2014) *Nursing Theorists and Their Work (8th edn)*. 8th edn, Contemporary Nurse. 8th edn. Edited by D.L. Vogel. Ohio. Available at: <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>.
- Anggorowati and Andria Pragholapati, Eni Hidayati, E.S. (2023) *'Aplikasi Model Sistem Perilaku Johnson dalam Asuhan Keperawatan'*, Jurnal Keperawatan, 15(September), pp. 1299–1308.
- Cormack, D.F.S., Rgn, R.M.N. and Diped, M. (1992) *'Criteria for evaluating the clinical and practical utility of models used by nurses Desmond F S Cormack RMN RGN MPhil DipEd PhD DipN and William Reynolds RMN RNT RGN MPhil Senior Tutor Highland College of Nursing and Midwifery, Inverness, Scotlarui'*, pp. 1472–1478.

- Fruehwirth, S.E.S. (1989) '*An Application of Johnson's Behavioral Model: A Case Study*', *Journal of Community Health Nursing*, 6(2), pp. 61-71. Available at: https://doi.org/10.1207/s15327655jchn0602_2.
- Ghanbari, A. (2018) '*Designing Nursing Care Program Based on Johnson Behavioral Model in Children with Acute Lymphoblastic Leukemia : A Case Study*', 11(1), pp. 631-638.
- Hidayati, E. and Ismail, S. (2023) *Theory Analysis: Dorothy E. Johnson (Behavioral Theory) According to the Chinn and Kramer Model*. Atlantis Press International BV. Available at: https://doi.org/10.2991/978-94-6463-132-6_31.
- Linh, T., Cheng, Y. and Luo, Y.-W. (2020) '*The Application Progress of Johnson's Behavior System Model*', *Journal of Engineering Research and Application* www.ijera.com, 10(03), pp. 39-42. Available at: <https://doi.org/10.9790/9622-1003053942>.
- Reynolds, W. and Cormack, D.F.S. (1991) '*An evaluation of the Johnson's Behavioural System Model of Nursing*', *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), pp. 1122-1130. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb03374.x>.
- Sutejo (2016) '*Penerapan Terapi Sosial Skills Training Pada Klien Isolasi Sosial dengan Pendekatan Teori Dorothy E. Johnson Behavioral System Model di Kelurahan Balumbang Jaya Kecamatan Bogor Barat Kota Bogor*', *NERS Jurnal Keperawatan*, 9(1), p. 18. Available at: <https://doi.org/10.25077/njk.9.1.18-24.2013>.

BAB 10

TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN DOROTHEA E. OREM

Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep

A. Pengantar Teorist

Dorothea E. Orem merupakan salah satu tokoh dalam pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan. Menurut Dorothea E. Orem, keperawatan merupakan salah satu pemberian layanan perawatan yang berfokus pada manusia. Sejak tahun 1950, Dorothea E. Orem sudah memiliki pandangan jauh kedepan tentang perlunya mengenali dan mengidentifikasi fokus keperawatan secara tepat, memberikan suatu klarifikasi terkait batasan serta domain praktik keperawatan dalam rangka meningkatkan evolusi disiplin ilmu keperawatan. Orem memulai teorinya dengan mencoba mencari tahu jawaban dari sebuah pertanyaan tentang apa yang dibutuhkan orang terkait pemberian asuhan keperawatan. Orem kemudian mempunyai sebuah kesimpulan tentang kondisi manusia tentang kebutuhan perawatan sangat terkait dengan kesehatan serta kemampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhan akan perawatan kesehatannya. Hal ini kemudian memberikan sebuah jawaban Orem akan pertanyaan terkait kebutuhan perawatan apa yang diperlukan pada situasi yang memprihatinkan kesehatannya? Orem kemudian mengidentifikasi perhatian khusus keperawatan sebagai kebutuhan individu untuk perawatan diri dan bagaimana kemampuan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri tersebut.



Gambar 10. 1. Foto dokumentasi Dorothea E. Orem

B. Gambaran Spesifik Keperawatan

Tiga teori mendasar yang diungkapkan oleh Dorothea E. Orem adalah teori tentang perawatan diri, defisit perawatan diri serta sistem keperawatan.

Ilmu keperawatan mengetahui dan berusaha untuk memperluas serta memperdalam pengetahuan tentang struktur proses keperawatan dan struktur internal, konstitusi, dan sifat kekuatan dan sifat individu yang membutuhkan keperawatan dan individu yang menghasilkannya. Harre (1970) mengidentifikasi teori sebagai kompleks "gambaran pernyataan" yang memberikan penjelasan tentang konstitusi dan perilaku entitas yang interaksinya satu sama lain bertanggung jawab atas pola perilaku yang terwujud. Teori keperawatan defisit perawatan diri mengekspresikan baik sifat entitas dan interaksi entitas yang bertanggung jawab atas proses, pola perilaku, yang dikenal sebagai keperawatan. Kedua ekspresi teoretis berawal dari pemahamannya tentang alasan mengapa kebutuhan individu diperlukan dan dapat dibantu melalui keperawatan. Pemahaman tersebut menandai awal dari ilmu keperawatan.

Dalam teori umum keperawatan, konseptualisasi spesifik keperawatan mendasarkan pada sifat dan kekuatan manusia yang terus dipelajari dalam ilmu keperawatan. Misalnya, dalam teori keperawatan : defisit perawatan diri, individu sepanjang

siklus hidup mereka dipandang sebagai bagian yang memiliki permintaan keterlibatan dalam perawatan diri secara terus menerus. Dalam perawatan diri; merupakan komponen tindakan yang dilakukan atas permintaan kebutuhan perawatan diri terapeutik. Teori perawatan diri (Orem, 1995) menawarkan penjelasan teoritis tentang permintaan tindakan yang berkelanjutan ini. Individu juga dipandang sebagai manusia yang memiliki kekuatan (dinamakan agen perawatan diri) untuk mengembangkan dan melatih kemampuan yang diperlukan bagi mereka untuk mengetahui dan memenuhi komponen tuntutan perawatan diri terapeutik mereka. Keperawatan diperlukan ketika individu kekuatan operasional dan kemampuan untuk mengetahui dan memenuhi tuntutan perawatan diri terapeutik mereka sendiri yang belum terpenuhi/tidak memadai, secara keseluruhan atau sebagian, dalam kerangka acuan waktu-tempat (yaitu, agen perawatan diri mereka), bisa jadi karena kondisi kesehatan atau kondisi terkait perawatan kesehatan.

Gagasan inti dari pandangan spesifik keperawatan bahwa individu adalah manusia dewasa yang telah belajar dan terus belajar untuk memenuhi beberapa atau semua komponen tuntutan perawatan diri terapeutik mereka sendiri dan tuntutan perawatan diri terapeutik tanggungan mereka. Keterlibatan manusia dewasa dalam perawatan diri dan perawatan yang ada dalam tanggung jawabnya dapat diketahui oleh orang lain dengan mengamati tindakan mereka selain melalui informasi subyektif tentang apa yang dilakukan dan apa yang tidak dilakukan untuk diri dan orang lain yang harus dibantu pemenuhannya termasuk alasan apa yang dilakukan atau apa yang tidak dilakukan.

Diketahui bahwa tuntutan perawatan diri terapeutik dan agen perawatan diri bervariasi secara kualitatif dan kuantitatif dari waktu ke waktu untuk individu. Hal ini diidentifikasi dalam teori keperawatan : Defisit Perawatan Diri sebagai variabel pasien yang ditangani oleh perawat dan orang yang membutuhkan asuhan keperawatan dalam proses dimana

keperawatan diperlukan. Karena nilai masing-masing bervariasi, hubungan di antara mereka bervariasi. Ketika, untuk alasan terkait kesehatan dan perawatan kesehatan, agensi perawatan diri individu tidak setara dalam perkembangannya untuk memenuhi permintaan perawatan diri terapeutik mereka yang ada dan berubah, akan terjadi defisit perawatan diri. Keberadaan aktual atau potensial dari hubungan defisit terkait kesehatan antara permintaan perawatan dan kekuatan agensi adalah alasan mengapa individu memerlukan asuhan keperawatan.

Teori Keperawatan : Defisit Perawatan Diri menawarkan penjelasan bahwa kondisi internal dan eksternal yang timbul dari atau terkait dengan kondisi kesehatan individu dapat menyebabkan keterbatasan tindakan individu untuk terlibat dalam perawatan diri sendiri, misalnya, kurangnya pengetahuan atau keterampilan yang dikembangkan, atau kekurangan energi (Orem, 1995). Keberadaan dan sifat keterbatasan tindakan seperti itu dapat mengatur hubungan defisit antara kekuatan tindakan individu yang dikembangkan dan kekuatan operasional agen perawatan diri dan jenis dan frekuensi tindakan yang disengaja untuk dilakukan untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan individu.

Kekuatan kritis dalam keperawatan adalah kekuatan perawat untuk merancang dan menghasilkan asuhan keperawatan untuk orang lain. Kekuatan ini disebut dengan "nursing agency". Nursing agency dalam pemberian asuhan keperawatan harus dibuat jelas. Identifikasi dan pengembangan nursing agency untuk merancang dan menghasilkan asuhan keperawatan untuk orang lain merupakan elemen penting dalam teori umum keperawatan yang valid. Investigasi kekuatan dan kemampuan ini serta kondisi pelaksanaannya merupakan komponen penting dari ilmu keperawatan.

Perawat harus memiliki pengetahuan dan terampil dalam menyelidiki dan memperhitungkan tentang tuntutan perawatan diri terapeutik individu, dalam menentukan tingkat perkembangan dan bagaimana nursing agency dilaksanakan,

dengan memperkirakan potensi seseorang atau pengembangan kekuatan mereka. Kemampuan perawat diperluas untuk membantu individu dengan defisit perawatan diri secara tepat terkait kesehatan untuk mengetahui dan memenuhi dengan bantuan yang tepat dalam komponen tuntutan perawatan diri terapeutik mereka dan pengembangan kekuatan nursing agency. Hasil keperawatan ini berkontribusi pada kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan individu di bawah asuhan perawat. Hasil, tentu saja, terkait dengan alasan mengapa individu memerlukan asuhan keperawatan.

Teori Keperawatan : Defisit Perawatan Diri seperti yang telah dikembangkan, dibangun dari wawasan yang diungkapkan tentang kekuatan dan sifat orang yang membutuhkan asuhan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan untuk individu, dan proses untuk memberikan asuhan keperawatan dalam situasi banyak orang, termasuk keluarga dan komunitas (Orem, 1995). Ini merupakan perkembangan dari profesional keperawatan. Pada tahap awal dan akhir perkembangan teori umum ini pengembang keperawatan secara resmi mengakui bahwa keperawatan adalah tiga serangkai sistem tindakan yang saling terkait, sistem teknis profesional, yang keberadaannya bergantung pada keberadaan sistem interpersonal, dan sistem sosial yang menetapkan dan melegitimasi hubungan kontrak perawat dan orang yang membutuhkan asuhan keperawatan.

Mahasiswa keperawatan harus dibantu untuk memahami dan mengenali dalam situasi praktik keperawatan yang konkret tentang fitur tripartit dari sistem keperawatan (teori perawatan diri, deficit perawatan diri serta nursing agency) dan hubungannya di antara mereka. Ilmu keperawatan teoritis membedakan konten interpersonal dari konten teknologi profesional dan menentukan konten yang membangun hubungan antara teknologi keperawatan interpersonal dan profesional serta menetapkan validitas atau kurangnya validitas sistem kontrak masyarakat.

Sistem masyarakat biasanya dimulai atau didirikan dengan menetapkan pihak-pihak yang mengadakan kontrak dan hubungan yang sah. Hubungan awal mungkin tidak bertahan atau sah sepanjang situasi praktik keperawatan. Mungkin ada atau harus ada perubahan pada perawat dan orang yang dikontrak untuk perawatan tersebut. Sistem kontrak kemasyarakatan melegitimasi hubungan interpersonal perawat dan orang yang mencari keperawatan dan wali mereka yang sah. Sistem interpersonal terbentuk dari serangkaian dan urutan interaksi dan komunikasi di antara pihak-pihak yang sah yang diperlukan untuk desain dalam kerangka setting yang ada. Sistem keperawatan yang profesional adalah sistem tindakan yang produktif dari keperawatan. Sistem ini bergantung pada interaksi awal dan berkelanjutannya dari sistem interpersonal yang efektif.

