



# FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

**Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep | Mu'awanah, S.Kep., Ners.,M.Hkes  
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN | Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep  
La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes | Dr. Sri Musriniawati Hasan,S.Kep.Ns.,MmedEd  
Teresia Retna Puspitadewi, Skep.,Ns, M.Kes | Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST.,M.Kes  
Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp.M.Si | Rina Tampake, S.Pd.,S.Kep.Ns.,M.Med.Ed  
Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep | Dr.Ernawati,SKp.,Mkep  
Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid) | Ns. Zuliya Indah Fatmawati, S.Kep.,M.Kep  
Dr. Indriani Yauri, MN | Ns. Andriani Mei Astuti, M.Kep**



## FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep  
Mu'awanah, S.Kep., Ners., M.Hkes  
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN  
Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep  
La Ode Alifariki, S.Kep.Ns., M.Kes  
Dr. Sri Musriniawati Hasan, S.Kep.Ns., MmedEd  
Teresia Retna Puspitadewi, Skep., Ns, M.Kes  
Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST., M.Kes  
Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp.M.Si  
Rina Tampake, S.Pd., S.Kep.Ns., M.Med.Ed  
Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep  
Dr. Ernawati, SKp., Mkep  
Maya D. C. Masrikat, S.ST., M.Kes (Epid)  
Ns. Zuliya Indah Fatmawati, S.Kep., M.Kep  
Dr. Indriani Yauri, MN  
Ns. Andriani Mei Astuti, M.Kep

### **Editor :**

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

## **FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN**

### **Penulis:**

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep  
Mu'awanah, S.Kep., Ners., M.Hkes  
Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN  
Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep  
La Ode Alifariki, S.Kep, Ns., M.Kes  
Dr. Sri Musriniawati Hasan, S.Kep. Ns., MmedEd  
Teresia Retna Puspitadewi, Skep., Ns, M.Kes  
Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST., M.Kes  
Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp.M.Si  
Rina Tampake, S.Pd., S.Kep.Ns., M.Med.Ed  
Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep  
Dr. Ernawati, SKp., Mkep  
Maya D. C. Masrikat, S.ST., M.Kes (Epid)  
Ns. Zuliya Indah Fatmawati, S.Kep., M.Kep  
Dr. Indriani Yauri, MN  
Ns. Andriani Mei Astuti, M.Kep

**ISBN : 978-634-7156-08-2**

### **Editor Buku:**

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

### **Diterbitkan Oleh :**

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)

E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

**Anggota IKAPI: 263/JTE/2023**

**Cetakan Pertama : 2025**

**Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang.** Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Falsafah dan Teori Keperawatan mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Falsafah dan Teori Keperawatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Falsafah dan Teori Keperawatan serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 25 Februari 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------|----|
| BAB 1 <u>Filsafat Ilmu</u> .....                               | 1  |
| A. Pendahuluan.....                                            | 1  |
| B. Konsep Filsafat Ilmu .....                                  | 2  |
| BAB 2 <u>Konsep Dasar Falsafah Keperawatan</u> .....           | 11 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 11 |
| B. Konsep Falsafah Keperawatan.....                            | 11 |
| BAB 3 <u>Landasan Epistemologi dalam Keperawatan</u> .....     | 21 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 21 |
| B. Konsep Dasar Epistemologi dalam Keperawatan .....           | 23 |
| BAB 4 <u>Falsafah Humanisme Dalam Keperawatan</u> .....        | 32 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 32 |
| B. Konsep Falsafah Humanisme Dalam Keperawatan .....           | 32 |
| BAB 5 <u>Etika dan Moralitas dalam Keperawatan</u> .....       | 42 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 42 |
| B. Etika dan Moralitas dalam Keperawatan .....                 | 43 |
| BAB 6 <u>Konsep Pelayanan Keperawatan</u> .....                | 51 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 51 |
| B. Konsep Pelayanan Keperawatan .....                          | 52 |
| BAB 7 <u>Paradigma Keperawatan</u> .....                       | 64 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 64 |
| B. Komponen Paradigma Keperawatan .....                        | 65 |
| BAB 8 <u>Teori Model Abraham Maslow</u> .....                  | 75 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 75 |
| B. Konsep Teori Model Abraham Maslow .....                     | 76 |
| BAB 9 <u>Teori Model Keperawatan Madeleine Leininger</u> ..... | 85 |
| A. Pendahuluan.....                                            | 85 |

|                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| B. Konsep Teori Madeleine Leininger .....                              | 87  |
| BAB 10 Teori Keperawatan Virginia Henderson .....                      | 96  |
| A. Pendahuluan.....                                                    | 96  |
| B. Teori Keperawatan Virginia Henderson.....                           | 97  |
| BAB 11 Teori Keperawatan Peplau .....                                  | 104 |
| A. Pendahuluan.....                                                    | 104 |
| B. Teori Keperawatan Peplau .....                                      | 105 |
| BAB 12 Teori Keperawatan Jean Watson .....                             | 116 |
| A. Pendahuluan.....                                                    | 116 |
| B. Konsep Teori Jean Watson.....                                       | 117 |
| BAB 13 Teori Keperawatan Dorothea Orem .....                           | 129 |
| A. Pendahuluan.....                                                    | 129 |
| B. Teori Keperawatan Dorothea Orem .....                               | 129 |
| BAB 14 Teori Keperawatan Sister Callista Roy .....                     | 138 |
| A. Pendahuluan.....                                                    | 138 |
| B. Konsep Teori Keperawatan Model Adaptasi Roy .....                   | 138 |
| BAB 15 Peran Penelitian Dalam Mengembangkan Teori<br>Keperawatan ..... | 146 |
| A. Pendahuluan.....                                                    | 146 |
| B. Peran Penelitian Dalam Mengembangkan Teori<br>Keperawatan.....      | 147 |
| BAB 16 Konsep Holistic Care .....                                      | 153 |
| A. Pendahuluan.....                                                    | 153 |
| B. Proses Perawatan Holistik.....                                      | 155 |



# BAB 1

## Filsafat Ilmu

**\*Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep\***

### A. Pendahuluan

Filsafat ilmu merupakan cabang filsafat yang berperan penting dalam memberikan landasan teoritis bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Sebagai suatu disiplin reflektif, filsafat ilmu tidak hanya bertujuan untuk memahami hakikat ilmu, tetapi juga mengeksplorasi metode, batasan, dan nilai-nilai yang terkandung di dalamnya. Dalam konteks modern, ilmu pengetahuan telah menjadi pilar utama dalam berbagai aspek kehidupan, mulai dari teknologi, ekonomi, hingga kebijakan publik. Namun, tanpa pemahaman yang mendalam tentang dasar-dasar dan prinsip-prinsip ilmu, pengembangan ilmu pengetahuan dapat kehilangan arah dan melupakan tanggung jawab moral serta etika (Adib, 2011).

Dalam kajiannya, filsafat ilmu berfokus pada tiga aspek utama, yaitu ontologi, epistemologi, dan aksiologi. Ontologi membahas tentang hakikat realitas dan objek kajian ilmu, sedangkan epistemologi menyoroti bagaimana pengetahuan diperoleh, divalidasi, dan dikembangkan (Rahman & Fauzi, 2020). Sementara itu, aksiologi mengkaji nilai-nilai etika dan moral yang berkaitan dengan penggunaan ilmu pengetahuan. Ketiga aspek ini saling melengkapi dalam memberikan kerangka berpikir yang kokoh bagi para ilmuwan, peneliti, dan praktisi (Adib, 2011).

Sebagai landasan konseptual, filsafat ilmu juga berperan dalam mengkritisi asumsi-asumsi yang mendasari ilmu pengetahuan, baik dari segi metode maupun tujuannya.



Melalui pendekatan ini, filsafat ilmu mampu mendorong pemahaman yang lebih kritis dan mendalam, sekaligus memberikan arah bagi pengembangan ilmu pengetahuan yang tidak hanya bermanfaat secara praktis, tetapi juga bertanggung jawab secara sosial. Oleh karena itu, kajian filsafat ilmu menjadi semakin relevan di tengah kompleksitas tantangan global saat ini.

## **B. Konsep Filsafat Ilmu**

### **1. Pengertian**

Filsafat merupakan salahsatu bidang ilmu yang mengkaji cara berfikir tentang sesuatu secara mendalam (Abu Thamrin, 2019). Filsafat ilmu adalah cabang filsafat yang mempelajari dasar-dasar, metode, dan batasan ilmu pengetahuan. Filsafat mempunyai karakteristik sendiri yaitu menyeluruh, mendasar dan spekulatif (A. Susanto, 2021).

### **2. Cabang Filsafat Ilmu**

Filsafat ilmu terbagi menjadi beberapa cabang utama :

#### **a. Ontologi (kajian tentang keberadaan)**

**Ontologi Ilmu** – Membahas hakikat realitas yang dipelajari oleh ilmu. Misalnya, apakah ilmu hanya membahas hal yang dapat diobservasi atau juga konsep yang abstrak?

##### **1) Ontologi Ilmu (Hakikat Realitas)**

- a) Ontologi membahas tentang apa yang sebenarnya ada dan menjadi objek kajian ilmu dan dikaji secara universal (M. Taufiq Rahman, 2020).
- b) Pertanyaan utama: Apakah realitas itu objektif atau tergantung pada cara kita memahaminya?
- c) Contoh: Dalam fisika, ada perdebatan antara realisme ilmiah (realitas independen dari pengamat) dan konstruktivisme (realitas dibentuk oleh pemahaman manusia).

- 2) Epistemologi (kajian tentang pengetahuan).  
**Epistemologi Ilmu** – Mempelajari bagaimana ilmu memperoleh kebenaran dan bagaimana kita bisa yakin bahwa suatu teori itu benar. Epistemologi selalu terkait erat dengan ontology dan aksiologi ilmu pengetahuan (M. Taufiq Rahman, 2020)  
**Epistemologi Ilmu (Hakikat Pengetahuan)**
  - a) Epistemologi mempelajari bagaimana ilmu memperoleh kebenaran dan membedakan antara pengetahuan ilmiah dan non-ilmiah.
  - b) Pertanyaan utama: **Bagaimana kita mengetahui sesuatu itu benar?**
  - c) Contoh: Metode ilmiah digunakan untuk membangun teori yang dapat diuji dan diverifikasi.
- 3) Aksiologi (kajian tentang nilai).  
Aksiologi Ilmu (Nilai dan Etika Ilmu)
  - a) Aksiologi membahas manfaat ilmu bagi manusia dan tanggung jawab moral seorang ilmuwan.
  - b) Pertanyaan utama: Apakah ilmu harus bebas nilai atau memiliki tanggung jawab moral terhadap dampaknya?
  - c) Contoh: Ilmu dapat digunakan untuk kebaikan (misalnya teknologi medis) atau berpotensi berbahaya (senjata nuklir).
- 4) Logika (kajian tentang pemikiran yang benar).  
Logika ilmu mengkaji prinsip-prinsip logis yang digunakan dalam pemikiran ilmiah seperti deduksi, induksi dan falsifikasi. **Logika ilmu** membahas prinsip-prinsip berpikir rasional yang digunakan dalam ilmu pengetahuan untuk memastikan bahwa argumen dan kesimpulan yang diambil valid serta dapat dipertanggungjawabkan. Berikut beberapa aspek yang dibahas dalam logika ilmu:

- a) Jenis penalaran dalam ilmu.  
3 Penalaran dalam ilmu yaitu Deduksi, induksi dan abduksi. Deduksi adalah Upaya penarikan Kesimpulan dari premis yang bersifat umum ke premis yang bersifat khusus. Contoh : Dalam matematika atau fisika teoritis, Induksi adalah Upaya penarikan Kesimpulan dari sejumlah kasus khusus untuk membentuk generalisasi / teori umum. Contoh, dalam metode eksperimen ilmiah dan Abduksi adalah Upaya penarikan Kesimpulan kemungkinan terbaik berdasarkan bukti yang ada, sering digunakan dalam penelitian ilmiah dan diagnose medis.
- b) Struktur argument ilmiah.  
Menjelaskan bagaimana membangun argument yang logis dalam ilmu pengetahuan, mengenali premis, Kesimpulan serta hubungan logis antar keduanya.
- c) Validitas dan kebenaran dalam ilmu.  
Validitas menyatakan apakah suatu argument disusun secara logis, sedangkan kebenaran menyatakan apakah premis dalam suatu argument sesuai dengan realitas.
- d) Logika formal dan informal dalam ilmu.  
Logika formal adalah aturan-aturan simbolik yang ketat seperti dalam matematika dan logika informal digunakan dalam analisis argument sehari-hari termasuk di bidang filsafat ilmu.
- e) Kesalahan berfikir (Logical Fallacies) dalam ilmu.  
Kekeliruan dalam berfikir yang dapat menyebabkan Kesimpulan salah.

- f) Falsifikasi dan verifikasi dalam ilmu.  
Falsifikasi adalah Upaya mencari kemungkinan kesalahan dalam teori dan verifikasi adalah Upaya menguji apakah teori ilmiah sesuai dengan bukti empiris.

5) Metodologi Ilmu

Menelaah metode yang digunakan dalam ilmu pengetahuan untuk memperoleh pengetahuan yang sah, seperti metode ilmiah, pengujian hipotesis, dan falsifikasi teori.

Metodologi Ilmu (Metode Ilmiah)

- a) Mengkaji cara-cara yang digunakan dalam ilmu untuk memperoleh pengetahuan yang dapat diuji dan dipercaya.
- b) Meliputi langkah-langkah seperti observasi, eksperimen, analisis, dan falsifikasi teori (Karl Popper).
- c) Contoh: Teori harus bisa diuji dan dipertanggungjawabkan, bukan hanya sekadar kepercayaan subjektif.

**3. Aliran-aliran Filsafat Ilmu**

Terdapat berbagai aliran yang masing-masing memiliki pandangan berbeda tentang dunia, eksistensi manusia, dan pengetahuan. Berikut adalah beberapa aliran utama dalam filsafat beserta penjelasannya:

a. Rasionalisme

Aliran Rasionalisme berpendapat bahwa akal (rasio) adalah sumber utama pengetahuan. Rasionalis meyakini bahwa pengetahuan yang benar dapat diperoleh melalui pemikiran dan logika, bukan hanya dari pengalaman indrawi. Tokoh Rasionalisme : René Descartes, Baruch Spinoza, dan Gottfried Wilhelm Leibniz. Contoh pandangan: Descartes dengan ungkapan *Cogito, ergo sum* (Saya berpikir, maka saya ada), menganggap bahwa pemikiran adalah dasar eksistensi.

b. Empirisme

Aliran Empirisme menekankan bahwa pengetahuan berasal dari pengalaman indrawi. Alam semesta *dipahami* berdasarkan apa yang dapat diamati dan diuji melalui indera. Tokoh Empirisme : John Locke, George Berkeley, dan David Hume. **Contoh pandangan:** Locke mengajukan bahwa manusia lahir dengan *tabula rasa* (papan kosong) dan memperoleh pengetahuan hanya melalui pengalaman.

c. Pragmatisme

Aliran Pragmatisme menganggap bahwa kebenaran suatu gagasan diukurA dari seberapa efektif ide tersebut dalam memecahkan masalah praktis dalam kehidupan. Filsafat ini lebih berfokus pada konsekuensi praktis dari ide. Tokoh aliran Pragmatisme adalah Charles Sanders Peirce, William James, dan John Dewey. **Contoh pandangan :** William James menekankan bahwa keyakinan yang berguna dalam kehidupan sehari-hari adalah kebenaran yang sebenarnya.

d. Eksistensialisme

Aliran Eksistensialisme berfokus pada pengalaman individu, kebebasan, dan pilihan pribadi. Ia menekankan bahwa manusia memiliki kebebasan untuk menciptakan makna dalam hidup, meskipun hidup itu sering kali absurd dan tidak pasti. Tokoh aliran Eksistensialisme adalah Soren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Jean-Paul Sartre, dan Albert Camus. **Contoh pandangan:** Sartre dengan ungkapan *existence precedes essence* (keberadaan mendahului esensi), yang berarti manusia pertama-tama ada dan kemudian menciptakan makna dalam hidupnya.

e. Fenomenologi

Aliran Fenomenologi adalah aliran yang berfokus pada pengalaman subjektif manusia dan bagaimana objek dipersepsikan dalam kesadaran. Tujuannya

adalah untuk menyelidiki struktur pengalaman itu sendiri. Tokoh aliran Fenomenologi : Edmund Husserl dan Martin Heidegger. **Contoh pandangan:** Husserl berpendapat bahwa untuk memahami dunia secara murni, kita harus memusatkan perhatian pada bagaimana kita mengalaminya, tanpa prasangka atau teori sebelumnya.

f. Marxisme

Aliran Marxisme berfokus pada analisis sosial dan sejarah berdasarkan konflik antara kelas-kelas sosial. Aliran ini berpendapat bahwa struktur ekonomi dan material dalam masyarakat menentukan ideologi dan pola pikir. Tokoh aliran Marxisme : Karl Marx dan Friedrich Engels. **Contoh pandangan:** Marx mengajukan teori tentang konflik antara kelas proletariat (buruh) dan borjuis (pemilik kapital), yang menjadi dasar perubahan sosial.