Teori umum keperawatan yang komprehensif membahas apa yang dilakukan perawat, mengapa mereka melakukan apa yang mereka lakukan, siapa melakukan apa, dan bagaimana mereka melakukan apa yang mereka lakukan. Dengan demikian, teori umum keperawatan yang valid menetapkan desain profesional keperawatan yang spesifik untuk makna keperawatan. Sebuah teori umum keperawatan yang membahas desain teknologi profesional keperawatan memberikan poin artikulasi dengan desain interpersonal keperawatan dan menetapkan standar untuk sistem interpersonal yang aman dan efektif. Ciri-ciri ini juga menunjukkan legitimasi, atau kebutuhan akan perubahan, sistem kontrak masyarakat. Sifat tripartit dari sistem keperawatan dalam kerangka Self Care Deficit Nursing Theory, lihat perkembangan keperawatan dari "Triad Sistem." (Parker, 2001)

Dalam upaya merencanakan kurikulum keperawatan untuk perawat praktik berlisensi, Dorothea Orem sedang mencari kerangka kerja pragmatis untuk mengatur pengetahuan keperawatan. Dia berfokus pada pertanyaan "Apa itu keperawatan?" dan "Kapan orang membutuhkan asuhan keperawatan?" dan dari sini dia menyimpulkan bahwa orang

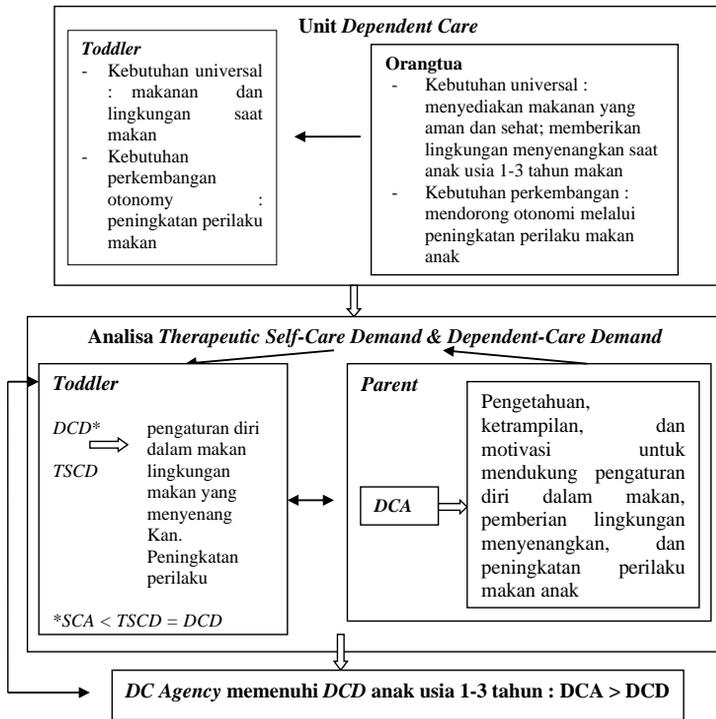
membutuhkan keperawatan ketika mereka tidak dapat merawat diri mereka sendiri. Pada tahun 1971, dia mempresentasikan teori keperawatan : defisit perawatan diri (S-CDTN) dalam buku Konsep Praktek Keperawatan dan terus merevisi dan memperbarui teorinya. Teori Orem, berpusat pada individu, berorientasi pada masalah, dan mudah beradaptasi dalam berbagai situasi klinis. Sebagai grand theory, S-CDTN memiliki tiga teori yang saling berhubungan: teori perawatan diri, teori defisit perawatan diri, dan teori sistem keperawatan. Masing-masing dibahas dalam teks berikut.

1. TEORI PERAWATAN DIRI/Self Care Theory.

Menurut teori ini, perawatan diri adalah perilaku yang dipelajari dan tindakan yang disengaja dalam menanggapi suatu kebutuhan. Perawatan diri merupakan suatu kebutuhan manusia. Orem mengidentifikasi tiga kategori persyaratan perawatan diri: persyaratan perawatan diri universal, persyaratan perawatan diri perkembangan, dan persyaratan perawatan diri penyimpangan kesehatan. Persyaratan perawatan diri universal adalah umum untuk semua manusia dan mencakup kebutuhan interaksi fisiologis dan sosial. Persyaratan perawatan diri perkembangan adalah kebutuhan yang muncul saat individu tumbuh dan berkembang. Persyaratan perawatan diri penyimpangan kesehatan dihasilkan dari kebutuhan yang dihasilkan oleh penyakit atau keadaan sakit. Perawatan diri dilakukan oleh individu yang dewasa dan matang. Ketika orang lain harus melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri, kondisi ini disebut dengan dependent care agency (DCA). Contoh setting terkait DCA ini missal terkait pemberian makan orangtua pada anak toddler.

DCA merupakan kemampuan orangtua memperoleh informasi, perencanaan dan pengambilan keputusan serta tindakan dalam mengetahui dan memenuhi kebutuhan perawatan diri anak usia 1-3 tahun yang tepat (Orem, Tailor & Rappenning, 2001). DCA adalah kemampuan dan kekuatan orangtua untuk memenuhi

kebutuhan makan anak-anak, karena anak masih tergantung secara sosial dengan orangtua (Orem 2001 cit Mielke, 2010). Anak usia 1-3 tahun berhadapan dengan tahapan otonomi serta kemandirian yang sedang berkembang, diperlukan kehadiran dan batasan yang tepat dari orangtua sebagai gate keeper (Hockenberry & Wilson, 2011; Horodyski & Stommel, 2005; Birch & Ventura, 2009; Istiany & Rusilanti, 2013; Golan & Crow, 2004). Orangtua juga perlu mengetahui tingkat ketergantungan pemenuhan kebutuhan makan anak usia 1-3 tahun, karena anak usia 1-3 tahun masih tergantung secara sosial dengan orangtua, serta mempunyai keterbatasan pengetahuan untuk memenuhi kebutuhan makan dan kemandirian dalam hal makan (Taylor, et al, 2001; Arndt & Horodyski, 2004).



Gambar 2. Dependent Care Operations

Note : DCD=dependent care demand; SCA=self-care agency; DC=dependent care; TSCD=therapeutic self-care demand; DCA=dependent care agency (Tailor, 2001; Arndt & Horodynski, 2004)

Gambar 10. 2. Dependent Care Operations

Dependent-care adalah pemberian bantuan dari orangtua pada anak usia 1-3 tahun dalam pemberian makanan dan kebutuhan interaksi. Orangtua membantu memberikan nutrisi yang tepat dan memberikan dorongan, membimbing dan mengarahkan anak selama waktu makan dan mendukung pengembangan pribadi melalui interaksi dan mengajari melalui contoh peran (Orem city Arndt & Horodynski, 2004).

Dependent-care adalah perilaku yang dipelajari (Taylor, et al., 2001). Belajar adalah suatu perubahan perilaku. Belajar dapat mempromosikan perkembangan Dependent

Care agent yang dipengaruhi oleh pengetahuan, motivasi dan keterampilan; yang merupakan komponen kekuatan dependent care agency yang diperlukan orangtua (Moore, et al., 2007; Taylor, et al, 2001) dalam memenuhi kebutuhan makan yang sehat dan interaksi selama kegiatan makan pada anak usia 1-3 tahun (Arndt & Horodynski, 2004). Komponen kekuatan dalam DCA adalah kemampuan secara khusus dalam kesehatan terkait tindakan perawatan diri orang lain dengan tepat (Orem, Taylor & Renpenning., 2001). Komponen kekuatan ini berpengaruh dalam efektifitas perawatan diri atau kemampuan untuk memberikan bantuan perawatan diri untuk orang lain (Shin, 2007).

Komponen tersebut antara lain (Orem, Taylor & Renpenning., 2001) :

- a. Kemampuan untuk mempertahankan dan melatih kewaspadaan yang diperlukan sehubungan dengan kesadaran diri sebagai agen pemberi perawatan diri dan mengidentifikasi kondisi internal dan eksternal dan faktor yang penting untuk perawatan diri
- b. Pengendalian penggunaan energi fisik yang tersedia sehingga cukup untuk mengawali dan menjaga keberlangsungan kegiatan perawatan diri
- c. Kemampuan untuk mengontrol gerakan tubuh dan bagian-bagiannya dalam pelaksanaan gerakan yang diperlukan untuk memulai dan keberlangsungan kegiatan perawatan diri
- d. Kemampuan untuk berpikir dalam kerangka acuan untuk kebutuhan perawatan diri
- e. Motivasi (yaitu orientasi tujuan untuk perawatan diri yang sesuai dengan karakteristik dan manfaatnya untuk kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan)
- f. Kemampuan untuk membuat keputusan terkait perawatan diri dan kemampuan untuk melaksanakannya
- g. Kemampuan untuk memperoleh pengetahuan teknis tentang perawatan diri dari sumber-sumber yang berwenang, untuk mempertahankannya dan untuk

melaksanakannya berdasarkan kemampuan yang dimiliki

- h. Sebuah wawasan kognitif, persepsi, manipulatif, komunikasi dan keterampilan interpersonal yang digunakan untuk melakukan tindakan perawatan diri
- i. Kemampuan untuk merencanakan tindakan perawatan diri tersendiri atau sistem tindakan ke dalam hubungan dengan tindakan sebelum dan selanjutnya menuju pencapaian akhir dari tujuan pengaturan perawatan diri
- j. Kemampuan untuk melakukan tindakan perawatan diri secara konsisten, mengintegrasikannya dengan aspek-aspek yang relevan dengan aspek individu, keluarga dan lingkungan masyarakat

Orang tua, sebagai dependent-care agent (DC agent), menerima tanggung jawab untuk memenuhi therapeutic self-care demand (TSCD) yang secara sosial dibutuhkan anak-anak usia 1-3 tahun meliputi pengaturan dan self-care agency (SC agency) anak usia 1-3 tahun. Orang tua diasumsikan mempunyai peran ganda, yaitu sebagai self-care agent (SC agent) and Dependent Care Agent (DC agent) (Arndt & Horodynski, 2004). Faktor manusia/internal dan lingkungan/eksternal (Orem, Taylor & Renpenning, 2001; Mielke, 2010), mempengaruhi orangtua dalam membantu memenuhi kebutuhan makan anak usia 1-3 tahun. Faktor internal dan eksternal adalah faktor individu dan faktor lingkungan yang berpengaruh pada kemampuan orang tua untuk melakukan dependent-care action dan nilai atau cara orangtua untuk memenuhi kebutuhan pemberian makan pada anak usia 1-3 tahun.

Faktor internal dan eksternal tersebut antara lain :

- a. Usia.

Orang tua (ayah dan ibu), mempunyai rasa tanggung jawab dan tekanan yang lebih dalam hal makan pada anak yang lebih muda daripada anak yang lebih tua, dimana saudara laki-laki yang lebih tua merasakan

tekanan dalam hal makan lebih banyak dilakukan oleh ayah (Pulley, et al., 2014). Tindakan pemenuhan kebutuhan makan berbeda dipengaruhi oleh perbedaan usia, dimana anak usia 1-3 tahun yang sedang dalam fase perkembangan, membutuhkan orang lain sebagai dependent care agent yaitu orangtua. Sebaliknya pada anak yang lebih besar, sudah mulai memiliki kemampuan pemenuhan kebutuhan makan secara mandiri.

Anak usia 1-3 tahun biasanya makan dengan porsi sedikit tapi sering, juga cenderung mulai memilih jenis makanan, ketertarikan terhadap makanan dapat menurun dan berubah, kadang menggunakan makanan sebagai permainan. Ketidaktahuan orang tua tentang jumlah dan kualitas makanan juga kurangnya pemahaman tentang pemberian makan yang tepat menjadi pendorong munculnya masalah malnutrisi, gizi lebih, lesu, mudah lemas, banyak tidur, penurunan minat terhadap kegiatan/permainan, pucat karena kurangnya asupan kalori yang memadai. Kegagalan mempertahankan berat badan merupakan tanda peringatan asupan makanan anak usia 1-3 tahun (Gilbert, 1998 cit Vasquez & Kathy, 2006). Anak usia 1-3 tahun mulai meniru orang dewasa di sekitarnya (Mena, 1986) dalam pemenuhan kebutuhan makan, dimana bersamaan dengan itu anak belajar dari orang dewasa dalam pemilihan makanan.

Dalam berperilaku pemberian makan, penggunaan kontrol terbuka maupun secara diam-diam tidak berhubungan dengan usia ibu (Jarman, et al., 2015). Ibu usia remaja yang sering mengonsumsi makanan ringan lebih besar kemungkinannya untuk menawarkan makanan ringan untuk anak-anak mereka, antara lain makanan ringan yang rendah kualitas gizinya termasuk cookies, makanan ringan keju dan keripik kentang (Papas, et al., 2009).

b. Jenis kelamin

Penelitian Pulley, et al (2014) melaporkan bahwa ibu cenderung mempunyai skor yang lebih tinggi dalam tanggung jawab dan melakukan monitoring terhadap makan anak usia 1-5 tahun daripada ayah, sementara ayah lebih cenderung melakukan tekanan dalam hal makan pada anaknya. Ibu dengan anak laki-laki cenderung lebih banyak menggunakan perintah dan sedikit pertanyaan/saran daripada ibu dengan anak perempuan (Power, et al., 2015). Ibu dengan anak laki-laki usia pra sekolah cenderung mendorong anaknya untuk makan dengan frekuensi sering daripada ibu dengan anak perempuan (Farrow, et al cit Power, et al., 2015). Studi observasi pada anak usia 7-13 tahun, orang tua dengan anak laki-laki melakukan kontrol perilaku pada saat makan secara berlebih daripada orang tua dengan anak perempuan (Moens, et al cit Power, et al., 2015)

c. Tahap perkembangan

Pengendalian terhadap pola makan anak merupakan tantangan yang dihadapi orang tua selama masa pertumbuhan dan perkembangan anak. Tindakan orangtua untuk mengatasinya adalah dengan melakukan pembatasan konsumsi makanan ringan yang tidak sehat, orang tua cenderung menghindari konflik saat situasi menantang daripada memastikan asupan diet yang berkualitas (Jarman, et al., 2015). Ibu dan Ayah cenderung cenderung melakukan penekanan serta adanya peningkatan rasa tanggung jawab dalam pemberian makan anak yang lebih muda daripada anak yang lebih tua (Pulley, et al., 2014). Orang tua yang memiliki anak lebih dari satu, cenderung melakukan penekanan dan peningkatan rasa tanggung jawab pada anak ke-2 dan seterusnya dibanding anak pertama atau sebelumnya.

d. Orientasi sosiokultural

Menurut Power, et al (2015), Ibu dari Amerika Latin menunjukkan tingkat yang lebih tinggi dalam mengajarkan keterampilan makan dan mendorong anak-anaknya untuk makan, sementara Ibu dari Afrika yang tinggal di Amerika menunjukkan tingkat yang lebih tinggi dalam menegakkan tata krama dalam makan, termasuk bagaimana anak harus membersihkan alat makannya setelah selesai pada anak usia pra sekolah. Dalam berperilaku pemberian makan, penggunaan kontrol terbuka maupun secara diam-diam oleh orangtua tidak berhubungan dengan pendidikan ibu (Jarman, et al., 2015). Orientasi sosiokultural orang tua menentukan jenis makanan yang mengandung protein yang disiapkan oleh orang tua untuk pemenuhan kebutuhan makan anaknya, sehingga perawat perlu mengembangkan pemahaman tentang berbagai variasi makanan yang kaya akan protein tanpa bertentangan dengan sosiokultural pasien (Orem, Taylor & Renpenning., 2001)

e. Status kesehatan

Ibu dengan anak prasekolah yang mempunyai berat badan normal, cenderung mendorong anaknya untuk meningkatkan makan dan cenderung lebih rendah dalam melakukan pembatasan makan (Power, et al., 2015). Orang tua (baik ayah maupun ibu) yang melakukan tindakan pengendalian makan secara terbuka pada anak menunjukkan skor neophobia/picky eater anak terhadap makanan yang lebih tinggi (Jarman, et al., 2015)

f. Sistem perawatan kesehatan; penyakit dan terapi modalitas

Anak yang tidak mampu menelan, menjadikan pedoman bagi pengasuh/orangtua untuk melakukan konsultasi ke tenaga kesehatan untuk membantu memilih metode pemberian makan dengan jalur lain, misal enteral/parenteral.