g. Stoisisme

Aliran Stoisisme mengajarkan bahwa kebahagiaan dan ketenangan batin tercapai melalui pengendalian emosi dan penerimaan terhadap kenyataan. Orang Stoik mengajarkan untuk menerima apa yang tidak bisa diubah dan berfokus pada pengendalian diri. Tokoh aliran Stoisisme : Zeno dari Citium, Epictetus, dan Marcus Aurelius. **Contoh pandangan:** Epictetus menekankan bahwa kita tidak dapat mengendalikan dunia luar, tetapi kita dapat mengendalikan bagaimana kita meresponsnya.

h. Hedonisme

Aliran Hedonisme mengajarkan bahwa pencarian kebahagiaan atau kenikmatan adalah tujuan utama hidup. Tokoh aliran Hedonisme : Aristippus dari Cyrene dan Epikurus. **Contoh pandangan:** Epikurus mengajarkan bahwa kenikmatan intelektual adalah bentuk kebahagiaan yang lebih tinggi daripada kenikmatan fisik.

i. Absolutisme

Aliran Absolutisme berpendapat bahwa ada prinsip-prinsip atau kebenaran universal yang tidak berubah sepanjang waktu dan tidak bergantung pada pandangan individu atau budaya. Prinsip ini menyatakan bahwa kebenaran bersifat mutlak dan tidak tergantung pada konteks, perspektif, atau perubahan waktu. Beberapa tokoh yang sering dikaitkan dengan pandangan ini antara lain: Plato, Rene Descartes, Immanuel Kant, Gottfried Wilhelm Leibniz dan Georg Wihelm Friedrich Hegel. **Contoh pandangan:** Dalam filsafat moral, absolutisme meyakini bahwa ada standar moral yang tetap, seperti pernyataan bahwa membunuh adalah salah dalam setiap kondisi.

j. Relativisme

Aliran Relativisme berpendapat bahwa kebenaran atau nilai moral bergantung pada individu atau budaya tertentu, dan tidak ada kebenaran universal yang berlaku untuk semua orang. **Contoh pandangan:** Relativisme budaya, yang menganggap bahwa standar moral setiap budaya harus dihormati dan dipahami dalam konteksnya masing-masing.

k. Materialisme

Aliran materialisme adalah pandangan filsafat yang menganggap materi atau alam sebagai satu-satunya realitas yang ada, sementara dunia spiritual atau Rohani dianggap tidak ada atau tidak relevan. Aliran ini menolak keberadaan Tuhan. Tokoh Filsafat aliran Materialisme : Anaximenes, Tales, Anaximandros, Democritos, Lamettrie, Thomas Hobbes, Spencer, Feuerbach, Karl Marx dan Friedrich. Pandangan aliran materialisme bertentangan dengan keyakinan agama yang menekankan pada keberadaan spiritual (AI Munif, 2024)

## DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M. (2011). *Filsafat ilmu : Ontologi, Epistemologi, Aksiologidan Logika Ilmu Pengetahuan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- A. Susanto. (2021). *Filsafat ilmu : Suatu kajian dalam dimensi Ontologis, Epistemologi dan Aksiologi*. (Cetakan ke). Bumi Aksara.
- Abu Thamrin. (2019). Relasi ilmu, Filsafat dan Agama dalam Dimensi Filsafat Ilmu. *Jurnal Sosial Dan Budaya Syar-I*, Volume 6 N.
- AI Munif. (2024). *Filsafat Ilmu*. Zabags OU Publish.
- M. Taufiq Rahman. (2020). *Filsafat Ilmu Pengetahuan*. Prodi S2 Studi Agama UIN Sunan Gunung Djati.



## BIODATA PENULIS



**Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep** lahir di Bogor, 8 Juli 1977 Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Padjajaran Bandung dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Saat ini penulis bekerja di Universitas Bhakti Kencana Bandung sebagai dosen Program Studi D3 Keperawatan. Rumpun keilmuan penulis adalah Keperawatan Medikal Bedah, dan kegawat darurat. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Keperawatan Medikal Bedah, Dokumentasi Keperawatan, Keperawatan Gawat darurat dan Manajemen Bencana. Saat ini penulis aktif dalam Tri Dharma Perguruan tinggi dan sebagai penulis buku ajar.

Telpon : 081322777268

# BAB 2

## Konsep Dasar Falsafah Keperawatan

\*Mu'awanah, S.Kep., Ners., M.HKes\*

### A. Pendahuluan

Keperawatan adalah diagnosis dan pengobatan respon manusia terhadap kesehatan actual dan potensial yang mencakup perhatian terhadap berbagai pengalaman respons manusia pada kesehatan, penyakit tanpa batasan, orientasi yang berfokus pada masalah, integrasi data objektif dengan pemahaman yang mendalam tentang masalah pengalaman subjektif pasien dan penerapan ilmiah (Stewart, 2014). Dewan Keperawatan Internasional (International Council of Nursing) mendefinisikan keperawatan sebagai fungsi unik perawat yaitu membantu individu, baik sakit maupun sehat, dalam melakukan aktivitas yang menunjang kesehatan atau pemulihannya (atau kematian dengan damai) yang dilakukannya tanpa bantuan, mempunyai kekuatan, kemauan atau pengetahuan yang diperlukan (Salma Hassan, 2010).

Falsafah Keperawatan adalah cinta dan pengejaran kebijakan melalui cara intelektual, moralitas, disiplin, penyediaan hakekat, penyebab, prinsip realitas, pengetahuan atau nilai berdasarkan penalaran logis dalam pedoman asuhan keperawatan (Thompson, 2016).

### B. Konsep Falsafah Keperawatan

#### 1. Pengertian Falsafah

Serangkaian pertanyaan sering muncul dalam mendefinisikan keperawatan dengan fungsi dan aktivitasnya. Beberapa menjawab dengan elemen proses

keperawatan: menilai, perencanaan, penerapan, dan evaluasi. Yang lain menjawab bahwa perawat mengkoordinasikan perawatan pasien. Mendefinisikan keperawatan dalam hal proses keperawatan atau fungsi atau kegiatan yang dilakukan perawat merupakan hal yang bermasalah. Tahapan dalam proses asuhan keperawatan adalah langkah-langkah yang sama yang mungkin kita gunakan untuk memecahkan masalah yang kurang tepat. Menilai situasi untuk menentukan apa yang akan dikerjakan, melanjutkan lalu mengidentifikasi masalahnya, kita merencanakan apa yang harus dilakukan terhadap hal tersebut, melaksanakan rencana dan mengevaluasi apakah itu berhasil. Proses keperawatan tidak memberikan definisi keperawatan. Masalah yang dihadapi perawat yaitu fungsi yang terkait dengan praktik, berbeda beda pada pengaturan, misal seorang perawat mungkin memulai infus, memberikan obat-obatan, dan melakukan perawatan di unit perawatan akut.

Di klinik berbasis komunitas, seorang perawat mungkin mengajarkan seorang ibu muda tentang prinsip pemberian makanan bayi atau menelepon untuk mengatur sumber daya komunitas bagi anak berkebutuhan khusus. Beberapa professional dan non-profesional dapat melakukan tugas yang sama seperti perawat, dan orang-orang dengan kemampuan dan wewenang untuk melakukan tugas tertentu berubah berdasarkan waktu dan lingkungan, misal baik dokter maupun perawat mungkin mendengarkan suara nafas dan mengenali adanya rales. Baik perawat maupun pekerja social mungkin melakukan perencanaan pemulangan. Kedua perawat dan anggota keluarga mungkin mengganti balutan, memantau tanda-tanda vital, dan memberikan obat-obatan, jadi mendefinisikan keperawatan hanya berdasarkan fungsi atau kegiatan yang dilakukan tidak bermanfaat.

Maka untuk menjawab pertanyaan “Apakah itu Keperawatan?” kita harus merumuskan identitas unik

keperawatan modern, orang-orang yang mengartikulasikan fokus khasnya.

Buku Notes on Nursing: Apa itu dan Apa itu Bukan, dia membedakan keperawatan dari kedokteran, menyatakan bahwa keduanya berbeda praktik. Dia mendefinisikan keperawatan sebagai menempatkan orang yang berada dalam kondisi terbaik agar alam dapat bertindak, menegaskan bahwa fokus keperawatan adalah pada kesehatan dan proses penyembuhan alami, bukan pada penyakit dan pemulihan. Menciptakan lingkungan yang menyediakan kondisi untuk penyembuhan alami terjadi adalah fokus keperawatan. (Smith and Parker, 2015)

Asumsi dapat dianggap sebagai hal yang sudah pasti atau gagasan atau fakta yang kita anggap benar, hal hal yang kita yakini benar, cara segala sesuatunya tanpa diragukan lagi. Contoh: asumsi tentang orang dapat dinyatakan sebagai orang makhluk social. Asumsi tentang keperawatan dapat berupa perawat peduli dengan kesejahteraan pasien mereka atau perawat dapat menilai pasien dengan andai. Mungkin akan membantu jika mengatakan saya berasumsi Y, contoh: saya berasumsi bahwa perawat.....menghormati pasien, adalah dokter yang terampil; saya berasumsi bahwa orang...jujur, dapat membuat keputusan sendiri. (Thompson, 2016)

**Tabel 1.** Istilah Dan Konsep Filsafat

| No | Istilah      | Keterangan                                                                                                   |
|----|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Epistemologi | Studi tentang pengetahuan dan bagaimana kita tahu?<br>Contoh: Bagaimana kita mengetahui apa itu keperawatan? |
| 2. | Ontologi     | Studi tentang keberadaan dan makna menjawab pertanyaan,                                                      |

|    |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                              | <p>"Apa yang kita yakini ada (tentang keperawatan)?"</p> <p>Contoh: Apa itu keperawatan?</p>                                                                                                                                                                                      |
| 3. | Filsafat Ilmu                | Suatu perspektif atau pandangan dunia tentang pemeriksaan terhadap kumpulan pengetahuan dan bagaimana kumpulan pengetahuan itu dipelajari (pendekatan, metode)                                                                                                                    |
| 4. | Pandangan yang diterima      | Teori bisa benar atau salah, teori yang dikembangkan harus diformalkan, proposisi teoritis perlu diuji, semua ilmu harus mengikuti pola fisika, pemisahan yang jelas antara pemahaman empiris dan teoritis. Metode ilmiah mengarah pada jawaban (yang disamakan dengan kebenaran) |
| 5. | Pandangan yang dipersepsikan | Teori tidak benar atau salah, observasi mengarah pada pembentukan teori. Observasi adalah subjektif dan sarat nihil, menentukan penggunaan indera dan pikiran, akurat tetapi belum tentu tepat, bersifat fisik dan mental, terperinci tetapi belum tentu dapat diukur             |
| 6. | Empirisme                    | Pencarian kebenaran tunggal. Pandangan positif tentang kebenaran yang menggunakan metode ilmiah, tetapi mencakup realitas                                                                                                                                                         |

|     |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                   | pengalaman apa yang disebut saint                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 7.  | Empiris                           | Berdasar pengalaman                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 8.  | Eksperimental                     | Pengetahuan didasarkan pada pengalaman                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 9.  | Konstruktivisme/<br>Konruktivitas | Pengetahuan adalah sesuatu yang dibangun,<br>Pembelajaran adalah perkembangan pembelajar membangun pengetahuan yang sudah ada dan menginterpretasikan pengetahuan tersebut dengan cara pribadi untuk membangun pengetahuan baru. Pengetahuan bersifat literatif dan dapat berubah seiring dengan munculnya pengetahuan dan bukti baru |
| 10. | Pandangan Dunia                   | Perspektif individu tentang realitas mereka yang memandu pemikiran dan keberadaan mereka. Setiap ahli (keperawatan atau lainnya) memiliki perspektif mereka sendiri yang kemudian membentuk keyakinan, asumsi dan nilai-nilai mereka                                                                                                  |
| 11. | Nilai                             | Ciri atau perilaku yang dianggap diinginkan atau dinilai baik, berharga atau terhormat<br>Contoh: nilai-nilai yang terkait dengan orang dapat                                                                                                                                                                                         |

|     |           |                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |           | dinyatakan sebagai :orang layak dihormati                                                                                                                                                                       |
| 12. | Keyakinan | Definisi ringkas dan deskripsi luas dari setiap konsep<br>Contoh: Jika anda menjabarkan konsep manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial, maka anda perlu menguraikan apa saja yang menjadi komponen-komponennya |

Sumber: (Thompson, 2016)

Menurut Doheny et.al (1997), filosofi didefinisikan sebagai “kepercayaan seseorang suatu area atau sekelompok orang dan mengungkapkan nilai-nilai dan sikap yang mendasari suatu area”. Definisi lain yang tidak begitu ringkas berbunyi, filsafat keperawatan adalah pernyataan asumsi, keyakinan, dan prinsip dasar dan universal tentang hakikat pengetahuan dan kebenaran (epistemology) dan tentang hakikat entitas praktik keperawatan dan proses penyembuhan manusia yang terwakili dalam ontology. (Stewart, 2014)

## 2. Keperawatan

Disiplin ilmu memiliki fokus unik yang mengarahkan penyelidikan didalamnya dan membedakannya dari bidang studi lainnya. Pengetahuan keperawatan memandu praktik profesionalnya, oleh karena itu diklasifikasikan sebagai disiplin professional. Setiap disiplin ilmu mencakup jaringan filsafat, teori, konsep, pendekatan penyelidikan, temuan penelitian dan praktik yang mencerminkan dan menerangi perspektifnya yang berbeda. Disiplin keperawatan adalah dibentuk oleh komunitas cendekiawan, termasuk perawat di semua tempat perawatan yang berbagi komitmen terhadap nilai,

pengetahuan dan proses untuk memandu pemikiran dan pekerjaan disiplin. (Smith and Parker, 2015)

a. Domain

Domain adalah bidang kompetensi luas yang dapat dibedakan, yang bila dipertimbangkan secara agregat merupakan kerangka deskriptif untuk praktik keperawatan. (American Association of Colleges of Nursing, 2022)

Suatu disiplin profesional harus didefinisikan secara jelas melalui pernyataan mengenai domainnya bidang keperawatan, meliputi fenomena minat, masalah yang harus ditangani, isi pokok dan metode yang digunakan serta peran yang dibutuhkan oleh anggota disiplin.

- 1) kepedulian terhadap prinsip dan hukum yang mengatur proses kehidupan, kesejahteraan fungsi optimal manusia, baik sakit maupun sehat
- 2) kekhawatiran terhadap pola perilaku manusia perilaku dalam interaksi dengan lingkungan dalam situasi kehidupan kritis
- 3) kepedulian terhadap proses melalui perubahan positif apa saja yang mempengaruhi status kesehatan? (Smith and Parker, 2015) .

b. Nilai dan keyakinan

Keperawatan memiliki pandangan yang berbeda terhadap orang lain dan komitmen yang kuat terhadap kasih sayang dan perawatan yang berpengalaman, berpengetahuan bagi orang melalui keperawatan. Nilai dan keyakinan dasar keperawatan mencakup pandangan holistik tentang orang martabatnya dan keunikan setiap orang serta panggilan untuk peduli. Ada nilai yang sama dan berbeda dan keyakinan dalam disiplin ilmu (Smith and Parker, 2015).

Nilai mengacu pada apa yang seharusnya menjadi standard normatif, tidak harus mengacu pada bagaimana sesuatu sebenarnya terjadi. Nilai adalah prinsip dan cita-cita yang memberikan makna dan arah bagi kehidupan. Integrasi nilai-nilai keperawatan



professional dalam pendidikan adalah otonomi, martabat manusia, integritas dan keadilan sosial. Pernyataan seperti yang dikeluarkan ANA merupakan langkah kearah yang benar, mengidentifikasi nilai-nilai keperawatan sebagai humanistik:

- 1) respon pengasuhan terhadap seseorang yang membutuhkan
- 2) pandangan tentang keseluruhan individu
- 3) penekanan pada perspektif individu
- 4) konsentrasi pada pengembangan potensi manusia
- 5) tujuan kesejahteraan
- 6) pemeliharaan hubungan perawat-pasien di jantung bantuan (Smith and Parker, 2015)

Nilai-nilai keperawatan juga telah dicantumkan sebagai pemberian perawatan, akuntabilitas, integritas, kepercayaan, kebebasan dan pengetahuan. Proses penilaian melibatkan tiga langkah:

- 1) memilih nilai
- 2) memberi nilai
- 3) bertindak berdasarkan nilai

Memilih nilai adalah tahap intelektual di mana seseorang memilih nilai dari alternative yang teridentifikasi. Kedua menghargai nilai melibatkan dimensi emosional atau afektif. Ketika kita memilih nilai dengan cara tertentu tentang nilai-nilai kita itu karena kita telah mencapai langkah kedua ini. Akhirnya kita harus bertindak berdasarkan pilihan intelektual dan emosi kita. Langkah ketiga ini mencakup perilaku atau tindakan yang menunjukkan nilai kita. Idealnya nilai yang sejati dibuktikan dengan perilaku yang konsisten (Stewart, 2014).