Dalam konteks lain, adanya advokasi tenaga kesehatan yang tepat kaitannya breastfeeding, membantu ibu dalam meningkatkan pemberian ASI kepada anaknya. Adanya program untuk remaja yang diabetes berupa “Coping Skills Training Helping Youths and Their Families Deal with Diabetes”, hasilnya orang tua dan kakek/nenek mampu mendemonstrasikan peningkatan nutrisi yang lebih sehat (Grey, et al., 2013)

g. Sistem keluarga

Kontributor pemberian makan anak yang tertinggi biasanya dilakukan oleh ibu, menurut Fouts & Brookshire (2009) menyatakan bahwa kombinasi kontribusi allomaternal (yaitu kontribusi oleh ayah, nenek, bibi, saudara dan sepupu) dalam pemberian makan pada anak didapatkan lebih tinggi dari ibu pada anak usia 2-4 tahun.

h. Gaya hidup, keterlibatan dalam kegiatan sehari-hari

Ibu yang mempunyai pribadi yang hangat (emosi yang stabil, menerima anak-anak mereka, sensitif dengan kebutuhan anak-anak mereka, adanya tantangan orangtua sebagai sebuah harapan yang harus dikelola dan dihadapi dan yang mempunyai keterlibatan dan kegembiraan dalam hubungannya dengan anak-anak mereka), biasanya kecil kemungkinannya melakukan penekanan pada anak-anak dalam hal makan, karena mempunyai kepercayaan yang cukup terkait keyakinannya dalam pemberian makan pada anak (Leung, et al., 2015).

Gaya pengasuhan merepresentasikan tipologi perilaku tentang bagaimana orangtua berinteraksi dengan anak-anak dalam kehidupan sehari-hari yang dicirikan oleh dua dimensi (kontrol dan tanggap/kehangatan). Gaya pengasuhan yang mungkin dilakukan orangtua dalam pemberian makan pada anak terdiri dari empat kategori : otoritatif (Kontrol tinggi, respon tinggi), memanjakan/permisif (kontrol rendah, respon tinggi),

lalai (kontrol rendah, respon rendah), dan otoriter (kontrol tinggi, tanggap rendah)

i. Lingkungan

Ibu yang sedang dalam program diet mengurangi makan cenderung membatasi intake makanan anaknya; ibu yang makan karena alasan fisik serta perhatian terkait keterampilan makan kontekstual (memperhatikan konsumsi makanan, merencanakan kesempatan makan teratur dan bergizi) lebih mungkin untuk memantau asupan makan anaknya; ibu yang memiliki keterampilan kontekstual terkait makan lebih mungkin untuk membagi tanggung jawab pemberian makan dengan anak-anaknya (Tylka, et al., 2012). Pilihan makan anak usia bayi dan balita dipengaruhi oleh faktor lingkungan, termasuk contoh peran orang lain di sekitarnya dan frekuensi paparan terhadap makanan (Papas, et al., 2009).

Penelitian Bruening, et al. (2012), menyatakan bahwa orangtua tunggal memiliki potensi terjadinya kerawanan pangan tertinggi dalam penyediaan makanan di keluarga dengan anak usia remaja di sebuah sekolah kabupaten di Minnesota dibanding orangtua yang menikah (hidup bersama dengan pasangannya), yang berkaitan dengan index massa tubuh/status gizi anak. Penelitian Northstone & Emmett (2013), kesadaran kesehatan orang tua tentang diet yang sehat meliputi buah, sayuran, telur, kacang-kacangan dan jus; berhubungan dengan status orang tua yang hidup dengan pasangannya ketika anaknya berusia dua tahun. Ibu yang mengalami gejala depresi yang lebih tinggi menunjukkan praktik pemberian makan yang kurang responsif daripada ibu dengan gejala depresi yang lebih ringan (Goulding, et al., 2014).

j. Sumber yang memungkinkan dan adekuat

Power, et al (2015), melakukan penelitian kepada delapan ibu Afrika yang tinggal di Amerika, yang berpenghasilan rendah dengan anaknya yang usia pra

sekolah, dilakukan perekaman saat kegiatan makan malam di rumah, setelah dilakukan analisis, hasilnya banyak ibu menghabiskan waktu yang berlebih untuk mendorong makan meskipun anak menyatakan sudah kenyang. Ibu jarang mendiskusikan tentang karakteristik makanan, jarang mengungkapkan rasa kenyang dan lapar di hadapan anak-anaknya, dan ibu lebih banyak menyampaikan tentang sopan santun pada saat makan daripada mengajarkan keterampilan dalam hal makan.

Ketersediaan dan kecukupan sumber daya mempengaruhi terutama pemilihan sarana untuk memenuhi fasilitas perawatan diri dan tindakan perawatan yang terkait. Misalnya, ketersediaan makanan yang mengandung protein; biaya menentukan apakah individu dapat memenuhi kebutuhan tersebut untuk menjaga asupan makanan yang cukup, terutama bagi orang-orang yang hidup di bawah kondisi tertentu. Ketersediaan sumber daya, mempengaruhi cara memenuhi kebutuhan perawatan diri seorang individu, dan cara yang dilakukan sehubungan dengan penggunaan sumber daya.

Kesepuluh point di atas, menurut Orem juga merupakan basic conditioning factor yang juga dapat diterapkan pada situasi dan setting perawatan lainnya, tidak hanya terkait perilaku orangtua dalam pemberian makan, namun dapat diterapkan pada situasi dan kondisi umum lainnya dalam pemberian asuhan keperawatan.

2. TEORI DEFISIT PERAWATAN DIRI/Self-Care Deficit Theory.

Teori ini menyatakan bahwa asuhan keperawatan diperlukan orang ketika didapatkannya keterbatasan yang tidak memungkinkan mereka untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri mereka. Hubungan antara perawat dan klien dibangun ketika ada defisit perawatan diri. Defisit perawatan diri, bukan diagnosis medis, menentukan kebutuhan akan

asuhan keperawatan. Menurut Orem, satu-satunya kebutuhan yang sah dalam asuhan keperawatan adalah ketika ada defisit perawatan diri. Adanya defisit perawatan diri membutuhkan asuhan keperawatan

3. TEORI SISTEM KEPERAWATAN/Nursing Systems Theory.

Ini adalah teori pemersatu yang "merangkum teori defisit perawatan diri dengan menggabungkan teori perawatan diri". Teori sistem keperawatan mencoba untuk menjawab pertanyaan "Apa yang dilakukan perawat?" Ini adalah pertanyaan awal yang mendorong pengembangan teori Orem.

Perawat menentukan apakah ada kebutuhan yang sah untuk asuhan keperawatan. Apakah seseorang mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri? Apakah ada defisit? Jika terdapat defisit, maka perawat merencanakan asuhan yang mengidentifikasi apa yang harus dilakukan oleh siapa: perawat, klien, atau lainnya (keluarga atau orang terdekat). Secara kolektif, tindakan semua orang ini disebut sistem keperawatan/nursing system. Orem mengidentifikasi tiga jenis sistem keperawatan: bantuan penuh/Wholly compensatory, bantuan sebagian/partially compensatory, dan pendidikan suportif/supportive educative.

Dalam sistem keperawatan berupa bantuan penuh, perawat mendukung dan melindungi klien, mengkompensasi ketidakmampuan klien untuk merawat dirinya sendiri, dan berusaha memberikan perawatan untuk klien. Perawat akan menggunakan sistem keperawatan berupa bantuan sepenuhnya saat merawat bayi baru lahir atau klien di unit perawatan dengan postanesthesia yang baru pulih dari pembedahan. Kedua klien ini sama sekali tidak dapat memberikan perawatan diri.

Dalam sistem keperawatan bantuan sebagian, baik perawat maupun klien sama-sama melakukan tindakan perawatan. Misalnya, perawat dapat membantu klien pasca operasi untuk ambulasi. Perawat dapat membawa nampan makanan untuk klien yang mampu makan sendiri. Perawat

membantu apa yang tidak dapat dilakukan klien. Klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri yang dipilih tetapi juga menerima perawatan yang dilakukan oleh perawat untuk kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi klien secara mandiri.

Dalam sistem keperawatan suportif edukatif, tindakan perawat adalah membantu klien mengembangkan kemampuan perawatan diri mereka sendiri melalui pengetahuan, dukungan, dan dorongan. Klien harus belajar dan melakukan aktivitas perawatan diri mereka sendiri. Sistem keperawatan edukatif suportif digunakan ketika seorang perawat membimbing seorang ibu baru untuk menyusui bayinya. Konseling klien psikiatri tentang strategi koping yang lebih adaptif adalah contoh lain penggunaan sistem keperawatan suportif edukatif.

Orem berfokus terutama pada kebutuhan seseorang dan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Penekanan yang lebih rendah diberikan untuk mendefinisikan kesehatan dan lingkungan. S-CDTN berguna dalam menentukan jenis bantuan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien dan, oleh karena itu, bermanfaat sebagai teori yang memandu praktik keperawatan. Teori Orem konsisten dengan karakteristik paradigma totalitas.

(DeLaune, Sue C. and Ladner, Patricia K., 2011), Menurut Orem, keperawatan adalah layanan kepada manusia, dan perawat merancang intervensi untuk memberikan atau mengelola tindakan perawatan diri untuk mempertahankan kesehatan atau pemulihan dari penyakit atau cedera (Taylor, C.R., dkk. 2011).

C. Daftar Pustaka

- Arndt, M. J & Horodyski M. A. O. (2004). *Theory of Dependent-Care in Research With Parents of Toddlers: The NEAT Project*. Nurs Sci Q 2004 17: 345
- Birch, LL & Ventura, AK. (2009). *Preventing childhood obesity: what works? International Journal of Obesity* (2009) 33, S74-S81

- Bruening, M., MacLehose, R., Loth, K., Story, M & Neumark-Sztainer, D. (2012). *Feeding a Family in a Recession : Food Insecurity Among Minnesota Parents*. American Journal of Public Health 102.3(Mar 2012): 520-6.
- DeLaune, Sue C. and Ladner, Patricia K. (2011). *Fundamentals of Nursing : Standard and Practice. Fourth edition*. USA : Delmar, Cengage Learning
- Fouts, H. N & Brookshire, R. A. (2009). *Who feeds children? A child's-eye-view of caregiver feeding patterns among the Aka foragers in Congo*. Social Science & Medicine 69 (2009) 285–292
- Golan, M & Crow, S. (2004). *Parents Are Key Players in the Prevention and Treatment of Weight Related Problems*. Nutrition Reviews Jan 2004, 62 , 1
- Goulding, A. N., Rosenblum, K. L., Miller, A. L., Peterson, K. E., Chen, Y.P., Kaciroti, N & Lumeng, J. C. (2014). *Associations between maternal depressive symptoms and child feeding practices in a cross-sectional study of low-income mothers and their young children*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2014, 11:75 doi:10.1186/1479-5868-11-75
- Goulding, A. N., Lumeng, J. C., Rosenblum, K. L., Chen, Y. P., Kaciroti, N & Miller, A. L. (2015). *Maternal Feeding Goals Described by Low-Income Mothers*. Journal of Nutrition Education and Behavior. Volume 47, Number 4, 2015
- Grey, M., Whittemore, R., Jeon, S., Murphy, K., Faulkner, M. S & Delamater, A. (2013). *Internet psycho-education programs improve outcomes in youth with type 1 diabetes*. Diabetes Care, 36(9), 2475-2482.
- Hockenberry, M. J & Wilson, D. (2011). *Wong's Nursing Care of Infant and Children*. Canada : Elsevier Mosby