## DAFTAR PUSTAKA

- American Association of Colleges of Nursing (2022) *Core Competencies for Professional Nursing Education*, BYU College of Nursing.
- Salma Hassan (2010) 'Nursing as a Profession', *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 54(3), pp. 129-133.  
Available at:  
<https://doi.org/10.1177/146642403305400302>.
- Smith, M.C. and Parker, M.E. (2015) *Nursing theories & nursing practice*. Fourth, *Nursing Theories and Nursing Practice*. Fourth. Philadelphia.
- Stewart, M.W. (2014) *Philosophy of Nursing, Role Development in Professional Nursing Practice*.
- Thompson, C.J. (2016) 'Philosophy & Science Terms and Concepts', pp. 1-8.

## BIODATA PENULIS



**Mu'awanah, SKep., Ners., M.HKes** lahir di kota Kretek Jawa Tengah. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) FK (sekarang Fakultas Keperawatan) Universitas Padjadjaran Bandung dan S2 di Fakultas Hukum Program Studi Hukum Kesehatan Universitas Katholik Soegijapranata Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan, Program Studi Keperawatan Blora Program Diploma Tiga Poltekkes Kemenkes Semarang. Penulis menekuni bidang penulis dan telah 7 buku yang penulis tulis

# BAB 3

## Landasan Epistemologi dalam Keperawatan

\*Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN\*

### A. Pendahuluan

Keperawatan, baik sebagai ilmu pengetahuan maupun seni, mengacu pada permadani pengetahuan yang kaya untuk memandu praktik, penelitian, dan pendidikan. Epistemologi, studi tentang pengetahuan - sifat, asal, dan batasannya - membentuk landasan yang mendasari pengetahuan keperawatan. Memahami epistemologi dalam keperawatan sangat penting untuk memastikan bahwa praktik keperawatan tidak hanya berbasis bukti tetapi juga berakar kuat pada pemahaman yang mendalam tentang pengalaman manusia, pertimbangan etis, dan perawatan holistik. Dengan mengeksplorasi dasar-dasar epistemologi keperawatan, para praktisi dan akademisi dapat mengartikulasikan dan memperluas pengetahuan keperawatan yang unik, yang sangat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat yang kompleks.

Evolusi pengetahuan keperawatan telah dibentuk oleh berbagai paradigma dan perspektif teoretis yang muncul dari waktu ke waktu. Dari ketergantungan awal pada pengamatan empiris dan keterampilan praktis hingga penekanan saat ini pada praktik berbasis teori dan berbasis bukti, keperawatan terus beradaptasi untuk memenuhi tuntutan lingkungan perawatan kesehatan yang terus berubah. Kemampuan beradaptasi ini menyoroti pentingnya memeriksa dasar-dasar epistemologi profesi untuk memastikan bahwa keperawatan

tetap relevan dan efektif dalam mengatasi tantangan perawatan kesehatan kontemporer.

Epistemologi dalam keperawatan mencakup beragam bentuk pengetahuan, termasuk pengetahuan empiris, etis, personal, dan estetika, serta pengetahuan emansipatoris. Dimensi-dimensi pengetahuan ini berkontribusi pada pemahaman holistik tentang perawatan pasien, yang memungkinkan perawat untuk mengintegrasikan bukti ilmiah dengan pengambilan keputusan etis, wawasan pribadi, dan kepekaan budaya. Dengan mengenali dan menghargai cara-cara mengetahui yang berbeda ini, keperawatan dapat mengembangkan pendekatan perawatan yang lebih komprehensif dan penuh kasih.

Selain itu, dasar-dasar epistemologis keperawatan terkait erat dengan asumsi ontologis disiplin ilmu ini tentang sifat manusia, kesehatan, dan lingkungan. Keyakinan dasar ini membentuk pertanyaan yang diajukan perawat, metode yang mereka gunakan untuk mengumpulkan dan menafsirkan data, dan intervensi yang mereka terapkan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Pemahaman yang jelas tentang dasar-dasar epistemologis dan ontologis ini memungkinkan perawat untuk secara kritis mengevaluasi dan menyempurnakan praktik mereka, memastikan bahwa hal tersebut selaras dengan nilai-nilai inti dan tujuan profesi.

Selain implikasi praktisnya, epistemologi keperawatan memainkan peran penting dalam memajukan pengembangan teori dan agenda penelitian. Dengan terlibat dalam pertanyaan-pertanyaan epistemologis, para sarjana keperawatan dapat mengidentifikasi kesenjangan dalam pengetahuan, menantang asumsi-asumsi yang ada, dan menghasilkan wawasan baru yang menginformasikan praktik dan kebijakan. Proses penyelidikan dan refleksi ini sangat penting untuk pertumbuhan dan pematangan keperawatan yang sedang berlangsung sebagai disiplin akademis dan profesional.

## **B. Konsep Dasar Epistemologi dalam Keperawatan**

### **1. Memahami Epistemologi dalam Keperawatan**

Epistemologi dalam keperawatan membahas pertanyaan mendasar tentang sumber, validasi, dan penerapan pengetahuan. Epistemologi berusaha untuk menjawab:

- a. Apa yang dimaksud dengan pengetahuan dalam keperawatan?
- b. Bagaimana pengetahuan keperawatan diperoleh?
- c. Metode apa yang memvalidasi pengetahuan keperawatan?
- d. Bagaimana pengetahuan diterapkan dalam praktik?

Dengan menjawab pertanyaan-pertanyaan ini, epistemologi keperawatan memastikan bahwa pemberian perawatan didasarkan pada bukti ilmiah dan pemahaman humanistik. Kerangka kerja epistemologi disiplin ilmu ini mengintegrasikan berbagai bentuk pengetahuan, termasuk dimensi empiris, etis, personal, estetis, dan sosiopolitik.

### **2. Sumber Utama Pengetahuan dalam Keperawatan**

#### **a. Pengetahuan Empiris**

- 1) Juga dikenal sebagai ilmu keperawatan, pengetahuan empiris diperoleh dari observasi, eksperimen, dan penelitian yang sistematis. Ilmu ini menekankan pada fakta-fakta yang dapat diukur dan diverifikasi.
- 2) Contoh: Pedoman klinis, uji coba terkontrol secara acak (RCT), dan studi laboratorium.

#### **b. Pengetahuan Estetika**

- 1) Seni keperawatan melibatkan pemahaman dan respons terhadap pengalaman unik pasien. Pengetahuan estetika menekankan intuisi, empati, dan kreativitas dalam menyesuaikan perawatan.
- 2) Contoh: Menghibur pasien yang tertekan, merancang rencana rehabilitasi yang menarik.

- c. Pengetahuan Pribadi
    - 1) Bentuk pengetahuan ini muncul dari kesadaran diri dan refleksi. Pengetahuan pribadi memungkinkan perawat untuk membangun hubungan terapeutik yang otentik dengan pasien.
    - 2) Contoh: Mengenali bias seseorang, menggunakan pendengaran aktif untuk menumbuhkan kepercayaan.
  - d. Pengetahuan Etis
    - 1) Pengetahuan etis memandu perawat dalam membuat keputusan yang baik secara moral. Pengetahuan ini melibatkan pemahaman prinsip-prinsip etika, seperti otonomi, keadilan, dan kemanfaatan.
    - 2) Contoh: Mengadvokasi hak-hak pasien, menavigasi dilema perawatan di akhir masa hidup.
  - e. Pengetahuan Sosiopolitik
    - 1) Dimensi ini berfokus pada konteks sosial, budaya, dan politik perawatan kesehatan. Dimensi ini menekankan pada kesetaraan kesehatan dan dampak determinan sosial terhadap hasil kesehatan.
    - 2) Contoh: Mengatasi kesenjangan dalam akses perawatan, mengadvokasi kebijakan kesehatan masyarakat.
3. Cara-cara Mengetahui dalam Keperawatan
- Karya penting Barbara Carper (1978) menguraikan empat cara mendasar untuk mengetahui dalam keperawatan:
- a. Empiris (Ilmu Keperawatan)
    - 1) Didasarkan pada penyelidikan ilmiah dan praktik berbasis bukti.
    - 2) Contoh: Menggunakan temuan penelitian untuk mengembangkan protokol manajemen nyeri yang efektif.

- b. Etika (Komponen Moral)
  - 1) Melibatkan penalaran moral dan pengambilan keputusan etis.
  - 2) Contoh: Menyeimbangkan otonomi pasien dengan tanggung jawab profesional dalam rencana perawatan.
- c. Pengetahuan Pribadi (Personal Knowing)
  - 1) Berpusat pada kesadaran diri dan hubungan perawat-pasien.
  - 2) Contoh: Membangun kepercayaan dengan pasien melalui komunikasi yang terbuka dan penuh empati.
- d. Estetika (Seni Keperawatan)
  - 1) Mencerminkan kreativitas dan intuisi yang terlibat dalam perawatan individual.
  - 2) Contoh: Mengadaptasi gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan populasi pasien yang beragam.

Kemudian, Chinn dan Kramer memperluas dimensi-dimensi ini dengan menambahkan pengetahuan emansipatoris, yang berfokus pada keadilan sosial dan menantang sistem yang menindas dalam perawatan kesehatan.

#### 4. Integrasi Epistemologi dalam Praktik Keperawatan

Praktik keperawatan yang efektif bergantung pada integrasi berbagai bentuk pengetahuan:

- a. Pengambilan Keputusan Klinis
 

Perawat mensintesis bukti empiris dengan wawasan pribadi dan pertimbangan etis untuk membuat keputusan yang tepat.
- b. Perawatan Holistik
 

Dengan memenuhi kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual, perawat memberikan perawatan komprehensif yang menghargai preferensi dan nilai individu.



- c. **Praktik Berbasis Bukti (EBP)**  
 Pengetahuan empiris menjadi tulang punggung EBP, memastikan intervensi didasarkan pada bukti terbaik yang tersedia.
- d. **Kompetensi Budaya**  
 Pengetahuan sosial budaya memungkinkan perawat untuk memberikan perawatan yang peka terhadap budaya dan mengatasi kesenjangan kesehatan.
- 5. **Peran Epistemologi dalam Penelitian Keperawatan**
  - a. **Penelitian Kuantitatif**
    - 1) Berfokus pada pengetahuan empiris untuk menguji hipotesis dan menetapkan fakta yang dapat digeneralisasi.
    - 2) Contoh: Mempelajari efektivitas obat baru melalui RCT.
  - b. **Penelitian Kualitatif**
    - 1) Mengeksplorasi pengetahuan pribadi dan estetika untuk memahami pengalaman dan perspektif pasien.
    - 2) Contoh: Menyelidiki bagaimana penyakit kronis berdampak pada kualitas hidup melalui wawancara.
  - c. **Penelitian Metode Campuran (Mix-Method)**  
 Menggabungkan pendekatan kuantitatif dan kualitatif untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif tentang fenomena kesehatan.
- 6. **Landasan Epistemologi dalam Kepemimpinan Keperawatan**
  - a. **Kepemimpinan Berbasis Bukti:** Mengintegrasikan epistemologi untuk menginformasikan pengambilan keputusan dalam manajemen keperawatan.
  - b. **Pertimbangan Etis dalam Kepemimpinan:** Menyeimbangkan pengetahuan empiris dengan pengetahuan yang etis dan emansipatoris.

- c. Mempromosikan Berbagi Pengetahuan: Menumbuhkan budaya kolaborasi untuk memajukan pengetahuan organisasi.
- 7. Epistemologi Keperawatan dalam Kesehatan Masyarakat
  - a. Pengetahuan Berbasis Komunitas: Memanfaatkan data epidemiologi dan sosiologi untuk menginformasikan intervensi komunitas.
  - b. Advokasi Kebijakan: Menerapkan wawasan epistemologi untuk mempengaruhi kebijakan perawatan kesehatan.
  - c. Perawatan Pencegahan: Peran pengetahuan keperawatan dalam mendidik dan memberdayakan masyarakat.
- 8. Keadilan Epistemik dalam Keperawatan
  - a. Mengatasi Suara-suara yang Terpinggirkan: Memastikan representasi yang adil dari sistem pengetahuan yang beragam dalam pendidikan dan praktik keperawatan.
  - b. Inklusivitas dalam Produksi Pengetahuan: Mempromosikan penelitian yang menyertakan perspektif dari populasi yang kurang terwakili.
  - c. Memerangi Ketidakadilan Epistemik: Mengenali dan mengurangi bias dalam pelayanan kesehatan dan pendidikan keperawatan.
- 9. The Role of Intuition in Nursing Knowledge
  - a. Blending Intuition and Empirical Knowledge: How gut instincts complement scientific evidence in practice.
  - b. Training and Recognizing Intuition: Strategies for acknowledging intuitive skills in nursing curricula.
- 10. Epistemologi dalam Pendidikan Keperawatan
  - a. Desain Kurikulum  
Pendidikan keperawatan mengintegrasikan prinsip-prinsip epistemologi dengan menyeimbangkan ketelitian ilmiah dengan seni merawat.

- b. **Pemikiran Kritis**  
Mahasiswa belajar mengevaluasi bukti secara kritis dan menerapkannya secara tepat dalam praktik.
  - c. **Praktik Reflektif**  
Mendorong kesadaran diri dan pembelajaran berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan pribadi dan etika.
  - d. **Kolaborasi Interdisipliner**  
Menekankan kerja sama tim dan berbagi pengetahuan untuk mengatasi tantangan perawatan kesehatan yang kompleks.
11. **Evolusi Epistemologi Keperawatan dalam Perawatan Kesehatan Berbasis Teknologi**
- a. **Kecerdasan Buatan dan Pengetahuan Keperawatan:**  
Dampaknya terhadap diagnosis dan perawatan pasien.
  - b. **Pengambilan Keputusan Berbasis Data:** Integrasi analitik data besar dengan bentuk-bentuk pengetahuan tradisional.
  - c. **Implikasi Etis:** Tantangan dalam menyeimbangkan kemajuan teknologi dengan pengetahuan pribadi dan etika.
12. **Tantangan dalam Epistemologi Keperawatan**
- a. **Menyeimbangkan Seni dan Ilmu Pengetahuan**  
Memadukan bukti empiris dengan aspek humanistik dalam perawatan dapat menjadi tantangan tersendiri.
  - b. **Kemajuan Teknologi yang Cepat**  
Tetap mengikuti perkembangan teknologi baru sambil mempertahankan hubungan pribadi dengan pasien.
  - c. **Kompleksitas Budaya dan Etika**  
Menavigasi beragam praktik budaya dan dilema etis dalam dunia global.
13. **Arah Masa Depan dalam Epistemologi Keperawatan**
- a. **Pendekatan Interdisipliner**  
Berkolaborasi lintas disiplin ilmu untuk meningkatkan integrasi pengetahuan dan hasil bagi pasien.

b. Integrasi Teknologi

Memanfaatkan kecerdasan buatan dan data besar untuk memajukan praktik berbasis bukti.

c. Perspektif Kesehatan Global

Mengatasi tantangan kesehatan global melalui pengetahuan dan advokasi sosial politik.

Landasan epistemologis dalam keperawatan memberikan kerangka kerja yang komprehensif untuk memahami dan memajukan disiplin ilmu ini. Dengan mengintegrasikan pengetahuan empiris, estetika, personal, etika, dan sosiopolitik, perawat dapat memberikan perawatan yang ilmiah, berlandaskan moral, dan sangat humanis. Dasar-dasar ini tidak hanya meningkatkan praktik klinis tetapi juga membentuk masa depan pendidikan dan penelitian keperawatan, memastikan bahwa profesi ini terus berkembang untuk memenuhi kebutuhan masyarakat yang dinamis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al Nasiri, Y. S. (2018). An overview of empiricism and its contribution to nursing epistemology. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, 6(1).
- Cheung, J. (1998). Caring as the ontological and epistemological foundations of nursing: A view of caring from the perspectives of Australian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 4(4), 225-233.
- Kirkham, S. R., & Anderson, J. M. (2002). Postcolonial nursing scholarship: From epistemology to method. *Advances in nursing science*, 25(1), 1-17.
- Peters, M. (2000). Does constructivist epistemology have a place in nurse education?. *Journal of nursing education*, 39(4), 166-172.
- Rolfe, G. (2015). Foundations for a human science of nursing: Gadamer, Levinas, and the hermeneutics of caring. *Nursing Philosophy*, 16(3), 141-152.
- Salviano, M. E. M., Nascimento, P. D. F. S., Paula, M. A. D., Vieira, C. S., Frison, S. S., Maia, M. A., ... & Borges, E. L. (2016). Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Revista brasileira de enfermagem*, 69, 1240-1245.
- Thorne, S. (2022). Unpacking Nursing's Epistemological Foundations as a Basis for Applied Qualitative Design. *Qualitative Research Design*, 1129.
- Queirós, P. J. P. (2014). Reflections for a nursing epistemology. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 776-781.
- Welch, S. (2020). Caring and esthetics: An argument for a nursing ontology and epistemology. *International Journal for Human Caring*.

## BIODATA PENULIS



**Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN**, Lahir di Ranomeeto, 05 Juli 1984. Memulai Pendidikan Tinggi di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Famika Makassar pada tahun 2001 dan lulus pada tahun 2006. Melanjutkan Pendidikan Strata dua dalam bidang Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Western Mindanao State University Tahun 2008-2010. Saat ini bekerja sebagai tenaga pendidik di Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga, Fakultas Sains dan Teknologi Universitas Sembilanbelas November Kolaka

# BAB 4

## Falsafah Humanisme Dalam Keperawatan

\*Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep\*

### A. Pendahuluan

Humanisme adalah sebuah falsafah yang menempatkan manusia sebagai fokus perhatian dengan mengutamakan pengembangan potensi, martabat, dan hak asasi manusia. Dalam keperawatan, humanisme menjadi landasan penting yang mengarahkan praktik profesional keperawatan dalam memberikan pelayanan yang berpusat pada pasien.

Humanisme dalam keperawatan menekankan pentingnya memperlakukan setiap individu secara menyeluruh, menghormati martabat, dan mengakui nilai-nilai personal pasien. Dalam keperawatan, humanisme mengarahkan praktik keperawatan untuk tidak hanya fokus pada aspek fisik pasien tetapi juga pada kebutuhan emosional, sosial, dan spiritual pasien (Oh, J., Lee, J. & Kim, S, 2021).

### B. Konsep Falsafah Humanisme Dalam Keperawatan

#### 1. Pengertian Falsafah Humanisme

##### a. Pengertian Falsafah Humanisme Secara Umum

Humanisme merupakan suatu pandangan atau filsafat yang menekankan nilai, martabat, dan potensi manusia baik sebagai individu maupun sebagai bagian dari masyarakat. Pandangan ini juga menekankan peran pengalaman, akal, dan kemandirian manusia dalam memahami dunia dan membangun kehidupan yang bermakna. Humanisme juga dapat didefinisikan sebagai prinsip hidup yang berusaha meningkatkan kualitas hidup manusia dengan menekankan nilai-nilai universal

seperti kemanusiaan, rasionalitas, dan kebebasan individu. Dalam kenyataannya, humanisme mendorong potensi manusia melalui pendidikan, seni, dan kerja sama sosial (Norma, R, 2016).

b. Pengertian Falsafah Humanisme Dalam Keperawatan

Dalam keperawatan, falsafah humanisme adalah pendekatan yang menempatkan manusia sebagai tujuan utama dalam pengobatan dan perawatan. Konsep ini menekankan nilai-nilai kemanusiaan, martabat, dan hak setiap orang, termasuk aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Menurut humanisme keperawatan, pasien harus dilihat sebagai individu yang berbeda dan dilibatkan secara aktif dalam proses perawatan daripada hanya menjadi objek tindakan medis (Dossey, B. M. & Keegan, L. 2022).

Perawat yang menggunakan pendekatan humanisme tidak hanya mementingkan kebutuhan fisik pasien, tetapi juga memperhatikan pentingnya empati, komunikasi yang baik, dan saling menghormati antara perawat dan pasien. Pendekatan humanisme juga mendorong perawat untuk memahami konteks kehidupan pasien, termasuk kebutuhan emosional, nilai-nilai budaya, dan keyakinan mereka (Watson, J. 2020).

**2. Prinsip – Prinsip Humanisme Dalam Keperawatan**

Prinsip keperawatan humanistik menurut Watson, (2012) adalah pendekatan yang menekankan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien berdasarkan penghargaan, perhatian, dan empati terhadap nilai-nilai individu

a. Penghormatan Terhadap Martabat Manusia.

Penghormatan terhadap martabat manusia memastikan bahwa setiap orang memiliki nilai yang tidak dapat diukur atau diabaikan terlepas dari latar belakang sosial, ekonomi, budaya, atau fisik mereka. Dalam humanisme, penghormatan terhadap martabat manusia didefinisikan sebagai pengakuan hak asasi manusia, kebebasan berpikir, dan kemampuan untuk



menentukan kehidupan mereka sendiri. Dengan kata lain, penghormatan terhadap martabat manusia melibatkan penghargaan terhadap nilai intrinsik setiap orang, pengakuan kebebasan dan otonomi dalam membuat keputusan, penghargaan terhadap keunikan setiap orang, dan pendekatan holistik yang melibatkan kebutuhan fisik, emosional, mental, dan spiritual setiap orang (Dossey, B. M., & Keegan, L., 2022).

Dalam praktik, penghormatan berarti memberikan pelayanan yang adil dan setara, menghindari perlakuan yang merendahkan atau memperlakukan seseorang sebagai objek, dan menghormati nilai-nilai kepercayaan dan hak seseorang, meskipun nilai dan pribadi mereka berbeda

b. Pelayanan Holistik

Perawat harus memahami bahwa setiap pasien adalah individu yang unik dengan kebutuhan dan nilai yang berbeda, dan mereka harus memberikan pelayanan yang tidak hanya berfokus pada aspek fisik pasien tetapi juga pada kebutuhan emosional, spiritual, dan sosial pasien. Pelayanan perawat tidak hanya harus berfokus pada diagnosa medis tetapi juga pada kondisi emosional, budaya, dan spiritual pasien (Bastable, 2020).

c. Empati dan Kepedulian

Empati adalah dasar hubungan perawat-pasien, yang memungkinkan perawat memberikan dukungan dan memahami perspektif pasien. Prinsip ini meningkatkan hubungan perawat-pasien dan hasil perawatan pasien. Implikasi dari prinsip empati dan kepedulian dalam pelayanan keperawatan antara lain:

1) Peningkatan Dalam Pelayanan Keperawatan

Sikap empati dan kepedulian memungkinkan perawat untuk memberikan pelayanan yang lebih berarti, profesional, dan berkualitas. Dengan demikian, pasien dan keluarga merasa lebih nyaman dan percaya pada layanan kesehatan yang diterima.

2) Pengambilan Keputusan Yang Lebih Baik

Pengambilan keputusan yang lebih baik dapat tercapai melalui sikap empati dan kepedulian, yang memungkinkan perawat untuk lebih memahami kebutuhan, harapan, dan kondisi pasien secara mendalam. Hal ini berperan penting dalam pengambilan keputusan klinis yang lebih akurat. Perawat dapat bekerja sama lebih efektif dengan pasien, keluarga, dan tim medis lainnya, dalam merancang intervensi berdasarkan pertimbangan masukan dari semua pihak terkait.

3) Pengurangan Stres Pasien

Pasien yang merasa cemas atau takut akan prosedur medis dapat merasa lebih nyaman karena perawat memiliki sikap empati, yang membantu mereka mengatasi rasa sakit atau ketidaknyamanan mereka. Karena mereka merasa didukung secara emosional, pasien lebih mudah mengatasi rasa sakit atau ketidaknyamanan mereka.

4) Peningkatan Hasil Kesehatan

Perawatan berbasis empati cenderung memiliki tingkat tahap pemulihan lebih cepat karena mereka lebih santai dan termotivasi untuk sembuh. Perawatan yang penuh perhatian juga dapat mengurangi risiko kesalahan medis karena perawat lebih teliti dan memahami kebutuhan pasien.

5) Pencegahan Burnout Pada Perawat

Bekerja sebagai seorang perawat memiliki makna yang lebih besar. perawat yang bekerja dengan hati dan kepedulian cenderung merasa lebih puas dengan pekerjaan mereka, yang dapat mengurangi resiko kelelahan emosional

d. Komunikasi Yang Berpusat Pada Pasien

Komunikasi yang efektif sangat penting dalam membangun hubungan terapeutik, dengan mempertimbangkan kebutuhan, harapan, dan nilai-nilai pasien. Pendekatan komunikasi yang berfokus pada

pasien dalam pelayanan keperawatan memiliki dampak besar terhadap kualitas perawatan, kepuasan pasien, dan efektivitas pengobatan. Dalam praktik keperawatan, perawat perlu menjadi pendengar yang aktif, menggunakan bahasa yang mudah dipahami, menunjukkan empati, serta memberi kesempatan bagi pasien untuk bertanya dan berdiskusi, yang akan membantu menciptakan hubungan yang lebih baik antara perawat dan pasien. Selain itu, komunikasi yang efektif juga meningkatkan koordinasi antara tenaga medis, mengurangi risiko kesalahan medis, dan mendukung perawatan yang lebih aman dan holistik (Beauchamp, T. L., & Childress, J. F., 2020).

e. Pengembangan Diri

Perawat dimotivasi untuk belajar dan berkembang secara profesional agar mereka dapat memberikan perawatan yang optimal dan manusiawi. Pengembangan diri adalah proses yang berkelanjutan untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan kualitas pribadi dalam berbagai aspek kehidupan. Dampaknya mencakup peningkatan kualitas hidup, daya saing dalam karir, kesehatan mental yang lebih baik, hubungan sosial yang harmonis, serta kontribusi positif terhadap masyarakat. Dalam praktiknya, perawat dapat membangun kecerdasan melalui membaca dan pelatihan, mempertahankan kesehatan mental melalui *mindfulness*, meningkatkan keterampilan interpersonal, menumbuhkan profesionalisme, dan mempertahankan kesehatan fisik. Mereka juga dapat mempertahankan prinsip spiritual dan moral.

f. Keadilan Dalam Perawatan

Prinsip keadilan dalam perawatan menjamin bahwa setiap pasien akan dilayani dengan cara yang adil, setara, dan bermartabat, tanpa memandang siapa pun. Implikasi dari prinsip ini meliputi peningkatan kualitas

pelayanan, serta kepercayaan pasien dalam praktik keperawatan. Di sisi lain, penerapan prinsip-prinsip ini membutuhkan kebijakan perawatan berbasis etika, kesadaran akan hak pasien, akses setara untuk kelompok rentan, dan interaksi yang empatik dengan pasien. Tenaga kesehatan dapat membuat sistem perawatan yang lebih adil dan inklusif bagi semua orang dengan menggunakan prinsip keadilan ini (Beauchamp, T. L. & Childress, J. F., 2020).

g. Pemberdayaan

Prinsip pemberdayaan melihat pasien sebagai orang yang mampu, mandiri, dan bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri. Implikasinya pasien yang lebih mandiri, perawatan yang lebih efektif, hubungan yang lebih baik antara perawat dan pasien, dan penurunan angka kekambuhan. Praktikya meliputi Pendidikan kesehatan, partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan, empati, penguatan dukungan sosial, dan peningkatan kesadaran akan perawatan diri adalah praktiknya. Prinsip pemberdayaan ini mengubah perawatan menjadi lebih empatik, menyeluruh, dan berfokus pada kesejahteraan pasien dalam jangka panjang selama proses penyembuhan.

**3. Penerapan Falsafah Humanisme Dalam Keperawatan**

Contoh Studi Kasus

Tn Salim, usia 58 tahun dirawat dirumah sakit sejak 2 minggu yang lalu, karena diabetes mellitus tipe 2 dan hipertensi. Ia juga mengalami luka diabetik yang kini terinfeksi. Tn Salim sering tampak cemas, merasa tidak nyaman dan kurang kooperatif saat perawat merawat lukanya. **Pendekatan Keperawatan dengan Falsafah Humanisme** sebagai berikut:

a. Empati dan Keterlibatan Emosional

Perawat yang bertugas memahami kondisi kesehatan pasien tidak hanya berdampak pada fisiknya tetapi juga emosional dan psikologisnya. Oleh karena itu,

perawat memberikan perhatian penuh dengan berkomunikasi secara hangat, mendengarkan dengan penuh perhatian terhadap keluhan yang disampaikan serta memberikan dukungan moral agar pasien merasa dihargai

b. Pendekatan Holistik

**Aspek Biologis:** Perawat memberikan edukasi tentang manajemen diabetik dan pentingnya kebersihan luka.

**Aspek Psikologis:** Perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien dan memberikan motivasi agar tetap optimis dalam menjalani perawatan.

**Aspek Sosial:** Perawat melibatkan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan pasien terutama dalam menjaga pola makan dan aktivitas harian.

**Aspek Spiritual:** Memberikan dukungan pada pasien agar tetap beribadah sesuai kepercayaannya dan meminta pertolongan dari Allah untuk kesembuhannya

c. Perawatan yang berpusat pada pasien

Melibatkan pasien dalam setiap keputusan terkait dengan perawatannya, seperti pemilihan makanan, jadwal pengobatan dan terapi alternatif yang mendukung kesembuhan.

d. Pendekatan Edukasi dan Kolaborasi

Perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang perawatan luka diabetik di rumah, pentingnya mengontrol gula darah, serta mengatur pola hidup yang sehat. Selain itu perawat harus bekerja sama dengan tim kesehatan yang lain untuk memberikan perawatan yang komprehensif.

e. Sentuhan dan Kasih Sayang Dalam Pelayanan

Setiap kali berinteraksi dengan pasien, perawat menggunakan komunikasi yang efektif, suara

lembut, senyum dan pastikan bahwa pasien merasa dihargai sebagai individu bukan sebagai objek.

Hasil dan Dampak Penerapan Humanisme dalam Keperawatan

- a. Pasien merasa lebih nyaman dan kooperatif dalam perawatan
- b. Tingkat kecemasan pasien berkurang yang berdampak pada peningkatan kondisi fisik dan psikologis
- c. Keluarga lebih terlibat dalam perawatan pasien setelah di edukasi yang tepat
- d. Luka pasien menunjukkan perbaikan karena kepatuhan dalam menjalani terapi meningkat

## DAFTAR PUSTAKA

- Bastable, S. B. (2020). *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. Jones & Bartlett Learning
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2020). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2022). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (8th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Norman, R. (2016). *Humanism: A Very Short Introduction*. Oxford University Press
- Neff, K. D. (2021). *Fierce Self-Compassion: How Women Can Harness Kindness to Speak Up, Claim Their Power, and Thrive*. HarperWave
- Oh, J., Lee, J., & Kim, S. (2021). The role of humanism in digital healthcare: Balancing technology and patient-centered care. *International Journal of Nursing Studies*, 118, 103823.
- Watson, J. (2020). *Caring Science as Sacred Science*. University Press of Colorado.

## BIODATA PENULIS



**Cut Mutia Tatisina, S. Kep., Ns., M. Kep** lahir di Hila, pada tanggal 03 Juni 1976. Menyelesaikan pendidikan S1, Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin, Tahun 2006 - 2007 dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Tahun 2013. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Prodi Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.



# BAB 5

## Etika dan Moralitas dalam Keperawatan

\*La Ode Alifariki, S.Kep.Ns.,M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Keperawatan bukan hanya profesi yang berorientasi pada keterampilan klinis, tetapi juga bidang yang sangat bergantung pada prinsip etika dan moralitas. Dalam praktiknya, perawat sering menghadapi dilema etis yang menuntut mereka untuk mengambil keputusan yang tidak hanya berdasarkan ilmu pengetahuan medis, tetapi juga nilai-nilai kemanusiaan. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang etika dan moralitas menjadi sangat penting dalam menjaga kualitas pelayanan serta memastikan kesejahteraan pasien.

Etika dalam keperawatan mengacu pada seperangkat prinsip yang membimbing perawat dalam menjalankan tugas profesionalnya, seperti menghormati otonomi pasien, menjunjung tinggi keadilan, dan memberikan perawatan dengan penuh empati serta integritas. Sementara itu, moralitas lebih berkaitan dengan nilai-nilai pribadi dan budaya yang memengaruhi cara perawat bertindak dalam situasi tertentu. Kombinasi antara etika profesional dan moralitas pribadi sering kali menjadi tantangan tersendiri dalam praktik keperawatan sehari-hari.

Dalam bab ini, akan dibahas berbagai aspek etika dan moralitas dalam keperawatan, termasuk prinsip-prinsip dasar etika keperawatan, dilema etis yang sering muncul, serta strategi dalam menghadapi tantangan moral di lingkungan kerja. Dengan memahami konsep-konsep ini, diharapkan

perawat dapat mengambil keputusan yang tepat dalam setiap situasi, sehingga dapat memberikan pelayanan yang bermartabat dan berorientasi pada kesejahteraan pasien.

## **B. Etika dan Moralitas dalam Keperawatan**

### **1. Pengertian Etika dan Moral**

Etika adalah cabang filsafat yang membahas tentang konsep benar dan salah dalam suatu tindakan. Dalam konteks keperawatan, etika digunakan sebagai pedoman dalam pengambilan keputusan dan interaksi dengan pasien, kolega, serta masyarakat. Etika bersifat universal dan sering kali dituangkan dalam kode etik profesional yang mengatur perilaku dalam praktik keperawatan. Dengan adanya kode etik, perawat memiliki landasan yang jelas dalam menghadapi berbagai situasi yang mungkin menimbulkan dilema etis.

Moral, di sisi lain, adalah nilai dan norma yang berkembang dalam masyarakat dan menjadi pedoman bagi individu dalam bertindak. Moralitas dipengaruhi oleh faktor budaya, agama, dan pengalaman pribadi, yang dapat bervariasi antara individu satu dengan yang lain. Dalam keperawatan, moralitas mencerminkan sikap pribadi perawat dalam menghadapi situasi yang mengandung dilema etis. Dengan memahami perbedaan antara etika dan moral, perawat dapat lebih mudah menentukan langkah yang sesuai dalam menjalankan tugasnya.

### **2. Tujuan Penerapan Etika dan Moral dalam Keperawatan**

Penerapan etika dan moral dalam keperawatan memiliki tujuan utama untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Dengan adanya standar etika dan moral yang jelas, perawat dapat bekerja secara profesional dan bertanggung jawab, memastikan bahwa setiap tindakan yang dilakukan tidak hanya berdasarkan aspek teknis, tetapi juga aspek kemanusiaan. Hal ini membantu dalam menciptakan lingkungan perawatan yang penuh empati, rasa hormat, dan penghargaan terhadap hak-hak pasien.