- Horodynski, M. A & Stommel, M. (2005). *Nutrition Education Aimed At Toddlers : An Intervention Study*. Pediatric Nursing/September-October 2005/Vol. 31/No. 5
- Istiany, A & Rusilanti. (2013). *Gizi Terapan*. Bandung : Remaja Rosda Karya Offset
- Jarman, M., Ogden, J., Inskip, H., Lawrence, W., Baird, J., Cooper, C., Robinson, S & Barker, M. (2015). *How do mothers manage their preschool children's eating habits and does this change as children grow older? A longitudinal analysis*. *Appetite* 95 (2015) 466-474
- Leung, C. Y. Y., Miller, A. L., Lumeng, J. C., Kaciroti, N. A & Rosenblum, K. L. (2015). *Maternal representations of their children in relation to feeding beliefs and practices among low-income mothers of young children*. *Appetite* 95 (2015) 176-181
- Mena, J. G. (1986). *Toddlers: What to Expect*. *Young Children*, Vol. 42, No. 1 (November 1986), pp. 47-51
- Mielke, R. T. (2010). *Determinants of excessive gestational weight gain in Mexican American women in Los angeles*. Dissertation. School of Nursing Azusa Pacific University, California.
- Moore, J. B., Pawloski, L., Rodrigues, C., Baghi, H., Lumbi, L & Zamora, L. (2007). *The Effects of a Nutrition Education Program on the Nutrition Self-Care Practices of Nicaraguan Adolescent Girls and the Nutrition Dependent-Care Practices of Their Mothers*. *Self Care and Dependent care Nursing : The Official Journal of The International Orem Society*. Vol 15 No 1. August 2004
- Northstone, K & Emmett, P. (2013). *The associations between feeding difficulties and behaviors and dietary patterns at 2 years of age: the ALSPAC cohort*. *JohnWiley & Sons Ltd Maternal and Child Nutrition* (2013), 9, pp. 533-542
- Orem, D.E., Taylor, S. G & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing Concepts of Practices Sixth edition*. St. Louis : Mosby a Harcourt Health Science Company

- Parker, M. E. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. USA : F.A. Davis.
- Papas, M. A., Hurley, K. M., Quigg, A. M., Oberlander, S. E & Black, M. M. (2009). *Low-income, African American Adolescent Mothers and Their Toddlers Exhibit Similar Dietary Variety Patterns*. *J Nutr Educ Behav*. 2009;41:87-94.
- Power, T. G., Hughes, S. O., Goodell, L. S., Johnson, S. L., Duran, J. A. J., Williams, K., Beck, A. D & Frankel, L. A. (2015). *Feeding practices of low-income mothers: how do they compare to current recommendations?. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (2015) 12:34 DOI 10.1186/s12966-015-0179-3
- Pulley, C., Galloway, A. T., Webb, R. M & Payne, L. O. (2014). *Parental child feeding practices: how do perceptions of mother, father, sibling, and self vary?. Appetite* 80 (2014) 96–102
- Shin, C. N. (2007). *IOS New Scholar Paper: Linking Specific Self-Care Deficit Nursing Theory Concepts with the Literature on Family Dinner*. *Self Care and Dependent care Nursing : The Official Journal of The International Orem Society*. Vol 15 No 1. June 2007
- Taylor, S.G. (2001). *Orem's general theory of nursing and families*. *Nurs Sci Q*, 14(1),7-9
- Taylor, C. R., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P., *Fundamentals of Nursing-the Art and Science of Nursing Care*. 7th Edition. China : Lippincott Williams & Wilkins
- Tylka, T. L., Eneli, I. U., Van Diest, A. M. K & Lumeng, J. C. (2012). *Which adaptive maternal eating behaviors predict child feeding practices? An examination with mothers of 2- to 5-year-old children*. *Eating Behaviors* 14 (2013) 57–63
- Vasquez, E & Kathy, P. (2006). *Red Flags during Home Visitation: Infants and Toddlers*. *Journal of Community Health Nursing*, Vol. 23, No. 2 (Summer, 2006), pp. 123-131

BAB 11

TEORI KEPERAWATAN LIDYA E, HALL

Sahmad, S.Kep., Ners., M. Kep

A. Latar Belakang Kehidupan

Lidya E, Hall memulai karirnya dalam dunia keperawatan sejak lulus sekolah perawat rumah sakit york. Hall kemudian meraih gelar B.S dan M.A. dari Universitas Columbia di New York. Lidya E. Hall memfokuskan diri pada perawatan kesehatan public, perawatan kardiovaskuler, pediatric cardiology, dan perawatan penyakit berjangka lama (long term illness). Prestasi terbesar lainnya yang diraih oleh Lidya E, Hall adalah pembangunan Loeb Center for nursing di rumah sakit Montefiore di New York. Loeb center dibuka pada tahun 1963, disanalah Hall mempraktikkan teori-teorinya yang berkaitan dengan keperawatan. Dalam membangun teorinya Hall banyak sekali mengadopsi teori - teori dari sekolah psikiater dan psikologi, terutama teori tentang hubungan antara perawat dan pasien (nurse-patient relationship). Hall adalah seorang pendukung dari teori keperawatan yang dikembangkan oleh Roger yakni teori tentang client centered therapy. Metode terapi yang dikembangkan oleh Roger menjelaskan bahwa perlu membangun adanya suatu hubungan yang hangat dan nyaman dan disertai kepekaan perhatian atas perasaan-perasaan yang dialami oleh pasien dalam ungkapan komunikasi yang mereka ungkapkan kepada perawat. Menurut Roger bahwa seorang pasien akan mengeluarkan potensi mereka secara maksimal melalui proses pembelajaran. Itulah beberapa alasan mengapa Hall mendukung teori Roger (Pridham & George, 1986)(Marriner-Tomey, A., & Alligood, 1998)

B. Sumber-Sumber Teoritis

Seperti yang telah dijelaskan dalam latar belakang bahwa dalam membangun teorinya Lidya E, Hall termasuk pendukung dari teori yang dikembangkan oleh Roger yakni teori tentang client centered terapi. Dalam konsep client centered terapi dijelaskan bahwa perubahan akan terjadi pada seorang pasien apabila :

1. Seseorang menerima diri serta perasaannya secara penuh
2. Seseorang berubah menjadi lebih percaya diri serta mampu mengendalikan diri
3. Seseorang Mampu merubah perilaku-perilaku maladaptive dan bahkan termasuk perilaku yang kronis
4. Seseorang berubah menjadi lebih terbuka terhadap kenyataan tentang apa yang sedang terjadi baik didalam maupun diluar dirinya.

Menurut Roger Psikoterapi memudahkan pembelajaran yang dilakukan oleh pasien sebab :

1. Menunjukkan dan mengenali tingkah laku yang tidak memuaskan
2. Memeriksa secara objektif alasan-alasan dari tingkah laku pasien
3. Membangun tingkah laku melalui edukasi sehingga terbentuk kebiasaan problem solving.

Hall mendapatkan postulat postulatnya tentang tingkah laku alami yang berdasar atas perasaan - perasaan juga dari Roger, dimana Roger berulang-ulang mengatakan mengenai interaksi perasaan - perasaan yang diketahui dan perasaan yang diluar kesadaran. Selain itu Hall juga mengadopsi teori Rogers tentang Motivasi untuk berubah. Dalam teori ini Rogers menegaskan bahwa sekalipun ahli terapi tidak mendorong kliennya untuk berubah, motivasi tersebut juga tidak muncul pada klien. Alternatifnya adalah motivasi untuk berubah "springs from the self-actualizing tendency of life itself "(motivasi yang timbul dari kecenderungan aktualisasi diri

terhadap kehidupan itu sendiri. Dalam suasana psikologis yang baik, kecenderungan motivasi ini akan muncul. (Bowar-Ferres, 1975)

C. Konsep Utama Teori Lidya E. Hall

1. Behavior

Menurut Hall behavior (perilaku) memiliki definisi yang luas. Perilaku adalah segala sesuatu yang diucapkan atau yang dikerjakan. Perilaku dikendalikan oleh perasaan, baik sadar maupun tidak sadar.

2. Reflection

Metode komunikasi yang digunakan untuk menyeleksi bahasa verbal pasien yang diulang kembali kepadanya menggunakan susunan kata kata yang berbeda dalam rangka menggali perasaan pasien secara lebih mendalam.

3. Self -Awareness

Self awareness mengacu pada satu kondisi yang dicapai pasien dimana perawat berusaha keras membantunya. Seseorang yang makin menyadari perasaan dirinya sendiri, maka ia makin terkontrol perilakunya.

4. Second Stage Illness

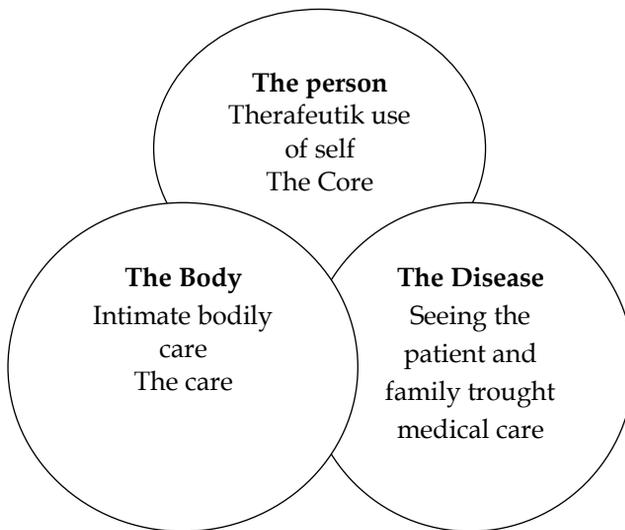
Hall mendefinisikan Second Stage Illness (tahap kedua suatu penyakit) sebagai tahap penyembuhan non akut suatu penyakit. Tahap ini sangat baik untuk proses penyembuhan dan rehabilitasi. Kebutuhan perawatan medis pada tahap ini adalah minimal, meskipun kebutuhan terhadap pemeliharaan dan pembelajaran adalah besar. Oleh karena itu pada saat inilah waktu yang ideal untuk penanganan perawatan professional secara menyeluruh

5. Wholly Professional nursing

Wholly Professional Nursing (perawatan professional menyeluruh) secara tak langsung menyebut penanganan perawatan yang diberikan secara eksklusif oleh Register Nurse (RN) telah diajarkan dengan ilmu-ilmu perilaku yang mengambil tanggungjawab dan peluang untuk melakukan

koordinasi dan memberikan perawatan total kepada pasien-pasien mereka. Konsep ini meliputi prinsip-prinsip pemeliharaan (nurturing), pengajaran (teaching) dan saran (advocacy) untuk membantu penyembuhan. (Hall, 1969)

Siklus perawatan Care, Core, dan cure menjadi konsep inti teori Hall. Care berkaitan dengan hands on perawatan tubuh pasien secara intim dan termasuk hubungan yang menenangkan (comforting) dan mengayomi (nurturing relationship), Core melibatkan penggunaan terapi diri sendiri dalam berkomunikasi dengan pasien. Perawat memikirkan pertanyaan-pertanyaan yang tepat dan membantu pasien menjelaskan alasan-alasan dan tujuan dan memudahkan proses peningkatan self-awareness pada pasien. Sedangkan Cure adalah aspek perawatan yang berhubungan dengan pengobatan dan treatment (Umara, 2019)



Gambar 11. 1. Circle of Lydia Hall Theory ((Alligood, 2006)

D. Asumsi-Asumsi Utama

Asumsi-asumsi yang menjadi landasan teori keperawatan Lidya E, Hall semuanya telah dijelaskan secara eksplisit dan telah didefinisikan dengan cukup jelas dalam tulisan-tulisannya.

1. Nursing

Lidya E, Hall menetapkan bahwa para pasien seharusnya hanya dirawat oleh RN (Register Nurse) yang dapat mengambil tanggung jawab penuh atas perawatan dan pengajaran pada pasien. Keahlian perawatan berpusat pada tubuh pasien. Hal ini mengacu pada konsep teori hall karena Hall memandang seorang manusia tersusun atas body (tubuh), Pathology, dan personality (kepribadian) Keunikan perawatan tidak hanya terletak pada pemahaman perawatan pada tubuh tetapi juga harus mengetahui bagaimana memodifikasi proses-proses ini bersamaan dengan patologi dan treatment, serta merubahnya bersamaan dengan kepribadian pasien.

2. Person

Pasien meraih potensi maksimal mereka melalui proses pembelajaran, karenanya terapi utama yang mereka butuhkan adalah pengajaran. Rehabilitasi adalah proses belajar untuk hidup dengan keterbatasan yang ada didalamnya. Keterampilan fisik dan mental harus dipelajari, dan prasyarat utama untuk itu adalah mempelajari diri sendiri sebagai seseorang (person) menyadari perasaan dan perilaku dan memperjelas motivasi-motivasi, dan Hall mempercayai hal ini bahwa seorang perawat yang profesional mampu melakukan ini melalui keahlian dalam berkomunikasi. Manusia berjuang untuk tujuan mereka sendiri, bukan tujuan orang lain. Dalam kondisi pengobatan biasa, dokter menentukan tujuan-tujuan bagi pasien, tetapi tujuan ini kadang tidak sesuai benar dengan tujuan pasien itu sendiri, dalam situasi seperti ini pengajaran dan pembelajaran yang efektif tidak terjadi. (L. . Hall, 1963)

Manusia dalam bertindak laku berdasarkan atas perasaan mereka, bukan berdasarkan atas pengetahuan mereka. Terdapat dua jenis perasaan yaitu known feelings (perasaan yang diketahui) dan feelings out of awareness (perasaan di luar kesadaran). Ketika seseorang bertindak dilandasi atas known feelings, mereka merasa bebas dan perilakunya terkendali. Ketika mereka bertindak dilandasi oleh perasaan diluar kesadaran, maka mereka tidak punya pilihan dalam perilakunya dan perasaan ini yang membuatnya bertindak. (Rogers, 1951)

3. Health

Menjadi sakit adalah suatu perilaku, menurut Hall, sakit dikendalikan oleh perasaan diluar kesadaran seseorang yang mana ini akan menjadi sumber dari timbulnya kesulitan-kesulitan dalam melakukan penyesuaian. Proses penyembuhan dapat dipercepat melalui proses penyadaran diri. Sekali seseorang terikat dengan perasaan dan tujuan-tujuan sejatinya, maka mereka akan bebas melepaskan kekuatan penyembuhan mereka sendiri. Melalui proses refleksi seorang pasien akan punya kesempatan untuk berubah dari kegelisahan yang belum diketahui karena adanya ancaman atau rasa takut.

4. Environment

Pelayanan perawatan di rumah sakit di organisasi dengan tujuan untuk menyelesaikan tugas-tugas dengan efisien. Lidya E, Hall tidak sependapat dengan konsep team nursing Hall sangat menentang ide bahwa siapapun diluar perawat terdidik dan profesional yang memberikan perawatan langsung kepada para pasien, dan menentang fakta dimana ilmu perawatan telah melatih orang-orang non professional untuk bertugas seperti halnya para perawat hingga para perawat profesional dapat bertugas seperti halnya para dokter.

Ada dua fase praktik perawatan medis di dalam pusat pengobatan yaitu :

1. Biological Crisis (krisis yang sifatnya biologis)

Fase biological crisis melibatkan pengobatan secara intensif dan treatment diagnostic terhadap pasien. (Rogers, 1961)

2. Evaluatif medicine (pengobatan terevaluasi)

Tahap evaluative medicine biasanya merupakan waktu dimana pasien diobservasi untuk dilihat apakah tujuan-tujuan dokter sudah sesuai dengan tujuan pasien

Teori Hall terdiri dari 3 prinsip utama yaitu tubuh, pasien, penyakit yang mempengaruhi tubuh dan pribadi pasien (person). Perawatan beroperasi pada semua lingkaran, tetapi berbagi bersama dengan profesi lain dalam derajat yang berbeda. Karena kondisi-kondisi patologis ditangani melalui perawatan medis (Cure) dalam lingkaran ini perawatan berbagi bersama dengan para dokter. Aspek pribadi (person) ditangani dengan penggunaan terapi pribadi. Karenanya dalam area ini berbagi bersama antara dokter, psikologi, pekerja sosial dan departemen keagamaan. Tubuh pasien dirawat hanya dengan perawatan (care). Lingkaran ini memasukkan semua perawatan tubuh secara intim seperti memberi makan, memandikan, dan merias pasien. Penegasan Hall yang kedua dari teorinya adalah postulat Core, ketika pasien butuh sedikit penanganan medis, maka pasien lebih banyak membutuhkan penanganan perawatan professional dan pengajaran (teaching). Proporsi hubungan yang sebaliknya mengubah rasio penanganan perawatan dalam tiga lingkaran. Pasien dalam tahap kedua suatu penyakit (fase non akut) lebih memerlukan rehabilitasi melalui pembelajaran. Dengan demikian lingkaran Care, dan Core menonjol dibanding lingkaran Cure. Loeb Center dirancang untuk penanganan pasien-pasien non akut yang membutuhkan pembelajaran dan rehabilitasi. Loeb center dijalankan dan dipimpin oleh para perawat, dimana dokter hanyalah sebagai pendukung. (UI, 2014)

Penegasan ketiga teori ini yaitu tentang penanganan perawatan professional menyeluruh yang akan mempercepat penyembuhan (recovery). Hall menolak konsep perawatan tim, dimana pemberi perawatan memberikan perawatan dengan tingkat kerumitan pada berbagai kasus dengan tingkat kerumitan yang berbeda sementara pelatihan yang diberikan kurang. Pada second stage of illness hanya perawat profesional yang memenuhi syarat yang bisa memberikan proses teaching, conseling, dan nurturing. Perawat adalah person yang kompleks yang menggunakan proses yang kompleks berupa pengajaran dan pembelajaran dalam merawat pasien dengan berbagai penyakit yang kompleks. Di Loeb Center sekretaris dan pelayan pasien dipekerjakan untuk penanganan pasien secara tak langsung. Mereka tidak diperbolehkan melakukan sesuatu apapun secara langsung yang berkaitan dengan perawatan pasien. Perawat profesional merupakan koordinator untuk semua terapi pasien dan semua jenis tindakan dalam kapasitas konsultasi untuk melakukan perawatan.

Teori-teori Lidya E, Hall dirumuskan menggunakan logika induktif, dari observasi spesifik ke konsep umum, sebagai contoh penanganan perawatan mempersingkat waktu penyembuhan pasien, memudahkan penyembuhan, dan perawatan professional memperbaiki perawatan pasien, sehingga secara umum disimpulkan bahwa perawatan professional akan mempercepat penyembuhan pasien

E. Penerimaan Teori Hall Oleh Komunitas Keperawatan

Penerimaan Teori keperawatan Lidya E, Hall oleh komunitas keperawatan dapat dilihat dari tiga aspek :

1. Praktik

Teori Hall sangat mirip dengan model perawatan modern (primary care) penekanannya yakni pada perawat profesional sebagai pemberi perawatan utama yang paralel dengan pelayanan perawatan utama atas kontinuitas dan koordinasi perawatan yang diberikan.

2. Pendidikan

Teori Hall menggambarkan ide-ide tertentu mengenai penanganan perawatan yang sedang diberikan oleh staf keperawatan profesional. Penerimaan Filosofi ini dapat dilihat saat ini yakni pada pengembangan profesionalitas staffing di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan dan menjadikan BSN (Bachelor of Nursing) sebagai persyaratan pendidikan minimal untuk praktik keperawatan profesional. Hall juga menekankan konsep pentingnya para perawat yang berpraktik keperawatan sambil menyelesaikan program pendidikannya. Konsep lainnya yang diprakarsai oleh Hall adalah isu-isu tentang makin sempitnya pembagian antara pendidikan keperawatan dan pelayanan keperawatan, dan juga penggunaan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk penanganan perawatan pasien, menggantikan diagnosa medis, semua hal tersebut diatas mendukung teori yang dikembangkan oleh Lidya E, Hall

3. Riset

Literatur yang ada saat ini menyarankan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hall di Loeb Center for nursing untuk dilakukan lebih lanjut. Riset dan pengujian atas teori Hall sebelum dapat diterapkan dan digunakan untuk area perawatan diluar long term illness dan perawatan rehabilitasi perlu diteliti lebih jauh. Teori tersebut perlu disesuaikan untuk fasilitas perawatan kesehatan yang berbeda dengan di Loeb Center for nursing. Proses ini membutuhkan fleksibilitas dan perubahan dalam beberapa konsep-konsep utama dari teori Hall terutama yang berhubungan dengan usia pasien dan orientasi penyakitnya. Hasil penelitian yang dilakukan di Loeb center for nursing terbukti telah mempercepat proses penyembuhan pasien, mengurangi lama tinggal dan biaya perawatan pasien. Tetapi penelitian lain yang berkaitan dengan keperawatan dan akibat-akibatnya (outcomes) belum didasarkan pada model karya Hall, oleh karena itu diperlukan penelitian dan

pengembangan lebih lanjut tentang model teori keperawatan yang dikembangkan oleh Lidya E, Hall. (L. . Hall, 1966)

Meskipun teori Hall tentang perawatan terdapat kekurangan, namun sumbangannya pada dunia keperawatan sangat besar, wawasannya begitu luas dan telah memberikan pijakan dasar bagi praktik keperawatan profesional modern hingga saat ini.

F. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2006). *Philosophies, models, and theories: Critical thinking structures*. Nursing theory: Utilization & application, 43-65.
- Bowar-Ferres, S. (1975). *Loeb Center and its philosophy of nursing*. American Journal of Nursing, 75, 810-815.
- Hall, E. (1965). *Nursing-what is it ? in H. Baumgarten, Jr., Concepts of nursing home administration*. New York : Macmillan.
- Hall, L. . (1963). *Center for nursing*. nursing outlook (pp. 11: 805-806).
- Hall, L. . (1966). *Another View of nursing care and quality* . in M.K. Straub, Continuity of patient care : The Role of Nursing. Washington, (DC): Catholic University of America Press.
- Hall, L. E. (1969). *The Loeb Center for Nursing and Rehabilitation* . International Journal of Nursing Studies, 6:81-95.
- Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (1998). *Nursing theorists and their work*.
- Pridham, K. F., & George, J. B. (1986). Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice. In The American Journal of Nursing (Vol. 86, Issue 2). <https://doi.org/10.2307/3425023>
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a person*. Houghton Mifflin.

Ui, F. I. K. (2014). *Laporan Kegiatan...*, Erlin Ifadah, FIK UI, 2014.

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), 120-128.
<https://doi.org/10.35654/ijnhs.v1i2.53>

BAB 12

TEORI KEPERAWATAN IMOGENE M. KING

Patria Asda, S.Kep, Ns., M.P.H

A. Pendahuluan

Keperawatan didasarkan pada keahlian. Pengembangan baru pendekatan untuk praktik keperawatan membutuhkan ilmu pengetahuan keperawatan yang bisa ditemukan dalam teori keperawatan yang telah dicetuskan oleh para ahli. teori keperawatan adalah kumpulan konsep, definisi, dan pola dan berasal dari pemikiran logis dan penalaran induktif (Lewis et al., 2016). Teori keperawatan akan memberikan kerangka kerja yang sangat membantu dalam pemberian asuhan keperawatan. penggunaan teori keperawatan dalam praktik klinis mencerminkan otonomi dan pengetahuan perawat. penerapan teori dalam pemberian asuhan keperawatan akan meningkatkan standar perawatan klien, mengurangi biaya perawatan kesehatan, dan akan meningkatkan kualitas hidup klien (Alligood, 2013). Salah satu teori keperawatan yang berperan dalam perkembangan keperawatan adalah teori yang dikemukakan oleh Imogene M. King, yang akan dijelaskan dalam bab ini.

B. Sejarah Keilmuan Imogene M.King

Imogene M. King merupakan salah seorang ilmuwan keperawatan. Beliau lahir pada tanggal 30 januari 1923 di West Point, Iowa dan meninggal pada tanggal 24 Desember 2007 di St. Petersburg, Florida. King lulus diploma tiga keperawatan pada tahun 1945, dan selanjutnya berprofesi sebagai perawat sembari menyelesaikan gelar sarjana ilmu keperawatan pada tahun 1948.

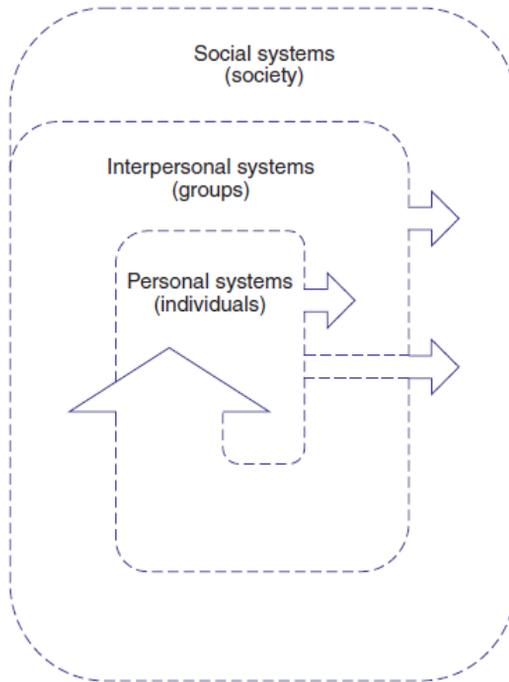
Pada tahun 1947 sampai 1958, King bekerja sebagai instruktur keperawatan medis-bedah di rumah sakit pendidikan St. John's Hospital School dan kemudian menyelesaikan Master of Nursing Science dari Universitas St. Louise pada tahun 1957.

King menyanggah gelar Doctor of Education (EdD) setelah menyelesaikan disertasinya di Universitas Columbia, New York pada tahun 1961. Sejak saat ini King aktif dalam dunia pendidikan keperawatan dan mencetuskan beberapa teori yang sampai saat ini digunakan dalam dunia keperawatan. Buku-buku teori King telah diterjemahkan dalam beberapa bahasa antara lain bahasa Jepang, Spanyol dan Jerman. Karyanya juga diaplikasikan dalam asuhan keperawatan (Parker and C. Smith, 2010).

Imogene M. King mempublikasikan buku *Toward a theory of nursing: General concepts of human Behavior* di tahun 1971 dan buku *a theory of Nursing: systems, concepts, process* di tahun 1981. Dasar pemikiran dari teori-teori tersebut adalah luasnya konsep keperawatan yang dapat diterapkan khusus pada situasi-situasi tertentu. King menyimpulkan bahwa penggambaran keperawatan secara sistematis dan menyeluruh diperlukan untuk dapat mengembangkan dunia keperawatan. Buku *Toward a theory of nursing: General concepts of human Behavior* tersebut dianugerahi penghargaan *Nursing Book Of The Year* pada tahun 1973.

C. Teori Sistem Konseptual Dinamik (Dynamics Conceptual System)

Dalam penyusunan bukunya di tahun 1971 (*Toward a theory of nursing: general concepts of human behavior*), terdapat beberapa pertanyaan yang diajukan oleh King. Pertanyaan tersebut adalah apa tujuan dari profesi keperawatan, apa sebenarnya tugas seorang perawat, dan bagaimana seorang perawat dapat terus mengembangkan pengetahuannya demi menyajikan layanan yang bermutu. Sehingga terbitlah suatu kerangka kerja konseptual (*conceptual framework*).