Selain itu, penerapan etika dan moral bertujuan untuk melindungi hak-hak pasien dan tenaga kesehatan. Dalam praktik keperawatan, pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi yang jujur, perlakuan yang adil, serta privasi yang terjaga. Dengan mengikuti prinsip etika, perawat dapat memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka, tanpa adanya diskriminasi atau tekanan. Di sisi lain, perawat juga dilindungi dalam menjalankan tugasnya, karena mereka memiliki pedoman yang jelas dalam menghadapi situasi sulit atau dilematis.

Tujuan lain dari penerapan etika dan moral dalam keperawatan adalah untuk membangun kepercayaan antara perawat dan pasien. Kepercayaan merupakan elemen penting dalam hubungan terapeutik yang dapat memengaruhi efektivitas perawatan. Pasien yang merasa dihormati dan diperlakukan dengan adil akan lebih kooperatif dalam menerima perawatan. Dengan demikian, penerapan etika dan moral dalam keperawatan tidak hanya bermanfaat bagi pasien, tetapi juga bagi tenaga medis dalam menjalankan tugasnya dengan lebih baik dan efektif.

### **3. Prinsip-Prinsip Etika dalam Keperawatan**

Prinsip etika keperawatan berfungsi sebagai pedoman dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan tugas sehari-hari. Beberapa prinsip utama dalam etika keperawatan meliputi:

#### **a. Prinsip Otonomi**

Menghormati hak pasien untuk membuat keputusan sendiri terkait perawatan kesehatannya. Prinsip ini penting karena setiap individu memiliki hak untuk menentukan apa yang terbaik bagi dirinya sendiri, termasuk dalam aspek kesehatan. Dalam praktik keperawatan, perawat harus memberikan informasi yang jelas kepada pasien agar mereka dapat mengambil keputusan yang tepat. Menghormati otonomi pasien juga berarti perawat harus menerima

keputusan pasien, bahkan jika keputusan tersebut bertentangan dengan saran medis.

b. Prinsip Keadilan

Memberikan pelayanan yang adil dan merata tanpa membedakan pasien berdasarkan latar belakang sosial, ekonomi, atau budaya. Keadilan dalam keperawatan berarti setiap pasien harus mendapatkan akses yang setara terhadap pelayanan kesehatan. Ini mencakup distribusi sumber daya medis yang adil serta tidak adanya diskriminasi dalam pelayanan. Dalam praktiknya, perawat harus berupaya memberikan perawatan yang setara kepada semua pasien, tanpa memperhitungkan perbedaan sosial atau ekonomi mereka.

c. Prinsip Beneficence

Bertindak demi kebaikan pasien dengan memberikan perawatan yang optimal. Prinsip ini mengharuskan perawat untuk selalu mengutamakan kesejahteraan pasien dalam setiap tindakan yang dilakukan. Tindakan yang dilakukan harus selalu memiliki dampak positif bagi kesehatan pasien. Dalam menerapkan prinsip ini, perawat juga harus mempertimbangkan konsekuensi jangka panjang dari tindakan medis yang diberikan, termasuk efek samping yang mungkin terjadi.

d. Prinsip Non-Maleficence

Tidak melakukan tindakan yang dapat merugikan atau membahayakan pasien. Prinsip ini berfokus pada upaya perawat untuk menghindari segala bentuk bahaya atau risiko yang dapat membahayakan pasien. Dalam praktik keperawatan, prinsip ini dapat diterapkan dengan menghindari pemberian pengobatan yang berisiko tinggi tanpa pertimbangan yang matang, serta selalu memastikan keselamatan pasien dalam setiap prosedur medis yang dilakukan.

e. Prinsip Kejujuran dan Transparansi

Memberikan informasi yang jelas dan jujur kepada pasien mengenai kondisi kesehatannya dan pilihan pengobatan yang tersedia. Kejujuran sangat penting dalam membangun hubungan yang baik antara perawat dan pasien. Pasien berhak mengetahui kondisi kesehatannya secara objektif sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat terkait perawatannya. Transparansi juga membantu membangun kepercayaan antara tenaga medis dan pasien, yang pada akhirnya meningkatkan efektivitas perawatan yang diberikan.

f. Prinsip Kerahasiaan

Menjaga privasi dan informasi medis pasien agar tidak disebarluaskan tanpa izin. Prinsip ini bertujuan untuk melindungi hak pasien atas privasi mereka. Perawat harus selalu menjaga informasi kesehatan pasien agar tidak bocor kepada pihak yang tidak berkepentingan. Melanggar prinsip kerahasiaan dapat merusak hubungan kepercayaan antara pasien dan tenaga medis serta berpotensi menimbulkan konsekuensi hukum.

**4. Moralitas dalam Keperawatan**

Moralitas dalam keperawatan berkaitan dengan nilai-nilai pribadi dan sosial yang membentuk karakter serta sikap seorang perawat dalam menjalankan tugasnya. Moralitas ini dipengaruhi oleh budaya, agama, dan pengalaman hidup yang membentuk persepsi individu tentang benar dan salah. Dalam menjalankan tugasnya, perawat harus menyeimbangkan antara keyakinan moral pribadinya dan kode etik profesinya agar dapat memberikan pelayanan yang optimal bagi pasien.

Dalam praktiknya, perawat sering menghadapi dilema moral, seperti:

a. Keputusan terkait penghentian atau perpanjangan hidup pasien dalam kondisi kritis.

- b. Pengambilan keputusan dalam kasus pasien yang menolak pengobatan.
- c. Konflik antara kebijakan rumah sakit dan kebutuhan individu pasien.

Untuk mengatasi dilema ini, perawat harus mampu melakukan refleksi moral serta mempertimbangkan prinsip-prinsip etika yang telah disebutkan sebelumnya. Dengan pemahaman yang baik, perawat dapat mengambil keputusan yang tepat yang tidak hanya sesuai dengan etika profesi, tetapi juga menghormati nilai-nilai moral yang berlaku di masyarakat.

#### **5. Dilema Etis dalam Keperawatan**

Dilema etis dalam keperawatan terjadi ketika perawat menghadapi situasi di mana terdapat dua atau lebih pilihan tindakan yang bertentangan, tetapi sama-sama memiliki justifikasi moral yang kuat. Misalnya, perawat mungkin dihadapkan pada dilema antara mengikuti kebijakan rumah sakit dan memenuhi kebutuhan emosional pasien. Kasus seperti pasien yang menolak pengobatan yang disarankan atau permintaan keluarga untuk merahasiakan kondisi pasien dapat menimbulkan dilema yang kompleks.

Dalam menghadapi dilema etis, perawat harus mempertimbangkan berbagai faktor, termasuk hak dan kewajiban pasien, kode etik profesi, serta kebijakan rumah sakit. Dilema ini sering kali memerlukan diskusi dengan tim medis dan keluarga pasien untuk menemukan solusi terbaik yang tetap menjaga integritas profesionalisme serta kesejahteraan pasien.

Penyelesaian dilema etis dapat dilakukan melalui pendekatan berbasis prinsip etika, seperti otonomi, beneficence, non-maleficence, dan keadilan. Selain itu, konsultasi dengan komite etika rumah sakit dapat membantu memberikan panduan yang lebih jelas dalam mengambil keputusan.

## **6. Strategi Menghadapi Tantangan Etika dan Moral dalam Keperawatan**

Untuk menghadapi tantangan etika dan moral dalam keperawatan, perawat perlu mengembangkan keterampilan berpikir kritis dan refleksi moral. Salah satu strategi yang dapat diterapkan adalah meningkatkan pemahaman tentang kode etik keperawatan serta mengikuti pelatihan terkait etika medis agar lebih siap dalam menghadapi situasi yang kompleks.

Selain itu, komunikasi yang efektif dengan pasien, keluarga, dan tim medis sangat penting dalam menyelesaikan masalah etika. Perawat harus mampu menyampaikan informasi dengan jelas serta memahami sudut pandang berbagai pihak untuk menemukan solusi yang paling baik.

Dukungan dari kolega dan komite etika juga dapat menjadi sumber bantuan yang berharga dalam menghadapi dilema moral. Melalui diskusi dan konsultasi, perawat dapat memperoleh perspektif tambahan yang membantu mereka dalam mengambil keputusan yang lebih bijaksana.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ardiani, nurul devi, et al. Modul ajar etika keperawatan. 2020.
- Ferry efendi, makhfudli. *Keperawatan kesehatan komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Ferry efendi, 2009.
- Gastmans, chris; schotsmans, paul; dierckx de casterle, bernadette. Nursing considered as moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy institute of ethics journal*, 1998, 8.1: 43-69.
- Gibbons, susanne w.; jeschke, e. Nursing ethics. *Annual review of nursing research*, 2016, 34.1.
- Hijriana, isni. *Buku ajar etika keperawatan*. Pt. Sonpedia publishing indonesia, 2023.
- Suryati, sri, et al. *Etika keperawatan*. Pt. Sonpedia publishing indonesia, 2024.
- Yildiz, erman. Ethics in nursing: a systematic review of the framework of evidence perspective. *Nursing ethics*, 2019, 26.4: 1128-1148.



## **BIODATA PENULIS**



Penulis, lahir di Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara, Indonesia. Saat ini bekerja di Salah Satu Perguruan Tinggi Negeri di Sulawesi Tenggara. Penulis aktif menulis dan melakukan penelitian di bidang kesehatan.

# BAB 6

## Konsep Pelayanan Keperawatan

**\*Dr. Sri Musriniawati  
Hasan,S.Kep.Ns.,MMedEd\***

### A. Pendahuluan

Pelayanan keperawatan adalah pelayanan profesional yang diberikan oleh perawat kepada pasien, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Pelayanan ini dilakukan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Pelayanan keperawatan dapat dilakukan di rumah sakit, puskesmas, atau pelayanan kesehatan lainnya. Pelayanan keperawatan dapat berupa pengobatan sederhana, perawatan kasus penyakit, imunisasi, dan pertolongan persalinan

Pelayanan keperawatan merupakan sub sistem dalam sistem pelayanan kesehatan yang mempunyai kepentingan untuk menjaga mutu pelayanan. Pelayanan keperawatan sering kali dijadikan tolok ukur bagi citra sebuah Rumah Sakit di mata masyarakat, atau pelanggan sehingga diperlukan profesionalisme perawat pelaksana maupun perawat pengelola dalam memberikan dan mengatur kegiatan asuhan keperawatan kepada pasien. Adanya kontribusi yang optimal dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas akan terwujud apabila sistem pemberian asuhan keperawatan yang digunakan mendukung terjadinya praktik keperawatan profesional dan berpedoman pada standar yang telah ditetapkan serta dikelola oleh manajer dengan kemampuan dan ketrampilan yang memadai. Perawatan kesehatan diberikan dalam tiga tingkatan yaitu: perawatan primer, perawatan sekunder atau akut dan perawatan tersier (Astari D,W.,dkk.2021).

## **B. Konsep Pelayanan Keperawatan**

### **1. Pengertian Pelayanan Keperawatan**

Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat Keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit (Permenkes RI No.26,2019). Pelayanan keperawatan yang bermutu merupakan salah satu indikator untuk menilai mutu pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan yang berkualitas merupakan terwujudnya suatu pemberian asuhan keperawatan profesional yang ditentukan oleh berbagai aspek untuk memenuhi kepentingan masyarakat yang dilayaninya. Profesi perawat dituntut untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu, memiliki landasan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang kuat, disertai sikap dan tingkah laku yang profesional dan berpegang kepada etika keperawatan (S. Widiyanti,2020).

### **2. Tujuan Pelayanan Keperawatan**

Pelayanan keperawatan adalah layanan profesional yang merupakan bagian dari system pelayanan Kesehatan. Pelayanan ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan manusia dengan membantu individu, keluarga, kelompok, atau Masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat, dari lahir hingga meninggal dalam bentuk pengetahuan, kemandirian, dan kemampuan yang dimiliki. Sehingga individu tersebut dapat melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri dan optimal. Pelayanan keperawatan profesional dilaksanakan di berbagai tatanan pelayanan Kesehatan, menjangkau seluruh golongan dan lapisan masyarakat yang memerlukan, baik pelayanan Kesehatan di masyarakat maupun pelayanan di rumah sakit.

Tujuan pelayanan keperawatan secara umum adalah: Mengidentifikasi kebutuhan perawatan klien, Menentukan prioritas kebutuhan perawatan klien, Memberikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan

kebutuhan klien, Mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan, Membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya. Pelayanan keperawatan memiliki hubungan yang sangat erat dengan kepuasan pasien karena pelayanan yang diberikan berdampak langsung terhadap pasien dan hal tersebut ditentukan oleh kinerja para perawat, dan perawat harus memberikan pelayanan yang optimal sesuai standart pelayanan keperawatan yang ada (Astari, D.W, dkk.,2021).

### 3. Prinsip Pelayanan Keperawatan

Menurut Gilles (1989) dalam Muryati (2019) pelayanan keperawatan sebagai pelayanan yang profesional, dalam memberikan pelayanan dan praktek keperawatan harus dilandasi dengan prinsip – prinsip sebagai berikut :

#### a. Berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan.

Pelaksanaan pelayanan keperawatan harus dilandasi serta menggunakan ilmu dan kiat keperawatan yang mempelajari tentang bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia serta upaya perawatan dan penyembuhan. Ilmu keperawatan merupakan sintesa dari ilmu keperawatan dasar, ilmu keperawatan klinik, ilmu biomedik, ilmu psikologi dan ilmu sosial. Kiat keperawatan lebih difokuskan kepada kemampuan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Kiat keperawatan dilakukan dalam upaya memberikan kepuasan dan kenyamanan pada pelanggan. Kiat –kiat keperawatan meliputi :

##### 1) *Caring*

Merupakan suatu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan – bertindak.

##### 2) *Sharing*

Perawat senantiasa berbagi pengalaman dan ilmu atau berdiskusi dengan pasiennya.

3) *Laughing*

Senyum menjadi modal utama bagi seorang perawat untuk meningkatkan rasa nyaman pasien.

4) *Crying*

Perawat dapat menerima respon emosional baik dari pasien maupun perawat lain sebagai suatu hal yang biasa disaat senang ataupun duka.

5). *Touching*

Sentuhan yang bersifat fisik maupun psikologis merupakan komunikasi simpatis yang memiliki makna.

6). *Helping*

Perawat siap membantu dengan asuhan keperawatannya.

7). *Believing in orders*

Perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat dan kemampuan untuk selalu meningkatkan derajat kesehatannya.

8). *Learning*

Perawat selalu belajar dan mengembangkan keterampilan dirinya.

9). *Respecting*

Memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan terhadap orang lain dengan menjaga kerahasiaan pasien kepada yang tidak berhak mengetahuinya. Listening Mau mendengar keluhan pasiennya.

10) *Feeling*

Perawat dapat menerima, merasakan dan memahami perasaan duka, senang, frustasi dan rasa puas pasien.

b. Bersifat Komprehensif

Pelayanan keperawatan bersifat komprehensif karena asuhan keperawatan yang diberikan bersifat menyeluruh yaitu meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spiritual. Hal ini mengandung makna bahwa didalam memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan masyarakat perawat bukan hanya mampu memenuhi aspek biologi

atau fisiknya saja akan tetapi juga mampu memenuhi aspek psikologi, sosial dan spiritualnya.

- c. Ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat yang sehat maupun sakit.

Dasar dari Ilmu keperawatan yang melandasi praktek keperawatan, bahwa pelayanan keperawatan bisa diberikan kepada individu pada instansi pelayanan kesehatan seperti puskesmas, poliklinik serta rumah sakit. Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada keluarga dan masyarakat dapat dilakukan di puskesmas, rumah sakit serta komunitas yang lebih berorientasi pada pendidikan atau penyuluhan kesehatan.

- d. Sebagai Bagian Integral Dari Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medis, keperawatan serta pelayanan penunjang kesehatan. Sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, pelayanan keperawatan tidak dapat dipisahkan dan merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan seperti halnya pelayanan medis dan penunjang medis.

- e. Mencakup Siklus Hidup Manusia

Mengandung makna bahwa pelayanan keperawatan dapat diberikan kepada semua pengguna pelayanan sejak masa konsepsi (dalam rahim), setelah lahir, anak, remaja, dewasa, lansia sampai menjelang kematian. Dalam pelayanan keperawatan dibutuhkan aktifitas untuk menelaah kondisi pengguna pelayanan, menyimpulkan respon pengguna pelayanan terhadap masalah yang dihadapinya serta menentukan pelayanan keperawatan yang tepat untuk mengatasinya.

#### 4. Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan

Ruang lingkup pelayanan keperawatan merupakan asuhan keperawatan yang paripurna yang ditujukan kepada empat tingkat pengguna layanan kesehatan yaitu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam berbagai tatanan layanan keperawatan tanpa memandang latar belakang pendidikan, sosial ekonomi, jenis kelamin, suku bangsa,

agama, dan lain – lain, dan juga kondisi kesehatannya yang ditujukan untuk promotif atau peningkatan kesehatan, preventif atau pencegahan penyakit, kuratif atau pengobatan dan rehabilitative atau pemulihan kesehatan yang bersifat komprehensif, terpadu dan berkesinambungan (Yuliasuti,2021).