Gambar 12. 1. Dynamic Interacting system

(King, I, (1981) dalam (Alligood, 2013)

King menyadari adanya dinamika perilaku manusia yang kompleks, sehingga dirumuskanlah kerangka kerja konseptual. Kerangka kerja konseptual (Conceptual Framework) terdiri dari tiga elemen sistem yang dikenal dengan Dynamic Interacting Systems, meliputi: Personal systems (individu), Interpersonal systems (kelompok/masyarakat) dan Social system (keluarga, sekolah, teman, lingkungan pergaulan).

Setiap sistem mengenali manusia sebagai elemen dasar, sehingga yang merupakan inti dalam sistem tersebut adalah perilaku manusia dalam berbagai lingkungan sosial. Konsep personal sistem dicontohkan dalam gambaran individu yang berperan sebagai seorang klien atau individu sebagai seorang perawat. Adapun personal sistem ditentukan oleh citra tubuh, pertumbuhan dan perkembangan, persepsi, ruang dan waktu

untuk memahami manusia sebagai pribadi. (King, (1971) cit. (MR. Alligood, 2018)

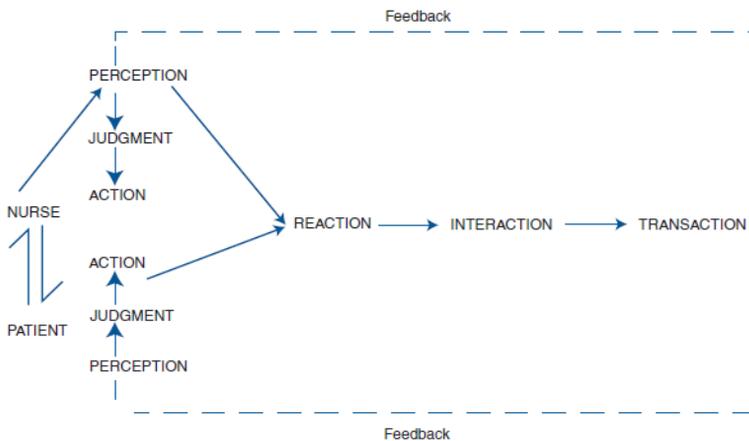
Sistem interpersonal terjalin ketika terdapat dua atau lebih individu melakukan suatu interaksi. Hal ini dicontohkan dengan interaksi perawat dan klien yang merupakan salah satu jenis sistem interpersonal. Lingkup keluarga, dalam lingkup kelompok kecil juga dapat dianggap sebagai sistem interpersonal. Dalam proses pemahaman terhadap sistem interpersonal, perawat memerlukan bekal ilmu tentang komunikasi, interaksi, peran, stress dan transaksi.

Sistem interaksi yang lebih menyeluruh merupakan kelompok yang membentuk komunitas, yang pada akhirnya menjadi suatu sistem sosial. Keagamaan, pendidikan, dan sistem dalam pelayanan kesehatan adalah contoh sistem sosial. Pola asuh keluarga besar pada masa pertumbuhan dan perkembangan individu adalah contoh dari sistem sosial lainnya. Dalam lingkup sistem sosial, kita harus memahami konsep otonomi, pengambilan keputusan, fungsi organisasi, wewenang, dan juga aturan yang ada. Dengan demikian konsep-konsep dalam kerangka itu mengatur dimensi dan mewakili pengetahuan untuk memahami interaksi antara tiga sistem (King, 1995) cit. (Alligood, 2018)

D. Teori Pencapaian Tujuan (Goal of Attainment Theory)

Berdasarkan kerangka kerja konseptual (Conceptual Framework) dan asumsi dasar tentang perilaku manusia, King menurunkannya menjadi teori Pencapaian Tujuan (Theory of Goal Attainment). Elemen utama dari teori pencapaian tujuan adalah sistem interpersonal, dimana terdapat dua orang (misal: perawat - klien) yang tidak saling mengenal bertemu di institusi pelayanan kesehatan untuk saling berinteraksi dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Dalam sistem interpersonal interaksi perawat dan klien terjadi dalam suatu area (space).

Terdapat sembilan konsep atau elemen utama dalam teori pencapaian tujuan. King menyatakan bahwa kedalaman hubungan sistem interpersonal sangat menentukan dalam menetapkan dan pencapaian tujuan keperawatan. Pada dasarnya hubungan perawat dan klien adalah sebuah hubungan transaksional, yaitu suatu hubungan dua arah antara perawat dan klien sehingga saling mempengaruhi satu sama lain dengan harapan dapat mencapai tujuan yaitu peningkatan derajat kesehatan klien. (Pujiastutik and Sumaningrum, 2019). Sebuah transaksi dimulai ketika perawat dan klien memutuskan bersama mengenai target yang akan dituju, menyepakati sarana untuk pencapaian target tersebut yang mewakili rencana perawatan dan kemudian mengimplementasikan rencana tersebut. evaluasi dapat dilakukan untuk menentukan tercapai atau tidaknya tujuan tercapai (Alligood, 2013).



Gambar 12. 2. Model Proses Transaksi Untuk Pencapaian Tujuan

(King, I. M. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process*)
 dalam (Parker and C.Smith, 2010)

Dalam gambar 12.2 terjadi kegiatan perawat dan klien yang saling terkait dalam konteks pelayanan keperawatan (George, 2010), meliputi:

1. Interaksi, merupakan suatu proses dari persepsi dan komunikasi tiap individu dengan lingkungannya serta komunikasi antar individu, yang diwujudkan dengan perilaku verbal dan non verbal.
2. Persepsi adalah sebagai gambaran seseorang tentang realita. Persepsi terbentuk dari lingkungan serta proses mendapatkan dan memproses informasi hingga membentuk suatu perilaku terbuka.
3. Komunikasi, merupakan suatu proses penyampaian informasi dari satu orang kepada orang lain secara langsung ataupun tidak langsung. Komunikasi merupakan unsur dasar dari proses interaksi
4. Transaksi diartikan sebagai interaksi dengan suatu maksud tertentu dalam pencapaian tujuan. transaksi juga merupakan perilaku terbuka dari interaksi manusia dengan lingkungannya. Transaksi menggambarkan komponen interaksi manusia yang meliputi tawar menawar, negosiasi dan pertukaran budaya. Ketika terjadi transaksi perawat – klien, maka tujuan akan tercapai.
5. Peran merupakan sekumpulan perilaku yang diharapkan dari lingkungan dalam suatu sistem sosial. Yang menjadi parameternya adalah pemenuhan hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya. Peran harus benar-benar dipahami dan diinterpretasikan dengan jelas untuk menghindari konflik dan kebingungan peran.
6. Stress merupakan suatu situasi yang selalu berubah yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stress melibatkan perputaran energi dan informasi antara manusia dengan lingkungannya demi mencapai keseimbangan dan mengontrol stress. Walaupun stress bisa positif dan juga negative, tingkat stress yang terlalu tinggi dapat menurunkan kemampuan individu untuk berinteraksi dan pencapaian tujuan.

7. Pertumbuhan dan perkembangan dapat didefinisikan sebagai kondisi transisi yang berkesinambungan dalam diri seseorang, mencakup sistem seluler, molekuler dan fase perubahan perilaku yang sehat untuk mendorong individu memperoleh kedewasaan dalam berbagai fase kehidupan.
8. Waktu adalah urutan dari kejadian/peristiwa dari masa ke masa, aliran kejadian yang terus menerus, sebagai pengalaman yang istimewa dari setiap orang yang merupakan rangkaian tiap kejadian yang dialami.
9. Ruang, berada di setiap arah dan kejadian sehari-hari. merupakan suatu hal yang ada dimanapun sama. Ruang didefinisikan oleh perilaku dari individu yang ada didalamnya.

Dari Theory of Goal Attainment, King telah mengembangkan 8 dalil yang dapat digeneralisasikan (Wijaya et al., 2022), yaitu:

1. Jika akurasi perseptual hadir dalam interaksi perawat -klien, proses transaksi akan terjadi
2. Jika perawat dan klien membuat suatu transaksi dalam fokus pelayanan kesehatan, maka tujuan akan tercapai
3. Jika tujuan telah dicapai, maka akan tercipta kepuasan
4. Jika tujuan telah dicapai, maka akan terwujud asuhan keperawatan yang efektif
5. Jika terjadi transaksi perawat dan klien, maka pertumbuhan dan perkembangan proses perawatan akan meningkat
6. Jika transaksi dan penampilan peran dipersepsikan sama oleh perawat dan klien, maka transaksi akan tercapai
7. Jika terdapat konflik peran yang dirasakan oleh perawat atau klien ataupun keduanya, dapat terjadi stress dalam hubungan perawat dan klien
8. Jika perawat memiliki pengetahuan dan kemampuan komunikasi sesuai dengan kebutuhan klien, maka akan terbentuk tujuan yang saling menguntungkan dan pencapaian tujuan akan terwujud.

Selanjutnya King menyatakan syarat dalam Theory Of Goal Attainment yang akan meningkatkan keberhasilan (George, 2010), yaitu :

1. Perawat dan klien sebelumnya tidak saling mengenal satu sama lain
2. Perawat telah memiliki legalitas untuk memberikan asuhan keperawatan profesional
3. Klien dalam situasi yang membutuhkan pelayanan keperawatan yang diberikan
4. Perawat dan klien dalam hubungan timbal balik dimana perawat dengan pengetahuan khusus dan kemampuan komunikasi yang baik akan mampu membantu klien dalam menentukan target perawatannya, sedangkan klien memiliki informasi tentang dirinya dan persepsi terhadap masalahnya yang ketika disampaikan kepada perawat akan membantu dalam pencapaian tujuan
5. Perawat dan klien menciptakan interaksi yang saling menguntungkan, yang bertujuan untuk pencapaian tujuan dalam pemenuhan kesehatan.

E. Teori King Dan Proses Keperawatan

Inti teori King (Goal of Attainment) terdapat pada empat elemen utama yaitu sebagai berikut (Adib-Hajbaghery & Tahmouresi, 2018):

1. Kesehatan klien akan terwujud melalui hubungan perawat dan klien yang harmonis
2. Perawat dan klien perlu memiliki pemahaman yang searah
3. Tujuan, peran dan tugas perawat - klien perlu sejalan dan dipahami satu sama lain
4. Perawat perlu menggunakan semua pengetahuannya untuk membangun hubungan dan menetapkan tujuan.

Pemenuhan keempat elemen ini akan memfasilitasi pencapaian tujuan dalam pemenuhan kesehatan klien.

Asumsi dasar dari teori king "The Goal of Attainment", dimana perawat dan klien berdiskusi terkait kebutuhannya,

menetapkan target dan kemudian melakukan intervensi dalam rangka pencapaian tujuan, dapat diwujudkan dalam tahapan proses keperawatan (George, 2010) sebagai berikut:

1. Tahap pengkajian (Assessment) dapat dilakukan selama proses interaksi perawat – klien yang baru pertama kali bertemu. Perawat menggunakan keterampilan dalam berkomunikasi untuk menemukan permasalahan ataupun kebutuhan kesehatan klien.
2. Tahap diagnosis keperawatan (Nursing diagnosis) dapat ditetapkan berdasarkan informasi yang didapatkan dari klien pada tahap pengkajian.
3. Setelah penetapan diagnosa keperawatan, maka disusunlah perencanaan atau intervensi keperawatan. King mendeskripsikan perencanaan sebagai penentuan tujuan dan pembuatan keputusan tentang bagaimana cara untuk mencapai tujuan tersebut. dalam penetapan perencanaan, klien memiliki hak untuk ikut memutuskan terkait perawatan yang akan dijalani.
4. Selanjutnya perawat melakukan implementasi berupa tindakan untuk pencapaian tujuan. Implementasi merupakan kelanjutan transaksi perawat – klien dalam teori King

Evaluasi dilakukan untuk melihat gambaran hasil yang dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan. King mendeskripsikan bahwa evaluasi tidak hanya tentang pencapaian tujuan tetapi juga tentang keefektifan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ketika informasi tentang asuhan keperawatan klien tercatat dalam rekam medis, maka pemberian pelayanan yang optimal dapat dibuktikan.

Dalam penerapan teori king dalam proses keperawatan, interaksi, komunikasi persepsi dan transaksi merupakan hal penting untuk pencapaian tujuan dan sebaiknya digunakan dalam tiap tahapan. King menekankan pada pentingnya hubungan timbal balik perawat dan klien dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan klien. Teori King memberikan daya tilik terhadap interaksi perawat dengan individu dan kelompok

dalam suatu lingkungan. Pentingnya partisipasi klien dalam pengambilan keputusan akan mempengaruhi asuhan yang diberikan maupun pada dampak pelayanan keperawatan yang diberikan (Kozier et al., 2010)

Pada akhirnya, pengetahuan yang memadai tentang hubungan dan komunikasi yang efektif merupakan persyaratan mutlak dalam praktik keperawatan profesional. Hubungan perawat-klien yang efektif dapat membantu perawat memahami kondisi klien, meningkatkan kualitas perawatan dan meningkatkan kualitas hidup klien (Adib-Hajbaghery & Tahmouresi, 2018).

F. Daftar Pustaka

- Adib-Hajbaghery, M. and Tahmouresi, M. (2018) '*Nurse-patient relationship based on the imogene king's theory of goal attainment*', *Nursing and Midwifery Studies*, 7(3), p. 141. doi:10.4103/nms.nms_10_17.
- Alligood, M.. (2018) *Nursing Theorist and Their Work*. ninth edit. St. Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- Alligood, M. (2013) *Nursing Theory e-book: utilization & application*. St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- George, J. (2010) *Nursing Theories The base for Professional Nursing Practice*. 6th Edition. Pearson.
- Kozier, B. et al. (2010) *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik*. Edisi Bahasa Indonesia. EGC.
- Lewis, K. et al. (2016) '*shared decision-making models acknowledging an interprofessional approach: A theory analysis to inform nursing practice*', in, pp. 26-43.
- Parker, M.E. and C.Smith, M. (2010) *Nursing Theories and Nursing Practice*. 3rd edn. philadelphia: F.A Davis Company. doi:10.4135/9781483325842.
- Pujiastutik, Y.E. and Sumaningrum, N.D. (2019) '*Theory Of Goal Attainment (Imogene M. King) Sebagai Basis Analisis Faktor Patuh Minum Obat TB Paru Di Kabupaten Kediri*', *Jurnal Ners*

dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery), 6(3), pp. 268–275. doi:10.26699/jnk.v6i3.art.p268-275.

Wijaya, Y.A. et al. (2022) '*Klasifikasi Teori Keperawatan yang Dikembangkan oleh Ahli Keperawatan: Sebuah Tinjauan Literatur*', *Nursing Sains*, 23(2), pp. 1–49.

BAB 13

TEORI KEPERAWATAN NOLA J. PENDER

Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep

A. Biografi

Nola J. Pender adalah seorang ahli teori keperawatan yang mengembangkan *Health Promotion Model* (HPM). Beliau lahir di kota Lansing, Michigan, Amerika Serikat pada 16 Agustus 1941. Pender selalu merasa kecenderungan untuk melanjutkan pendidikan dan panggilan untuk membantu orang lain, dari hal tersebut beliau memutuskan untuk belajar keperawatan.

Pender memperoleh gelar diploma keperawatan pada tahun 1962 dan kemudian bekerja di unit bedah RS Michigan. Selanjutnya, beliau memperoleh Sarjana Ilmu Keperawatan di Michigan State University pada tahun 1964. Kemudian melanjutkan Master pada bidang pertumbuhan dan perkembangan di universitas yang sama, dan lulus pada tahun 1965. Pender memperoleh gelar PhD di bidang psikologi dan pendidikan di Universitas Northwestern Illinois tahun 1969.

Nola Pender merupakan praktisi perawat dan mengemukakan teori Health Promotion Model (HPM) pertama kali pada tahun 1972 melalui bukunya yang berjudul *Promosi Kesehatan dalam Praktik Keperawatan*.

Nola Pender aktif sebagai pengajar dan banyak melakukan riset keperawatan tentang Health Promotion Model. Beliau mencetuskan program “Girls in motion” untuk menginisiasi kaum muda menerapkan gaya hidup aktif. Pender merupakan seorang profesor di bidang keperawatan di Michigan State University dan School of Nursing di Loyola

University. Pender adalah seorang profesor keperawatan yang banyak diminati sebagai konsultan penelitian Kesehatan baik secara nasional maupun internasional.

Pender menjadi anggota American Nursing Association (ANA) sejak tahun 1962. Beliau juga merupakan salah satu pendiri Lembaga Penelitian Keperawatan Midwest dan menjabat sebagai presiden organisasi pada tahun 1985 sampai 1987. Selain menjadi pemimpin di Akademi Keperawatan Amerika dari 1991 hingga 1993, Pender juga menjadi anggota dewan direksi organisasi Research America dari 1991 hingga 1993. Selain itu, ia adalah anggota Gugus Tugas Layanan Pencegahan AS dari 1998 hingga 2002

B. Akar Teori *Health Promotion Model* Nola Pender

Health Promotion Model merupakan teori keperawatan yang dirancang oleh Pender berdasar Teori Nilai Harapan (*Expectancy-Value Theory*) dan Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory*). Adapun penjabaran teori tersebut, sebagai berikut:

1. Teori Nilai Harapan (*Expectancy-Value Theory*)

Menurut Teori ini, perilaku sehat bersifat rasional dan ekonomis. Seseorang akan mulai bertindak dan perilaku tersebut akan tetap digunakan pada dirinya jika ada 2 hal pokok yaitu:

- a. Hasil Tindakan bernilai positif
- b. Pengambilan Tindakan untuk menyempurnakan hasil yang diinginkan

2. Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory*)

Teori ini meliputi interaksi antara lingkungan, manusia, dan perilaku yang saling mempengaruhi. Teori ini menekankan pada:

- a. Pengarahan diri (*self direction*)
- b. Pengaturan diri (*self regulation*)
- c. Persepsi terhadap kemampuan diri (*self efficacy*)

C. Health Promotion Model

1. Pengertian

Health Promotion Model (HPM) adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model ini mengintegrasikan teori nilai harapan (*expectancy-value*) dan teori kognitif sosial (*social cognitive theory*) dalam perspektif keperawatan manusia dilihat secara holistic.

Health Promotion Model (HPM) mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan dengan fokus utama 8 keyakinan yang dapat dinilai perawat. Delapan keyakinan tersebut merupakan *critical point* untuk intervensi keperawatan.

2. Tujuan

Tujuan dari teori ini adalah membantu perawat memahami determinan mayor dari perilaku kesehatan sebagai dasar untuk konseling perilaku dalam peningkatan gaya hidup yang sehat.

3. Filosofi

Terdapat dua filosofis dari teori HPM, yaitu:

- a. Adanya interaksi timbal balik yang memandang manusia secara holistic, dan bagian-bagian tersebut dapat dipelajari secara keseluruhan.
- b. Manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memenuhi kebutuhan dan tujuannya.

4. Konsep Utama HPM

a. Manusia

Manusia adalah organisme yang bersifat biopsikososial, dimana sebagian dibentuk oleh lingkungan tetapi juga mampu menciptakan lingkungan yang sesuai untuk optimalisasi diri.

Selain itu, karakteristik individu serta pengalaman hidup akan membentuk perilaku, termasuk perilaku kesehatan. Dengan demikian, terjadi hubungan timbal balik antara orang dan lingkungan

b. Lingkungan

Lingkungan adalah interaksi sosial, budaya dan fisik dimana terjadi proses kehidupan. Lingkungan dapat dimanipulasi oleh individu untuk menciptakan suasana yang mendukung sehingga mampu meningkatkan perilaku kesehatan.

c. Keperawatan

Keperawatan adalah kolaborasi antara perawat dengan individu, keluarga dan komunitas untuk menciptakan kondisi-kondisi yang diinginkan sehingga tercapai kondisi kesehatan yang optimal dan tingkat kesejahteraan yang tinggi.

d. Sehat-Sakit

Pender menjelaskan bahwa sehat secara individual didefinisikan sebagai aktualisasi dari potensi manusia yang melekat dan didapat melalui perilaku yang bertujuan, kompetensi perawatan diri, kepuasan hubungan dengan orang lain, sementara pengaturan dibuat sebagai keperluan untuk mempertahankan integritas struktural dan harmoni dengan lingkungan yang sesuai. Sehat adalah keadaan positif, komprehensif, terintegrasi, dan humanis. Sehat tidak sekedar bebas dari penyakit dan kecacatan semata, tetapi secara lebih luas sehat adalah mampu meningkatkan potensi individu.

Sakit adalah kejadian yang berbeda melalui rentang waktu kehidupan yang pendek atau panjang (akut kronik) yang dapat menghalangi/memfasilitasi pencarian seseorang untuk kesehatan.

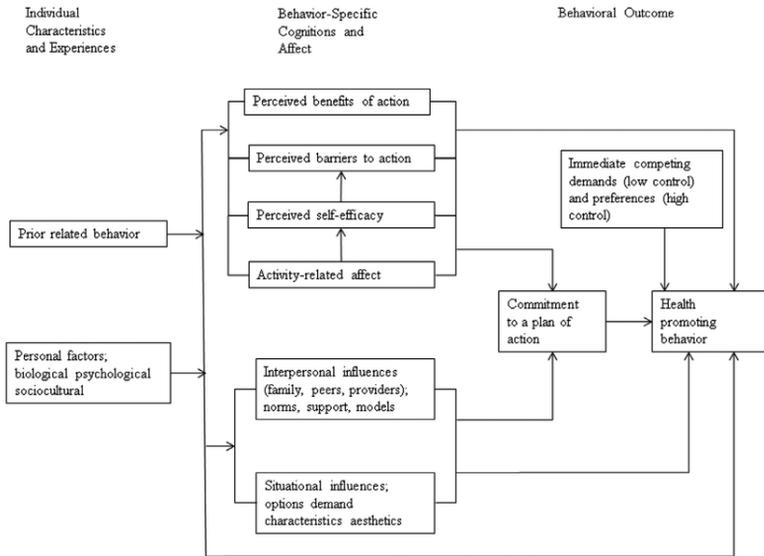
5. Deskripsi Teori

Profesi Kesehatan telah menyadari manfaat dari deteksi dini, pencegahan dan juga pengobatan awal dari penyakit. Tetapi saat ini pencegahan primer dan promosi kesehatan juga dilakukan untuk memperoleh Kesehatan secara optimal. Promosi Kesehatan dimaksudkan untuk

meningkatkan kesejahteraan dan aktualisasi baik secara individu maupun kelompok.

Health Promotion Model (HPM) merupakan model teori yang berasal dari teori perilaku (*Human Behavior Model*). *Health Promotion Model* (HPM) meningkatkan kesadaran peran individu dalam Upaya pencegahan primer dan promosi kesehatan, sedangkan tenaga kesehatan berperan untuk memberikan perhatian dalam membantu klien mengadaptasi perilaku kesehatan yang sesuai.

Health Promotion Model (HPM) telah dimodifikasi sejak pertama kali diperkenalkan pada tahun 1982. Pada edisi revisi dari HPM (2002) memuat karakteristik dan pengalaman individu, pengetahuan spesifik dan sikap perilaku, dan faktor-faktor lain yang menyebabkan timbulnya perilaku untuk meningkatkan kesejahteraan klien. *Health Promotion Model* (HPM) mendefinisikan kesehatan sebagai “keadaan dinamis positif, bukan hanya ketiadaan penyakit”. Promosi kesehatan menggambarkan sifat multidimensi seseorang saat berinteraksi dengan lingkungannya untuk meningkatkan status kesehatan. Pender mengidentifikasi pengetahuan spesifik dan sikap perilaku (*behavior-specific cognition and affect*) sebagai mekanisme motivasi mayor yang mempengaruhi perilaku promosi kesehatan (*health-promoting behavior*).



Gambar 13. 1. Konsep Health Behavior Model

6. Definisi komponen

a. Individual Characteristics and Experiences

Komponen karakteristik dan pengalaman individu yang dimaksud dalam hal ini mencakup 2 hal, yaitu:

b. *Prior Relate Factor (perilaku yang terkait sebelumnya):* kekerapan terpapar perilaku kesehatan yang sama atau serupa di masa lalu.

c. *Personal factors (Biological, psychological, sociocultural):* karakteristik umum dari individu mampu mempengaruhi perilaku kesehatan, seperti usia, kepribadian, ras, etnis, dan status sosial ekonomi.

d. Behavior-Spesific Cognitions and Affect

Yang termasuk didalamnya adalah:

1) Manfaat yang dirasakan dari tindakan (*Perceived benefits of action*): persepsi dari konsekuensi positif atau memperkuat seseorang dalam perilaku kesehatan.

2) Hambatan yang dirasakan untuk bertindak (*perceived barriers to action*): persepsi terhadap rintangan, dan biaya untuk melakukan perilaku sehat

- 3) Persepsi self-efficacy (Perceived self-efficacy): penilaian kemampuan pribadi untuk mengatur dan melaksanakan perilaku sehat tertentu, kepercayaan diri dalam melakukan perilaku kesehatan dengan sukses
- 4) Kegiatan terkait yang mempengaruhi (activity-related affect): perasaan subyektif atau emosi yang terjadi sebelum, selama dan setelah perilaku kesehatan tertentu
- 5) Pengaruh interpersonal (keluarga, teman sebaya, penyedia): norma, dukungan sosial, teladan, persepsi mengenai perilaku, keyakinan, atau sikap orang lain yang relevan yang terkait dalam perilaku kesehatan tertentu
- 6) Pengaruh situasional (opsi, karakteristik permintaan, estetika) persepsi kompatibilitas konteks kehidupan atau lingkungan dengan terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu.

e. *Behavioral Outcome*

- 1) Komitmen terhadap rencana tindakan (*commitment to a plan of action*): niat untuk melaksanakan perilaku kesehatan tertentu termasuk identifikasi strategi khusus agar berhasil
- 2) Tuntutan persaingan langsung dan preferensi (*intermediate competing demands and preferences*): perilaku alternatif yang mungkin mengganggu kesadaran sebelum terjadinya perilaku Kesehatan yang direncanakan. Tuntutan persaingan langsung adalah perilaku alternatif dimana individu memiliki control yang rendah karena keterlibatan lingkungan seperti pekerjaan atau tanggung jawab perawatan keluarga.
- 3) Preferensi bersaing adalah perilaku alternatif dimana individu memiliki kontrol yang relatif tinggi, seperti pemilihan makanan ringan antara es krim atau apel.