#### 5. Peran dan Fungsi Perawat

Peran perawat adalah perilaku seseorang yang diinginkan oleh orang lain sesuai dengan kedudukan di dalam sistem, dimana hal tersebut dipengaruhi oleh keadaan sosial dari profesi perawat atau luar profesi keperawatan dan bersifat konstan. Dalam Konsorsium Ilmu Keperawatan tahun 1989 terdapat 7 peran penting perawat yaitu :

##### a. Sebagai care giver

Peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan secara langsung maupun tidak langsung kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Peran ini dapat dilakukan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan yang dilakukan mulai dari yang sederhana sampai dengan kompleks.

##### b. Sebagai Advokat Pasien

Peran ini dilakukan perawat untuk membantu pasien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan yang dilakukan kepada pasien. Perawat juga berperan dalam mempertahankan dan melindungi hak-hak untuk pasien meliputi :

- 1) Hak atas pelayanan sebaik-baiknya
- 2) Hak atas informasi tentang penyakitnya
- 3) Hak atas privasi
- 4) Hak untuk menentukan nasibnya sendiri
- 5) Hak menerima ganti rugi akibat kelalaian

##### c. Sebagai educator

Peran ini dilaksanakan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala

penyakit bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

d. Sebagai Koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberi pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

e. Sebagai Kolaborator

Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain, dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan.

f. Sebagai Konsultan

Perawat berperan sebagai tempat konsultasi dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

g. Sebagai Pembaharu

Perawat mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

Sementara fungsi perawat dilakukan sesuai dengan perannya dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien menyesuaikan kondisi dengan kondisi riil. Adapun fungsi perawat dijabarkan kedalam tiga poin, yaitu:

a. Fungsi Independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dapat mengambil keputusan dan melakukan tindakan terbaik secara mandiri berdasarkan ilmu keperawatan dengan tanggung jawab penuh terhadap akibat yang akan terjadi tanpa melibatkan pihak lain.

b. Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan.



Biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

c. Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan diantara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerjasama tim dalam pemberian pelayanan. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun lainnya (E Yuliasuti, 2021).

6. Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan merupakan salah satu aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien. Suatu pelayanan kesehatan dikatakan bermutu apabila mampu menimbulkan kepuasan bagi pasien yang dilayaninya. Kepuasan pasien tidak hanya dilihat dari bagaimana sarana dan prasarana yang tersedia pada pelayanan kesehatan namun juga melihat bagaimana perawat melayani pasien dengan baik sesuai dengan kompetensinya. Pentingnya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan tidak hanya berfokus pada aspek teknis dan medis semata, tetapi juga mempertimbangkan perubahan pola hidup, tekanan psikologis, dan dampak sosial yang dapat memengaruhi kesehatan secara menyeluruh (Nurnainah,dkk. 2024). Kualitas pelayanan yang rendah akan menyebabkan ketidakpuasan pasien dan menimbulkan berbagai keluhan. Semakin banyak keluhan mengindikasikan rendahnya kualitas pelayanan yang akan menyebabkan tingkat kepuasan pasien semakin menurun. Kualitas pelayanan keperawatan adalah proses pemberian layanan keperawatan yang memenuhi kebutuhan pasien. Kualitas pelayanan keperawatan yang baik dapat memberikan kepuasan kepada pasien. Kualitas pelayanan keperawatan merupakan standar pelayanan keperawatan yang ditetapkan, sehingga menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien (Sesrianty, V,dkk. 2019).

Penilaian kualitas pelayanan keperawatan dapat dilihat dari lima dimensi yaitu :

a. Daya tanggap (*Responsiveness*)

Pelayanan yang diberikan harus mengutamakan aspek pelayanan yang mempengaruhi perilaku orang yang mendapat pelayanan, ini membutuhkan kemampuan daya tanggap dari pemberi pelayanan untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahui. Kualitas layanan daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan, agar orang yang diberi pelayanan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima.

b. Jaminan (*Assurance*)

Jaminan adalah kepastian atas pelayanan yang diberikan oleh perawat. Bentuk kepastian dari suatu pelayanan suatu pelayanan sangat ditentukan oleh jaminan dari pegawai yang memberikan pelayanan, sehingga orang yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa segala bentuk urusan pelayanan yang dilakukan atas tuntas dan selesai sesuai dengan kecepatan, ketepatan, kemudahan, kelancaran dan kualitas layanan yang diberikan.

c. Bukti Fisik (*Tangibles*)

Bukti fisik adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, yang sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pemberian pelayanan yang diberikan.

d. Empati (*Empathy*)

Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan

aktivitas pelayanan sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak tersebut.

e. Keandalan (*Reliability*)

Inti pelayanan keandalan adalah setiap pegawai memiliki kemampuan yang andal, mengetahui mengenai seluk-beluk prosedur kerja, mekanisme kerja, memperbaiki berbagai kekurangan atau penyimpangan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja dan mampu menunjukkan, mengarahkan dan memberikan arahan yang benar kepada setiap bentuk pelayanan yang belum dimengerti oleh masyarakat, sehingga memberi dampak positif atas pelayanan tersebut yaitu pegawai memahami, menguasai, andal, mandiri dan professional atas uraian kerja yang ditekuninya (Watak,C.L, dkk. 2023).

Depkes RI (2008) dalam Sebastianus.K.T (2022) telah menetapkan bahwa pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas baik apabila perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan aspek-aspek dasar perawat. Aspek dasar tersebut meliputi aspek penerimaan, perhatian, tanggung jawab, komunikasi dan kerjasama.

a. Aspek Penerimaan

Aspek ini meliputi sikap perawat yang selalu ramah, sopan, periang dan selalutersenyum, menyapa semua pasien maupun keluarga pasien. Perawat perlu memilikiminat terhadap orang lain, menerima pasien tanpa membedakan golongan, pangkat, latar belakang sosial ekonomi dan budaya, sehinga pribadi utuh. Agar dapat melakukan pelayanan sesuai aspek penerimaan perawat harus memiliki minat terhadap orang lain dan memiliki wawasan luas.

b. Aspek Perhatian

Aspek ini meliputi sikap perawat dalam memberikan pelayanan keperawatanperlu bersikap sabar, murah hati dalam arti bersedia memberikan bantuan danpertolongan kepada pasien dengan suka rela tanpa mengharapkan imbalan, memilikisensivitas dan peka terhadap setiap

perubahan pasien, mau mengerti terhadap kecemasan dan ketakutan pasien.

c. Aspek Komunikasi

Aspek ini meliputi setiap perawat yang harus biasa melakukan komunikasi yang baik dengan pasien, dan keluarga pasien. Adanya komunikasi yang saling berinteraksi antara pasien dengan perawat, dan adanya hubungan yang baik dengan keluarga pasien.

d. Aspek Kerjasama

Aspek ini meliputi sikap perawat yang harus mampu melakukan kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarga pasien.

e. Aspek tanggung jawab

Aspek ini meliputi sikap perawat yang jujur, tekun dalam tugas, mampu mencurahkan waktu dan perhatian, sportif dalam tugas, konsisten serta tepat dalam bertindak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Astari, D. W., Noviantani, A., & Simanjuntak, R. (2021). Kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan keperawatan di era pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Mata Cicendo. *The Journal of Hospital Accreditation*, 3(01), 34-38.
- Kemenkes RI. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019.
- Muryati, M. (2019). Hubungan Antara Kejadian Stigma Pada Pasien Hiv/Aids Oleh Perawat Dengan Peran Perawat Dalam Pemberian Pelayanan Di Graha Amerta Rsud Dr Soetomo Surabaya (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surabaya).
- Nurnainah, Novian A, Aisyiah. I.K, dkk (2024). *Pengaruh Kewirausahaan Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Keperawatan: Analisis Pengalaman Praktisi Bisnis Keperawatan*. Jurnal Review Pendidikan dan Pengajaran, Volume 7 Nomor 1, 2024
- Royani, M. A., & Sukarno, A. (2021). Penerapan Telenursing Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Keperawatan Home Care: Kajian Literatur. *Indonesian Journal of Nursing Health Science, ISSN (Print), 2502*, 6127.
- Sesrianty, V., Machmud, R., & Yeni, F. (2019). Analisa kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan keperawatan. *Jurnal Kesehatan Perintis (Perintis's Health Journal)*, 6(2), 116-126.
- S Widiyanti · (2020). Kualitas Pelayanan. Repository STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo
- Watak,C.L., Dotulong,F,X., Lengkong,G., (2023). Pelayanan Keperawatan Berpengaruh Terhadap Kepuasan Pasien Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon Watson Journal of Nursing, Vol 1, No. 2, Januari 2023.
- Yuliasuti, E. (2021). Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Islam Siti Aisyah Madiun. (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).

## BIODATA PENULIS



**Dr. Sri Musriniawati Hasan, S.Kep.Ns.,MMedEd.** Lahir di Luwuk Banggai Sulawesi Tengah pada tanggal 12 Januari 1972. Menyelesaikan Pendidikan DIII pada Akper Depkes Manado (lulus tahun 1993), Program Pendidikan Bidan (Program B) di Akper Tidung Makassar tahun 1995, SI Keperawatan pada Program Study Ilmu Keperawatan (PSIK) pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar (lulus tahun 2002), Program Profesi (Ners) Lulus tahun 2003. Pendidikan Magister pada Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada jurusan *Medical Education* Lulus tahun 2012. Tahun 2014 melanjutkan Pendidikan Program *Doctor di Trinity University Of Asia Philippina* Jurusan Manajemen Keperawatan dan lulus pada tahun 2016. Penulis saat ini aktif sebagai seorang dosen sekaligus menjabat sebagai Ketua Program Studi pada DIII Keperawatan Luwuk Poltekkes Kemenkes Palu.

# BAB 7

## Paradigma Keperawatan

\*Teresia Retna Puspitadewi, Skep.,Ns, M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Thomas Kuhn, seorang penulis asal Amerika Serikat, adalah orang pertama yang memperkenalkan istilah "paradigma" secara teoritis dan modern. Istilah ini berasal dari kata Yunani "*Paradeiknumi*", yang berarti "para" berarti di samping atau dekat, dan "*deiknumi*" berarti menunjukkan atau mengarahkan (Bahramnezhad, F., Shiri, M. & Asgari, P., 2015) yang berkeyakinan bahwa paradigma merupakan sebuah temuan ilmiah yang sangat bermanfaat yang dapat mendefinisikan sebuah kerangka kerja, dan menjelaskan sebuah model (Coppa, 1993).

Menurut (Gaffar, 1997), paradigma keperawatan didefinisikan sebagai cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi, dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena keperawatan yang ada. Oleh karena itu, landasan berpikir atau cara pandang keperawatan berfungsi sebagai acuan atau dasar dalam melaksanakan praktek keperawatan.

Paradigma keperawatan adalah kerangka konseptual yang membantu perawat memahami dan menjelaskan fenomena keperawatan yang berasal dari pertukaran informasi dan nilai-nilai, konsep-konsep seperti manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Keterkaitan konsep-konsep ini terefleksikan dari budaya keperawatan, pengalaman kerja, dan nilai-nilai yang mempengaruhi pemikiran individu yang

didapat dari hasil observasi terhadap suatu kejadian, dan situasi (Duff, 2011).

## B. Komponen Paradigma Keperawatan

Paradigma ini dibangun atau disusun atas dasar unsur apa saja, Paradigma keperawatan terbentuk atas empat unsur, yaitu: manusia atau klien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Empat unsur/elemen ini saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lainnya. Unsur-unsur yang membentuk paradigma inilah yang membedakan dengan paradigma teori lain.



**Gambar 1.** Unsur utama dalam konsep paradigma keperawatan (Asmadi,2008)

Hubungan keempat unsur paradigma keperawatan sangat terkait dalam mengatur pola hidup sehat, sehingga harus saling mendukung antara peran manusia atau klien itu sendiri terhadap status kesehatan yang dipilih, kebiasaan dari lingkungan masyarakat yang dijalani selama ini dan adanya edukasi kesehatan serta manajemen keperawatan yang baik untuk mencapai derajat kesehatan dilingkungan masyarakat

### 1. Konsep Keperawatan

Keperawatan adalah bidang ilmu yang sangat berpengaruh dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Perlindungan, promosi, dan pengoptimalan status kesehatan serta peningkatan keterampilan masyarakat adalah bagian besar



dari peran keperawatan. Selain itu, keperawatan berkontribusi pada pencegahan trauma dan kesakitan dan menyediakan fasilitas. perawatan, membuat diagnosis sesuai respon yang disampaikan pasien, memberikan advokasi atau perlindungan bagi individu, keluarga, masyarakat dan populasi. Saat ini keperawatan juga ikut berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan kesehatan, manajemen sistem kesehatan dan pendidikan (ICN, 2002; American Nurse Association, 2015).

Adanya perilaku "*Care*" adalah salah satu fungsi keperawatan yang membedakan keperawatan dari bidang lain. Nilai dasar diri manusia adalah tanggung jawab. Kata "*caring*" digunakan untuk menggambarkan bantuan dan dukungan. Definisi "*Care*" sangat terkait dengan keperawatan karena merupakan prinsip utama yang harus dimiliki perawat yang bekerja untuk memberikan penjelasan dan penekanan pada berbagai perspektif. Baik individu yang sehat maupun sakit menunjukkan perilaku "*care*" ini. *Care* digunakan untuk mengkaji respon individu yang sehat atau sakit yang dapat membantu mereka melakukan hal-hal yang bermanfaat untuk kesehatan, pemulihan, atau kematian. Perawat yang memperhatikan kebutuhan dan keterampilan pasien, seperti keterampilan kognitif, afektif, psikomotor, dan administratif, dikenal sebagai caregiver (Warms, C. A., & Schroeder, 2012).

## 2. Konsep Manusia

Manusia merupakan makhluk yang spesial karena memiliki sifat, karakteristik dan berespon terhadap stimulus yang berbeda dari satu manusia ke manusia lainnya. Manusia dalam mempertahankan hidupnya memerlukan berbagai dukungan sistem, yang terdiri dari subsistem (sistem organ) dan suprasistem (keluarga, masyarakat dan sosial budaya). Manusia juga dipandang sebagai makhluk yang holistik karena membutuhkan keseimbangan komponen seperti bio-psiko-sosio-spiritual-kultural yang harus terpenuhi. Manusia sebagai makhluk bio karena memiliki karakteristik

berkembang baik, tubuhnya tersusun dari berbagai organ, dan memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Manusia dikatakan sebagai makhluk psiko karena memiliki jiwa atau kepribadian. Kepribadian manusia didasarkan pada ID (kesenangan atau nafsu yang berpusat pada kepentingan pribadi), EGO (kesenangan atau nafsu yang lebih terarah dan memiliki mekanisme pembelaan), SUPER EGO yaitu kepribadian manusia yang berlandaskan pada aspek etis atau tidak etis, dan salah atau benar. Manusia dikatakan makhluk sosial karena tidak bisa hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Manusia sebagai makhluk spiritual karena memiliki keyakinan pada Tuhan (Asmadi, 2008).

Manusia dalam menjalani hidupnya memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Hal ini digambarkan oleh Abraham H. Maslow yang berlatar belakang seorang psikolog dalam teori kebutuhan dasar manusia pada tahun 1943. Maslow mendefinisikan kebutuhan dasar manusia dimulai dari sesuatu yang simpel menuju kebutuhan yang kompleks. Kebutuhan manusia ini digambarkannya dalam bentuk hierarki. Hierarki pertama dalam teori kebutuhan dasar manusia Abraham Maslow adalah kebutuhan akan oksigen, makanan untuk bertahan hidup. Setelah itu barulah manusia memenuhi kebutuhan lainnya seperti keamanan, cinta dan harga diri. Kebutuhan yang digambarkan sebagai dasar dari piramida hierarki Abraham Maslow merupakan kebutuhan yang paling mendesak, atau dengan kata lain kebutuhan dasar manusia digambarkan dengan tingkatan atau susunan hierarki (Caroline Bunker Rosdahl, 2008).



**Gambar 2.** Hierarki Kebutuhan Dasar Abraham Maslow  
(Maslow AH, 1970).

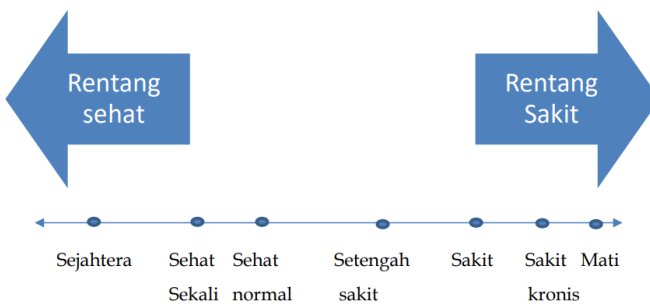
Hierarki Abraham Maslow ini membantu perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien. Hal ini disebabkan hierarki Abraham Maslow ini memberikan model atau rujukan dasar bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di segala usia. Akan tetapi perlu diingat dalam memberikan asuhan keperawatan ada hal yang lebih penting dibanding tingkatan hierarki ini, yaitu apa yang paling dibutuhkan pasien sesuai dengan situasi dan kondisi kesehatannya (Potter & Perry, 2010).