- 4) Perilaku promosi kesehatan (Health promotion behavior): perilaku akhir yang diinginkan atau hasil dari pengambilan keputusan dan tindakan kesehatan

7. Aplikasi Teori

Teori HPM sudah banyak diaplikasikan pada bidang kesehatan dan keperawatan, antara lain:

a. Penggunaan HPM dalam penyusunan Intervensi Keperawatan

Berbagai variabel seperti karakteristik, kognitif, dan afektif klien menjadi pertimbangan dalam penyusunan intervensi keperawatan yang dipilih. Pemilihan intervensi keperawatan secara spesifik harus mempertimbangkan karakteristik unik dari tiap klien tersebut, hal ini akan meningkatkan keefektifan dari intervensi itu sendiri. Misalnya saat perawat melakukan pengkajian, hasil pengkajian ini dapat digunakan untuk memodifikasi desain dari promosi kesehatan yang akan digunakan. Sebagai contoh, penggunaan internet untuk media promosi Kesehatan bagi kaum milenial, atau menggunakan lembar balik bagi para lansia yang tidak akrab dengan media elektronik.

b. Pemilihan HPM untuk penelitian

HPM telah banyak digunakan pada berbagai macam penelitian. HPM mudah dimengerti. Istilah yang ada mudah dipahami dan secara proporsional jelas disajikan dalam bagan. HPM sudah banyak digunakan di berbagai setting termasuk di sarana pendidikan, tempat kerja, instalasi rawat jalan, pusat rehabilitasi, dan juga di penjara. HPM telah digunakan pada berbagai jenis perilaku kesehatan termasuk olahraga, nutrisi, dan penggunaan perlindungan pendengaran.

c. Penggunaan Instrumen dalam penelitian

Berbagai instrumen telah dikembangkan untuk mengukur berbagai variable yang berhubungan dengan HPM. Instrumen-instrumen tersebut dikembangkan dan

digunakan untuk uji empiris, salah satunya adalah instrument Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) yang dikembangkan oleh Susan Walker (2002) yang berisi 52 item pertanyaan dalam 4 poin format pengukuran yang e=sering muncul pada health-promoting behaviors dalam 6 domain (responsibilitas kesehatan, aktivitas fisik, nutrisi, perkembangan spiritual, hubungan interpersonal, dan manajemen stress).

D. Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2013). *Nursing Theory-E-Book: Utilization & Application*. Elsevier Health Sciences.
- Gonzalo, A. (2023) *Nola Pender: Health Promotion Model*. Available in <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2018). *Health promotion in nursing practice*. Pearson Education Canada.
- Pender, N.J. (2002). *The Health Promotion Model: Manual*. University of Michigan & Loyola University Chicago
- Pender, N.J. (2023). *Curriculum Vitae: Nola J. Pender*. Available in <https://nursing.umich.edu/faculty-staff/faculty/nola-j-pender>
- Peterson, S.J and Bredow, TS. (2004). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

TENTANG PENULIS



Ratna Naba, SKM.,S.Kep.,M.Kes lahir di Bau-Bau, pada tanggal 27 Agustus 1970, tercatat sebagai lulusan Universitas Hasanuddin Makassar.. Wanita yang kerap disapa Anna ini adalah anak dari pasangan H. Muh. Paturusi Dg Naba (ayah, Alm) dan Hj. Naharia (ibu, Alm)). Saat ini bertugas di Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) Provinsi Sulawesi Tenggara sebagai tenaga Fungsional Widyaiswara Madya. Dan saat ini Aktif sebagai Bendaha Umum Asosiasi Profesi Widyaiswara Kesehatan (APWIKES), Ketua Forum Komunikasi Jabatan Fungsional Lingkup Pemerintah Provinsi Sulawesi Tenggara dan Ketua Dewan Pembina Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Kendari.



Abdul Syukur Bau,S.Kep,Ns, MM , lahir di Wali pada 08 Desember 1973 dan sekarang menetap di Kota Kendari. Menyelesaikan pendidikan Akper Depkes di Makassar pada tahun 1996, dan melanjutkan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran UNHAS, 2022 - 2024. Serta menyelesaikan Magister Manajemen Program Pasca Sarjana UNHALU 2011, mengambil konsentrasi pada bidang peminatan Sumber Daya Manusia, riwayat pekerjaan sebagai guru Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Kendari (SPK) tahun 1997-2000, Dosen Akper Depkes Kendari 2000-2021, dosen Poltekes Kemenkes Kendari 2021 sampai sekarang, Terima kasih, semoga tulisan ini memberi inspirasi bagi para pembaca



Ns. Ni Komang Ari Sawitri, S.Kep.MSc.PhD, lahir di Denpasar, pada 28 Juni 1982. Tercatat sebagai lulusan The University Of Edinburgh, Inggris. Penulis kerap disapa Ari, adalah seorang Dosen Keperawatan di Universitas Udayana.



Paulina, S.K.M., M.Kes lahir di Pontianak, pada 28 April 1977. Tercatat sebagai lulusan Program Pascasarjana Magister Kesehatan Lingkungan Universitas Diponegoro pada 2012. Tempat mengabdikan saat ini adalah di Poltekkes Kemenkes Pontianak, dengan disiplin ilmu Kesehatan Lingkungan serta Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Pernah menjabat sebagai Ketua Program Studi D-III Sanitasi (2018 - 2022) dan saat ini sebagai Ketua Program Studi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) Program Sarjana Terapan periode 2022 - 2026.



Yosin Ngii, SKM., M.Kes lahir di Kendari, Tanggal 6 September 1971. Alumni UIT Makassar Prodi Kesehatan Reproduksi, anak ke dua dari Bpk. Zeth Ngii dan ibu Hamidah, status sebagai seorang istri dengan dua orang anak, tercatat sebagai PNS pada Dinas Kesehatan Kab. Konawe dan sebagai pengelola pada Akademi Kesehatan Konawe Provinsi Sulawesi Tenggara



Ns. Dina Mariana, S.Kep., M.Kep lahir di Kendari, 21 Februari 1989. Merupakan dosen pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Sam Ratulangi, Manado. Pendidikan Sarjana (S1) pada tahun 2007, profesi ners pada tahun 2011 dan Magister (S2) pada

tahun 2014 pada Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar. Pernah bekerja di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin pada tahun 2012 - 2015 dan pernah menjadi staf pengajar pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Kesehatan Kendari pada tahun 2017 - 2019. Penulis juga aktif dalam melakukan penelitian dan publikasi artikel serta menjadi salah satu penulis pada buku Aplikasi Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada tahun 2022 dan buku Konsep Dasar Keperawatan II.



Shinta Arini Ayu, S.Kep., Ns., M. Kes Lahir di Terbanggi Besar 24 Mei 1988. Memulai pendidikan formalnya pada SDN 01 Gunung Madu sampai kelas 3 SD lalu dilanjutkan di SDN 01 Yukum Jaya, Terbanggi Besar Lampung Tengah dan tamat pada tahun 2000, selanjutnya pendidikan menengah tingkat pertama pada SMP Negeri 01 Terbanggi Besar Lampung Tengah

tahun 2003 dan akhirnya menamatkan pendidikan menengah tingkat atas pada SMA Negeri 1 Terusan Nunyai Lampung Tengah dan tamat pada tahun 2006. Wanita yang kerap disapa shinta adalah anak dari pasangan Totok Sgiarto (Ayah) dan Rugaiyah (Ibu). Menyelesaikan pendidikan pada Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan pada tahun 2009, selanjutnya menempuh pendidikan Profesi Ners di tempat yang sama hingga tahun 2010 dan lulus dengan predikat cumlaude. Pada tahun 2013 memulai pendidikan Magister Kesehatan di bidang Kesehatan Masyarakat

dengan konsentrasi Epidemiologi pada Sekolah Pasca Sarjana Universitas Malahayati dan menyelesaikan pendidikannya pada tahun 2015. Karier sebagai Dosen pada STIKes Permata Nusantara Kab.Cianjur dimulai tahun 2021 sampai dengan saat ini. Penulis pernah bekerja sebagai tenaga pengajar di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati dimulai sejak tahun 2013-2017. Pernah juga bekerja sebagai tenaga pengajar AKPER PEMKAB Cianjur Jawa Barat sejak tahun 2018-2021 dan pernah bertugas pada Klinik Arrisalah Bandar Lampung tahun 2010-2013. Ikut serta dalam berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang disertai dengan melakukan kolaborasi dalam penulisan buku dan artikel serta publikasi ilmiah pada tingkat nasional juga ikut berperan serta dalam oral presentation seminar baik nasional maupun internasional. Buku yang ditulis oleh penulis diantaranya Falsafah dan Teori Keperawatan, Epidemiologi Lingkungan, Keperawatan Gawat Darurat, Hematologi



Dr.Ns.Ni Made Dian Sulistiowati, M.Kep., Sp.Kep.J lahir di Jakarta, pada 13 Agustus 1984. Selepas SMA, pada tahun 2002 mulai menempuh pendidikan sarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia UI-Depok hingga akhirnya menyelesaikan pendidikan Doktor Keperawatan pada

tahun 2021 dengan fokus topik kesehatan jiwa pada anak dan remaja. Wanita yang kerap disapa Ns.Dian ini aktif sebagai pengajar di Universitas Udayana dan aktif sebagai narasumber pada berbagai kegiatan ilmiah dan seminar yang berkaitan dengan kesehatan mental. Ns.Dian juga aktif dalam kegiatan sosial yang berkaitan dengan kesehatan mental dimana salah satunya membentuk call center pencegahan bunuh diri yaitu *Lisa Helpline* bersama komunitas-komunitas yang ada di wilayah Bali yang memiliki tujuan bersama dalam mengatasi masalah kesehatan mental melalui upaya promotif dan preventif.



Ns. Angela Dwi Pitri., M.Kep, kelahiran Kota Singkawang Kalimantan Barat ini merupakan seorang ibu dan berprofesi sebagai Dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di kota Pontianak yaitu UNIKA St. Agustinus Hippo. Keperawatan adalah bidang keilmuan yang digeluti oleh Angela dan memperoleh gelar Magister

Keperawatan dari menempuh pendidikan di Departemen Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang tahun 2020. Angela juga pernah menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Widya Husada juga menyelesaikan Diploma III Keperawatan di kampus Stikes Elisabeth Semarang tahun 2009. Ini adalah buku ketiga yang telah ditulisnya semenjak memulai karir sebagai penulis dari tahun 2018. Angela berpendapat bahwa memparafrasa atau mengungkapkan kembali sebuah ide dalam tulisan tanpa mengubah maknanya adalah bagian yang paling menarik ketika menulis. Salam



Yuli Ernawati, S. Kep., Ns., M. Kep, Lahir di Ponorogo, 22 Agustus 1980. Penulis adalah anak ke-1 dari 2 bersaudara. Lulus sekolah dasar tahun 1993, sekolah menengah pertama tahun 1996; semuanya di Ponorogo. Sekolah menengah atas lulus 1999 di SMAN I Kotamadya Blitar. Pendidikan profesi

ners selesai di tahun 2006 serta Magister Keperawatan selesai tahun 2016; di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sejak Tahun 2006 – 2012 menjadi Dosen di STIKES Al Islam. Tahun 2012 – sekarang menjadi dosen di STIKES Wira Husada Yogyakarta. Prestasi yang pernah dicapai penulis antara lain : hibah PDP dari kemenristekdikti sebagai anggota pada tahun 2016 serta tahun 2022 sebagai ketua, mendapatkan hibah abdimas dan penelitian dari L2DIKTI wilayah 5 sebelum tahun 2012, best oral presenter dalam

agenda seminar nasional IPANI tahun 2021, Dosen berprestasi versi Optimal PT Nuansa Fajar Cemerlang tahun 2023, dll. Penulis aktif dalam kegiatan tridharma pendidikan semenjak menjadi dosen. Selain itu juga aktif dalam kegiatan UKM muslim, menjadi pembina kegiatan kerohanian islam di kampus. Peminatan penulis adalah di bidang perawatan anak termasuk juga pendidikan di setting terkait. Penulis juga aktif dalam kegiatan masyarakat, termasuk kader Posyandu lansia di kampungnya. Penulis mempunyai 4 putra; putra 2 di SMPIT Salman Al Farisi Yogyakarta, putra ke-3 dan ke-4 kembar saat ini di TKIT Ukhuwah Islamiyah Kalasan. CP : 081392060200 dengan email yuliernawati80@gmail.com. Penulis menekuni bidang menulis sejak tahun 2022



Sahmad, S.Kep., Ners., M.Kep lahir di Tamboli, pada 27 Maret 1978. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Hasanuddin Makassar Selanjutnya menyelesaikan program Magister Keperawatan juga di Universitas Hasanuddin. Saat ini penulis

adalah dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Kendari pada Jurusan Keperawatan. Beliau adalah anak dari pasangan Yadi (ayah) dan Hanisa (ibu).



Patria Asda, S.Kep, Ns., M.P.H, lahir di Balikpapan-Kalimantan timur, pada tanggal 27 Maret, merupakan lulusan S1 dan profesi ners dari prodi ilmu keperawatan universitas gadjah mada tahun 2007 Serta Master Of Public Health Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada pada tahun 2009. Saat ini penulis

merupakan dosen program studi Keperawatan (S1) dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wira Husada Yogyakarta. Mata Kuliah yang diampu antara lain Manajemen Keperawatan, Ilmu

Dasar Keperawatan dan keperawatan Gerontik, Komunitas Keluarga (KKG) dan Pendidikan promosi kesehatan. Penulis aktif dalam penyusunan modul praktikum, dan telah menerbitkan beberapa buku ajar. Penulis aktif pula dalam melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat serta telah menghasilkan berbagai publikasi di jurnal nasional dan jurnal terakreditasi.



Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Bantul, pada 15 Juli 1988. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Wanita yang kerap disapa Ika ini adalah anak dari pasangan Budi Utomo (ayah) dan Sumarni (ibu). **Ika Mustika Dewi** memiliki minat pada Keperawatan Maternitas (Kesehatan Ibu dan Anak). Saat ini ia tercatat sebagai dosen di Prodi Keperawatan Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata Yogyakarta.