Kebutuhan paling dasar manusia adalah kebutuhan fisiologis, yang dilanjutkan dengan pemenuhan keselamatan dan keamanan dimana kedua kebutuhan ini sangat tergantung pada faktor eksternal atau lingkungan yang dapat berasal dari luar diri individu itu sendiri. Kemudian dilanjutkan dengan kebutuhan selanjutnya yakni cinta dan rasa memiliki, kebutuhan akan harga diri serta tercapainya aktualisasi diri, dimana ketiga kebutuhan ini sangat dipengaruhi oleh faktor internal yakni dari diri individu itu sendiri (Santoso, 2017). Perawat dengan memahami berbagai karakteristik dari kebutuhan manusia dapat secara profesional memberikan asuhan keperawatan utamanya dimulai dari proses pengkajian klien tentang permasalahan ataupun informasi yang terkait dengan kondisi klien itu

sendiri. Informasi ini dibutuhkan sebagai penunjang dalam memperbaiki status kesehatan klien mengarah derajat kesehatan yang optimal. Tentunya kebutuhan manusia yang optimal juga tidak terlepas dari konsep sehat sakit yang dialaminya (Santoso, 2017).

### 3. Konsep Sehat -Sakit

Ilmu keperawatan mendefinisikan sehat sebagai suatu keadaan yang berada dalam sebuah rentang yang sama dengan sakit. Sehat digambarkan sebagai suatu kondisi keadaan yang sejahtera secara optimal dan seimbang antara fisik, psikologis, sosial dan spiritual yang sesuai dengan tingkat usia individu. Hal ini juga menyatakan bahwa kondisi sehat tidak hanya berarti suatu kondisi yang terbebas dari penyakit atau kelemahan. Jika seorang individu dinyatakan sakit, maka dapat memengaruhi kondisi kesehatannya karena kondisi sakit juga berarti mengganggu keseimbangan status fisik, psikologis, sosial dan spiritualnya (Supartini, 2004). Sehat sakit yang digambarkan dalam satu rentang diawali dengan kondisi sehat, kemudian sakit dan menuju pada kondisi meninggal dunia yang digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 3.** Rentang sehat Sakit (Neuman, 1990)

Menurut (Neuman, 1990) : "sehat dalam suatu rentang merupakan tingkat kesejahteraan klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentang dan kondisi sejahtera yang

optimal, dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total" Jadi menurut model ini sehat adalah keadaan dinamis yang berubah secara terus menerus sesuai dengan adaptasi individu terhadap berbagai perubahan pada lingkungan internal dan eksternalnya untuk mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, dan spiritual yang sehat. Sedangkan Sakit merupakan proses dimana fungsi individu dalam satu atau lebih dimensi yang ada mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya. Karena sehat dan sakit merupakan kualitas yang relatif dan mempunyai tingkatan sehingga akan lebih akurat jika ditentukan seseuai titik-titik tertentu pada skala Rentang Sehat-Sakit.

Faktor yang mempengaruhi konsep sehat sakit pada manusia tidak terlepas dari faktor biologis, psikologis dan sosial budaya. Faktor biologis diartikan sebagai faktor dasar kesadaran individu terhadap penyakit yang dialaminya dari tanda gejala, sikap serta tindakan yang dilakukan untuk melakukan perbaikan kesehatan. Sedangkan faktor psikologi terdiri dari tiga bagian yang mempengaruhi situasi dan kondisi individu yakni kognisi, emosi dan motivasi. Kognisi itu sendiri digambarkan sebagai aktivitas mental seseorang tentang kesehatannya, baik dari cara berpikir, menerima penyakitnya, belajar, mengingat, menginterpretasikan, menyelesaikan masalah dan mempercayai proses perawatan yang dijalannya. Emosi diyakini sebagai perasaan yang dirasakan saat menjalani pengobatan serta proses pemulihan, rasa nyaman ditemani oleh orang terdekat ataupun adanya rasa tenang ketika mendapatkan informasi terkait progress kesehatannya. Dimana dalam hakikatnya masyarakat juga tidak bisa terlepas dari sosial budaya dilingkungan sekitar dalam upaya proses pemulihan ketika sakit. Dan motivasi dipandang sebagai dorongan individu baik dari diri sendiri

ataupun lingkungan sekitar utamanya keluarga untuk dapat memperbaiki status kesehatannya (Krisna Triyono, S. D., & K. Herdiyanto, 2018).

Paradigma sehat dari unsur kesehatan merupakan pandangan serta pola pikir seseorang yang proaktif holistik serta proaktif yang secara dinamis dan bersifat lintas sector dalam melihat permasalahan kesehatan dari berbagai macam faktor. Hal ini tentunya berkontribusi pada semua aspek baik yang sehat ataupun yang sakit untuk meningkatkan imunitas dan pemeliharaan diri terhadap status kesehatannya.

Pada dasarnya yang sering terjadi masyarakat beranggapan sehat itu adalah tidak sakit, padahal secara konsep kajian kesehatan tidak sesempit itu. Sehat bukan berarti ketika kita tidak merasakan tanda dan gejala dari suatu penyakit sehingga bebas dengan pola hidup yang sebenarnya kurang baik. Ini merupakan hal yang keliru diyakini oleh masyarakat karena gejala dapat timbul pada sebuah penyakit yang berat seperti kanker (Kementerian Kesehatan., 2016).

Komponen mengenai paradigma sehat dan kesehatan senantiasa berkembang membentuk satu pemahaman bahwa seorang manusia mampu menciptakan kondisi fisik dan psikologis seseorang yang terbebas dari segala rasa sakit. Sehingga individu tersebut dapat tetap beraktifitas dengan memperlihatkan kinerja secara aktif, efektif, dan bersifat dinamis serta menekankan pada kemampuan individu untuk menyesuaikan diri pada ancaman ataupun tantangan luar yang terkait sakit penyakit sehingga dilakukan mekanisme coping dengan cara menstabilkan kondisi fisik, psikologis, sosial dan spiritual dengan kondusif dan seimbang (Kementerian Kesehatan., 2016).

#### 4. Konsep Lingkungan

Unsur terakhir dalam paradigma keperawatan adalah lingkungan yang diartikan sebagai faktor luar yang mempengaruhi seluruh aspek kehidupan manusia dalam

perkembangannya di status kesehatan. Lingkungan dalam paradigma keperawatan ini dibagi menjadi dua yakni lingkungan fisik dan non fisik. Lingkungan fisik diartikan sebagai lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia. Dimana lingkungan fisik ini dapat meliputi keadaan geografis, musim, cuaca, struktur geologis yang ada disekitar manusia. Sedangkan lingkungan nonfisik yakni lingkungan yang memunculkan akibat dari adanya interaksi antar manusia. Seperti sosial budaya, norma, nilai adanya adat istiadat dalam kehidupan bermasyarakat. Hubungan antara lingkungan dengan kesehatan dapat dijabarkan menjadi tiga yakni agens, hospes dan lingkungan (Kementerian Kesehatan., 2016).

Apabila diuraikan lebih lanjut agens itu dapat dikatakan sebagai faktor yang menstimulus timbulnya sebuah penyakit, seperti adanya faktor kimiawi, psikologis, mekanis danbiologis. Sedangkan hospes itu sendiri adalah semua faktor yang ada pada tubuh manusia dan dapat mempengaruhi timbulnya berbagai penyakit. Hal ini dapat disebabkan oleh mekanisme pertahanan tubuh status perkawinan, jenis kelamin, umur, pekerjaan, keturunan serta kebiasaan hidup yang diterapkan didalam keluarga. Jika dikaji lebih lanjut hubungan antara agens, hospes dan lingkungan seperti siklus kehidupan. Misalnya individu dapat jatuh sakit karena daya tahan dari hospes itu sendiri berkurang. Seseorang juga dapat menderita suatu penyakit dikarenakan oleh adanya stimulus suatu penyakit didalam tubuh yang meningkat, perubahan lingkungan sekitar yang lebih mendukung pertumbuhan agen untuk berkembang (Kementerian Kesehatan., 2016).

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. buku Kedokteran EGC.
- Bahramnezhad, F., Shiri, M. & Asgari, P. (2015). *A Review of the Nursing Paradigm*.
- Caroline Bunker Rosdahl, M. T. K. (2008). *Textbook of Basic Nursing* ed 9. Lippincott Williams & Wilkins.
- Coppa, D. . (1993). *Chaos Theory Suggests a New Paradigm for Nursing Science*. *Journal of Advanced Nursing*.
- Duff, E. (2011). *Relating the Nursing Paradigm to Practice: A Teaching Strategy*.
- Gaffar. (1997). *Pengantar Keperawatan Profesional*. EGC.
- Kementerian Kesehatan. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*.
- Krisna Triyono, S. D., & K. Herdiyanto, Y. (2018). *Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu)*. *Psikologi Udayana*.
- Maslow AH. (1970). *Motivation and personality*. Upper Saddle River
- Neuman, Y. (1990). *Determinant and consequences of student Burnout in universities*. *Higher Education*.
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental of Nursing Buku 1 Edisi 7*. Salemba medika.
- Santoso, M. B. (2017). *Mengurai Konsep Dasar Manusia Sebagai Individu Melalui Relasi Sosial Yang Dibangunnya*.
- Supartini. (2004). *buku ajar keperawatan anak*. EGC.
- Warms, C. A., & Schroeder, C. A. (2012). *Bridging the gulf between science and action: The "new fuzzies" of neopragmatism*.



## BIODATA PENULIS



**Teresia Retna P,S.kep,Ns, M.Kes.,** lahir di Surabaya, 26 Maret 1968. Saat ini penulis tinggal di Kota Surabaya. Pendidikan terakhir adalah Magister Kesehatan dari Universitas Airlangga Surabaya dengan keilmuan Kesehatan Reproduksi (lulus 2008). Aktivitas penulis saat ini mengajar dipendidikan vokasi di Poltekkes Kemenkes Surabaya Jurusan Keperawatan

# BAB 8

## Teori Model Abraham Maslow

\*Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST.,M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen, dimana setiap orang memiliki kebutuhan yang sama, namun karena terdapat perbedaan budaya maka kebutuhan tersebut pun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada. Jika gagal dalam memenuhi kebutuhannya, maka manusia akan berpikir lebih keras dan bergerak untuk berusaha mendapatkannya. Kebutuhan dasar ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu penyakit, hubungan keluarga, konsep diri, dan tahap perkembangan (Alimul, 2012). Kebutuhan dasar ini dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan dasar manusia seperti makanan, air, keamanan dan cinta yang merupakan hal yang penting untuk bertahan hidup dan kesehatan. Teori Hierarki Kebutuhan Maslow adalah salah satu teori psikologi yang berguna untuk memicu munculnya motivasi pada seorang individu dalam memenuhi kebutuhan mereka sehari-hari. Dalam teori kebutuhan Maslow mengungkapkan bahwa seorang individu haruslah memenuhi kebutuhan mereka, dan kebutuhan tersebut mengharuskan individu memenuhi kebutuhan mereka mulai dari tingkatan terdasar .

## **B. Konsep Teori Model Abraham Maslow**

Teori Hirarki Kebutuhan Maslow adalah salah satu teori psikologi yang berguna untuk memicu munculnya motivasi pada seorang individu dalam memenuhi kebutuhan mereka sehari-hari. Teori Hirarki Kebutuhan Maslow diperkenalkan pada tahun 1943 melalui "A Theory of Human Motivation" melalui acara Psychological Review. Secara garis besar Abraham Maslow berpendapat untuk memenuhi kebutuhan tingkat atas, seorang individu haruslah memenuhi kebutuhan tingkat bawahnya terlebih dahulu dan menggunakan keinginan tersebut sebagai hal untuk memotivasi mereka.

Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow (Chayatin, 2016). Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dalam Teori Hierarki Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis (makan, minum), keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter, 1997).

Abraham Maslow Sang Pencetus Teori Hierarki Kebutuhan Maslow ini lahir pada tanggal 1 April 1908 di Kota New York, Amerika Serikat. Lebih tepatnya Abraham Maslow dilahirkan di Brooklyn dengan nama lengkap Abraham Harold Maslow. Abraham Maslow dibesarkan di keluarga Yahudi Rusia dengan kedua orang tua yang tidak pernah menjalani pendidikan serta duduk di bangku sekolah. Semasa kecilnya, Abraham Maslow hidup di lingkungan tempat tinggal yang sebagian besar penduduknya adalah kaum non Yahudi. Setelah beranjak dewasa, Abraham Maslow mengenyam pendidikan di Brooklyn College dan lulus sebagai seorang psikolog. Tak hanya itu saja, Abraham Maslow juga menjadi profesor di beberapa universitas, seperti Alliant International University, Brooklyn College, Brandeis University, New School for Social Research, dan Columbia University. Dalam kehidupannya,

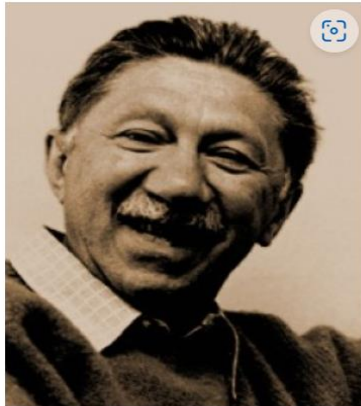
Abraham Maslow menjadi pribadi yang berfokus pada pengembangan kualitas dari seorang individu menjadi individu yang lebih positif (Lilis Lestari, 2018).

Dari tujuan hidupnya maka Abraham Maslow menaruh perhatian lebih pada kalimat pertanyaan yang memiliki jenis seperti “Mengapa masih sedikit manusia yang memiliki aktualisasi diri padahal kebutuhan tingkat pertama atau kebutuhan dasar mereka sudah berhasil terpenuhi?” Padahal menurut pandangan psikolog humanistik, setiap individu pasti memiliki keinginan untuk menyadari kelebihan serta potensi yang mungkin dapat mereka gunakan dalam memenuhi tingkatan selanjutnya dan mencapai tingkatan tertinggi dalam hierarki kebutuhan Maslow (Lilis Lestari, 2018).

Pada usia yang ke-62 tahun tepatnya pada tanggal 8 Juni 1970, Abraham Maslow menghembuskan nafas terakhirnya di California, Amerika Serikat dikarenakan mengalami serangan jantung. Abraham Maslow dikenang dan dikenal sebagai pionier yang bergerak di bidang psikologis dengan mencetuskan sebutan “Humanistik Psikologis” untuk menyebutkan dirinya semenjak Abraham Maslow memulai untuk memahami bagaimana pikiran seorang individu berjalan.

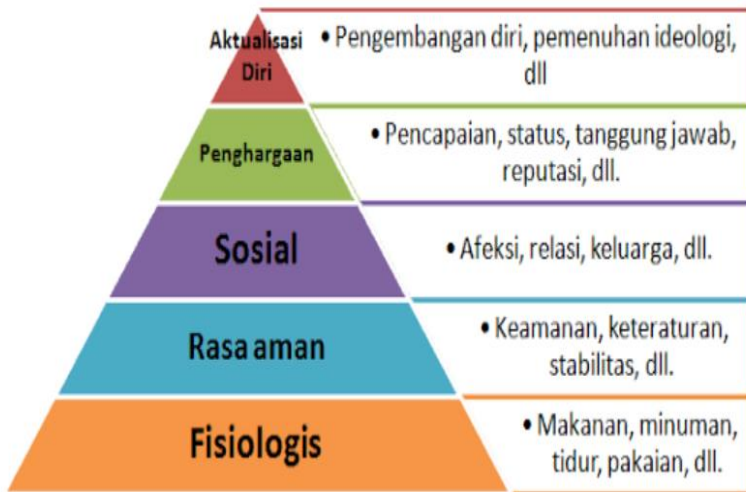
Setiap orang mempunyai kebutuhan dasar yang sama, walaupun masing-masing memiliki latar belakang sosial, budaya, persepsi, dan pengetahuan yang berbeda. Manusia akan memenuhi kebutuhan dasarnya sesuai dengan tingkat prioritas masing-masing. Kebutuhan dasar yang harus segera dipenuhi adalah kebutuhan dasar dengan tingkat prioritas yang paling tinggi/utama. Walaupun kebutuhan dasar umumnya harus dipenuhi, sebagian dari kebutuhan tersebut dapat ditunda. Kegagalan dalam pemenuhan salah satu kebutuhan dasar dapat menimbulkan ketidakseimbangan yang dapat menyebabkan sakit. Adanya keinginan untuk memenuhi kebutuhan dasar, yang dipengaruhi oleh stimulus internal maupun eksternal. Kebutuhan dasar saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Manusia dapat merasakan adanya

kebutuhan dan akan berusaha memenuhinya dengan segera (Asmadi, 2008 dalam (Maryunani, 2017).



Gambar 1. Abraham Harold Maslow

Maslow menggunakan piramida sebagai peraga untuk memvisualisasi gagasannya mengenai teori hirarki kebutuhan. Dalam teori hirarki kebutuhan, Maslow menggaris bawahi bahwa lima kebutuhan dasar harus dipenuhi secara liner , seperti anak-aak tangga dalam susunan pyramid yang harus dinaiki satu demi satu. Menurut Maslow, manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Kebutuhan-kebutuhan tersebut memiliki tingkatan atau hirarki, mulai dari yang paling rendah (bersifat dasar/fisiologis) sampai yang paling tinggi (aktualisasi diri) (Maryunani, 2017).



Gambar 2  
Kebutuhan Dasar Abraham Maslow

Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkat menurut (Potter, 1997) dalam (Alimul, 2012) dan (Maryunani, 2017) adalah sebagai berikut :

1. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, antara lain pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan seksual.

Pada tingkat yang paling bawah terdapat kebutuhan yang bersifat fisiologis (kebutuhan akan udara, makananan, minuman dan sebagainya) yang ditandai oleh kekurangan sesuai dalam tubuh orang yang bersangkutan. Kebutuhan ini dinamakan juga kebutuhan dasar (*basic needs*) yang jika tidak dipenuhi dalam keadaan yang sangat ekstrim (misalnya kelaparan), bisa saja manusia yang bersangkutan kehilangan kendali atas perilakunya sendiri karena seluruh kapasitas manusia tersebut diserahkan dan dipusatkan hanya untuk memenuhi kebutuhan dasarnya itu. Sebaliknya jika kebutuhan dasar ini relatif sudah

tercukupi, muncullah kebutuhan yang lebih tinggi yaitu kebutuhan akan rasa aman (*safety needs*).

2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman/keselamatan

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis, yang adalah sebagai berikut :

- a. Perlindungan fisik : meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya.
- b. Perlindungan psikologis : yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

Jenis kebutuhan rasa aman dan nyaman ini berhubungan dengan jaminan keamanan, stabilitas, perlindungan, struktur, keteraturan, situasi yang bisa diperkirakan, bebas dari rasa takut dan cemas, dan sebagainya. Karena adanya kebutuhan ini maka manusia membuat peraturan, undang-undang, mengembangkan kepercayaan, membuat sistem, asuransi, pensiun dan sebagainya.

Sama halnya dengan kebutuhan dasar, jika kebutuhan aman dan rasa nyaman ini terlalu lama dan terlalu banyak tidak terpenuhi, maka pandangan seseorang tentang dunianya bisa terpengaruh dan pada gilirannya pun perilakunya akan cenderung ke arah yang makin negatif.

3. Kebutuhan rasa cinta serta memiliki dan dimiliki

Kebutuhan rasa cinta yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial dan sebagainya. Setelah kebutuhan dasar dan rasa aman relatif dipenuhi, maka timbul kebutuhan untuk dimiliki dan dicintai. Setiap orang ingin mempunyai hubungan yang hangat dan akrab, bahkan mesra dengan orang lain. Ia ingin mencintai dan dicintai. Setiap orang ingin setia kawan dan butuh kesetiakawanan.

Setiap orang butuh menjadi bagian dalam sebuah keluarga, sebuah kampung, suatu marga dan lain-lain. Setiap orang yang tidak mempunyai keluarga akan merasa sebatang kara, sedangkan orang yang tidak sekolah dan tidak bekerja merasa dirinya pengangguran yang tidak berharga. Kondisi seperti ini akan menurunkan harga diri orang yang bersangkutan.

4. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri yaitu kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain. Jika kebutuhan tingkat ketiga (rasa cinta serta memiliki dan dimiliki) realatif sudah terpenuhi maka timbul kebutuhan akan harga diri.

Ada dua macam kebutuhan harga diri yaitu : 1) kebutuhan akan kekuatan, penguasaan, kompetensi, percaya diri dan kemandirian; 2) kebutuhan akan penghargaan dari orang lain, status, ketenaran, dominasi, kebanggaan, dianggap penting dan apresiasi dari orang lain.

Orang-orang yang terpenuhi kebutuhannya akan harga diri akan : 1) tampil sebagai orang yang percaya diri; 2) tidak tergantung pada orang lain; 3) selalu siap untuk berkembang terus; 4) untuk selanjutnya meraih kebutuhan yang tertinggi yaitu aktualisasi diri.

5. Kebutuhan aktualisasi diri

a. Pengertian

Pengertian kebutuhan aktualisasi diri adalah kebutuhan tertinggi dalam hirarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

b. Uraian singkat dengan kebutuhan aktualisasi diri

- 1) Kebutuhan aktualisasi diri ini merupakan kebutuhan yang terdapat 17 meta kebutuhan yang tidak tersusun secara hirarki, melainkan saling mengisi satu dengan yang lain.



- 2) Jika berbagai meta kebutuhan tidak terpenuhi, maka akan terjadi meta patologi seperti apatisme, kebosanan, putus asa, keterasingan, mementingkan diri sendiri, tidak punya rasa humor lagi, kehilangan selera dan sebagainya.
- c. Meta kebutuhan untuk aktualisasi diri
- Kebutuhan untuk aktualisasi diri menurut Maslow, meliputi :
- 1) kebenaran; 2) kebaikan; 3) keindahan atau kecantikan; 4) keseluruhan (kesatuan); 5) dikotomi-transedensi; 6) berkehidupan (berproses, berubah tetapi tetap pada esensinya); 7) keunikan; 8) kesempurnaan; 9) keniscayaan; 10) penyelesaian; 11) keadilan; 12) keteraturan; 13) kesederhanaan; 14) kekayaan (banyak variasi, majemuk, tidak ada yang tersembunyi, semua sama penting); 15) tanpa susah payah (santai, tidak tegang); 16) bermain (fun, rekreasi, humor); 17) (mencukupi diri sendiri).
- d. Meta patologi jika aktualisasi diri tidak terpenuhi
- Jika berbagai meta kebutuhan tidak terpenuhi maka akan terjadi meta patologi seperti :
- 1) apatisme; 2) kebosanan; 2) putus asa; 3) tidak punya rasa humor lagi; 5) keterasingan; 6) mementingkan diri sendiri; kehilangan selera dan sebagainya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aligood, M., 2014. *Nursing Theorists and Their Work..* St. Louis Missouri 63043: Elsevier Health Sciences.
- Alimul, A., 2012. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. 1 ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Chayatin, W. I. M. & N., 2016. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia : Teori & Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Lilis Lestari, S. M. d. R. S., 2018. *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maryunani, A., 2017. *Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) Bagi Perawat dan Mahasiswa Perawat*. Jilid I ed. Bogor: In Media.
- Ns. Muhamad Rofli, S., 2021. *Teori dan Falsafah Keperawatan*. Edisi 1 ed. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Potter, P. & P. A., 1997. *Fundamental of Nursing : Concept Process Practice*. 4 ed. St. Louis Missouri: Mosby Inc.

## BIODATA PENULIS



**Grenny Zovianny Rahakbauw, S.ST.,M.Kes** lahir di Ambon, 27 Oktober 1972, menyelesaikan Pendidikan D4 Keperawatan di Fakultas Kedokteran Univesitas Hasanudin Makassar dan S2 Promosi Kesehatan Jurusan Kespro dan HIV-AIDS di Universitas Diponegoro Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

# BAB 9

## Teori Model Keperawatan Madeleine Leininger

\*Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp.M.Si\*



**Madeleine Leininger**

### A. Pendahuluan

Keperawatan adalah profesi yang memiliki peran yang sangat penting dalam menjaga dan meningkatkan kesejahteraan manusia. Dalam praktiknya, keperawatan tidak hanya berfokus pada aspek fisik atau medis semata, tetapi juga memperhatikan dimensi sosial, psikologis, dan budaya individu yang dilayani. Dalam menghadapi kompleksitas kebutuhan pasien yang beragam, para perawat harus mengadopsi pendekatan yang holistik, mengintegrasikan pengetahuan teoritis dan praktik berbasis bukti untuk memberikan pelayanan yang efektif. (Unique, 2022)

Teori Leininger, atau yang dikenal dengan teori transkultural keperawatan, yang dikembangkan oleh Madeleine Leininger pada awal 1970-an, merupakan teori yang sangat relevan dengan fokus utama pada pentingnya pemahaman dan penghargaan terhadap perbedaan budaya dalam memberikan pelayanan keperawatan. Dalam teori ini, Leininger berpendapat bahwa perawatan kesehatan yang efektif tidak hanya dilihat dari segi ilmiah atau medis, tetapi harus disesuaikan dengan kepercayaan, nilai, dan praktik budaya pasien. Konsep ini menjadi dasar dari pendekatan yang lebih manusiawi dan sensitif terhadap kebutuhan pasien yang beragam latar belakang budaya dan etnisnya.

Leininger mendefinisikan keperawatan sebagai suatu ilmu dan seni yang berfokus pada proses pemberian perhatian, pengasuhan, dan pengobatan kepada individu, keluarga, atau komunitas dengan mempertimbangkan dimensi budaya mereka, maka pengembangan pengetahuan dan keterampilan perawat tidak hanya mencakup aspek fisik dan psikologis, tetapi juga membutuhkan pemahaman yang mendalam mengenai nilai-nilai budaya yang melekat pada pasien. Oleh karena itu, teori ini mendukung pengembangan perawatan yang lebih bersifat budaya sensitif, yang memungkinkan perawat untuk lebih responsif terhadap preferensi, kebiasaan, dan kebutuhan pasien yang berasal dari berbagai latar belakang budaya. Leininger mengajukan bahwa keberagaman budaya mempengaruhi cara seseorang memandang kesehatan, penyakit, dan penyembuhan. Oleh karena itu, perawat harus mengenali perbedaan budaya ini dan menyusun pendekatan yang sesuai dengan perspektif budaya pasien dan keterampilan komunikasi yang baik. Misalnya, dalam beberapa budaya, ada kepercayaan tertentu mengenai pengobatan tradisional yang perlu diperhatikan oleh perawat. Sebaliknya, beberapa pasien mungkin lebih memilih metode medis konvensional atau bahkan menghindari intervensi medis tertentu karena nilai-nilai budaya mereka. Pemahaman yang mendalam tentang perbedaan budaya ini memungkinkan

perawat untuk mengembangkan strategi perawatan yang tidak hanya berbasis pada ilmu kedokteran, tetapi juga sensitif terhadap kebutuhan dan keinginan pasien. (Muhammad, 2021)

Saat mempelajari teori ini, perawat tidak hanya menjadi lebih kompeten dalam memberikan perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai budaya pasien, tetapi juga memperluas wawasan mereka dalam menghadapi tantangan globalisasi yang menghadirkan keragaman budaya di seluruh dunia. Dalam konteks ini, teori Leininger tidak hanya relevan di lingkungan keperawatan tradisional, tetapi juga dapat diterapkan dalam konteks keperawatan internasional yang semakin berkembang. (Hindri Royiah Fatma & Irna Nursanti, 2024)

## **B. Konsep Teori Madeleine Leininger**

### **1. Pengertian Transkultural dalam Keperawatan**

Transkultural keperawatan adalah suatu area/wilayah keilmuan budaya pada belajar dan praktik keperawatan yang focus memandang perbedaan dan kesamaan diantara budaya dengan menghargai asuhan, sehat dan sakit didasarkan pada nilai budaya kepercayaan dan Tindakan, dan ilmu ini digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan khususnya budaya atau keutuhan budaya kepada manusia (Harmoko dan Riyadi, 2016)

Transkultural dalam keperawatan adalah kemampuan perawat untuk mempertimbangkan latar belakang budaya pasien dalam memberikan asuhan atau pelayanan keperawatan. Keperawatan transcultural juga dikenal sebagai kompetensi budaya. Sehingga dalam melakukan perawatan, perawat akan mempertimbangkan factor-faktor seperti; agama, gaya hidup, kepercayaan, nilai-nilai yang dianut dan diyakini oleh pasien tersebut. Perawat akan menggunakan pengetahuan dari teori ini untuk dapat mengembangkan rencana perawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya pasien dan perawat dapat menjembatani antara system perawatan masyarakat awam

dengan system perawatan professional(Lasmaida & Dedi, 2024)

Leininger menyebutkan bahwa perawat harus memiliki pemahaman yang mendalam mengenai nilai-nilai budaya pasien dan memberikan perawatan yang sensitif terhadap latar belakang budaya tersebut. Dalam rangka memberikan perawatan yang efektif, teori ini menekankan pentingnya konsep-konsep utama berikut: (*Transkulturell Omvårdnad Ur Sjuksköterskans Perspektiv Transcultural Care from the Nurse ' s Perspective Sammanfattning*, 2021)

a. *Caring* (Perawatan)

Caring atau perawatan merupakan konsep utama dalam teori Leininger, yang berfokus pada perhatian dan pengasuhan terhadap pasien. Caring, dalam hal ini, bukan hanya berarti merawat tubuh fisik pasien, tetapi juga melibatkan aspek emosional dan psikologis. Leininger menekankan bahwa perawatan harus dilakukan dengan cara yang mengakui, menghargai, dan mencerminkan kepercayaan serta nilai-nilai budaya pasien.

b. *Cultural Congruence* (Kesesuaian Budaya)

Cultural congruence merujuk pada pencocokan antara nilai, kepercayaan, dan praktik budaya pasien dengan cara perawatan yang diberikan. Leininger berpendapat bahwa perawat harus memahami dan menyesuaikan praktik perawatan mereka dengan cara yang menghormati pandangan hidup pasien.

c. *Cultural Competence* (Kompetensi Budaya)

Kompetensi budaya merujuk pada kemampuan perawat untuk mengenali, memahami, dan beradaptasi dengan berbagai perbedaan budaya. Kompetensi budaya ini meliputi pengetahuan tentang nilai-nilai, kepercayaan, dan praktik budaya pasien, serta kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif

dan memberikan perawatan yang sesuai dengan budaya tersebut.

Leininger mengembangkan teori ini dengan keyakinan bahwa perawatan kesehatan yang efektif tidak dapat dipisahkan dari budaya, dan perawat harus mampu melakukan perawatan yang berbasis pada kesadaran budaya. Teori ini menawarkan panduan praktis yang memungkinkan perawat untuk beradaptasi dengan pasien dari berbagai latar belakang budaya dengan cara yang lebih sensitif dan relevan.

## 2. Tujuan Teori Leininger

Untuk memberikan panduan kepada perawat dalam memberikan perawatan yang mempertimbangkan perbedaan budaya. Teori ini juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan kesehatan melalui pendekatan yang lebih holistik dan inklusif. Beberapa tujuan utama teori ini adalah (Sukardin et al., 2016):

### a. Meningkatkan Kesadaran Budaya di Kalangan Perawat

Perawat perlu memahami bahwa pasien berasal dari berbagai latar belakang budaya yang memengaruhi persepsi mereka terhadap kesehatan dan penyakit. Oleh karena itu, perawat harus belajar untuk mengenali perbedaan budaya dan meresponsnya dengan cara yang tepat.

### b. Meningkatkan Keterampilan Perawat dalam Berinteraksi dengan Pasien Berbeda Budaya

Perawat penting untuk meningkatkan keterampilan perawat dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan pasien dari berbagai latar belakang budaya. Perawat dapat menghindari misinterpretasi dan memberikan perawatan yang lebih sensitif terhadap kebutuhan budaya pasien.



- c. Memberikan Perawatan yang Lebih Relevan dan Sesuai dengan Nilai Budaya Pasien  
Menekankan pentingnya kesesuaian antara nilai-nilai budaya pasien dengan intervensi medis yang dilakukan. Sebagai contoh, beberapa pasien mungkin lebih memilih perawatan alternatif atau pengobatan tradisional, sementara yang lain mungkin lebih terbuka terhadap pengobatan modern. Dengan memahami budaya pasien, perawat dapat memberikan perawatan yang lebih sesuai dan diterima oleh pasien.
  - d. Memfasilitasi Penyembuhan yang Holistik  
Untuk memfasilitasi penyembuhan yang tidak hanya melibatkan aspek fisik, tetapi juga psikologis, sosial, dan budaya pasien. Dengan memahami dimensi budaya pasien, perawat dapat membantu menciptakan lingkungan yang mendukung penyembuhan yang holistik.
  - e. Meningkatkan Kualitas Hubungan Perawat-Pasien  
Meningkatkan kualitas hubungan perawat-pasien yaitu dengan menghargai dan memahami perbedaan budaya, perawat dapat membangun hubungan yang lebih baik dengan pasien, yang berujung pada pengalaman perawatan yang lebih positif bagi pasien.
3. Kelebihan dan Kelemahan Teori Transkultural Keperawatan Leininger
- a. Kelebihan:
    - 1) Pendekatan yang Holistik dan Inklusif  
Adalah pendekatan yang lebih menyeluruh dalam keperawatan, tidak hanya fokus pada aspek medis, tetapi juga aspek sosial, psikologis, dan budaya pasien. Hal ini menjadikan perawatan lebih inklusif dan sesuai dengan kebutuhan individu.

2) Meningkatkan Kualitas Perawatan dan Hasil Kesehatan

Yaitu menerapkan prinsip-prinsip teori Leininger, perawat dapat memberikan perawatan yang lebih tepat dan relevan bagi pasien, yang pada gilirannya dapat meningkatkan kualitas perawatan dan hasil kesehatan pasien.

3) Pengurangan Ketegangan Budaya dalam Praktik Keperawatan

Teori ini membantu perawat mengurangi ketegangan atau konflik budaya, menghindari kesalahan atau penilaian yang salah yang mungkin muncul karena perbedaan budaya.

4) Relevansi Global

Semakin meningkatnya keberagaman budaya di dunia, pelayanan keperawatan yang berbasis budaya sangat penting di masyarakat multikultural, sehingga teori ini akan memberikan panduan yang berguna bagi perawat di seluruh dunia.

b. Kelemahan:

1) Kesulitan dalam Penerapan di Praktek

Penerapannya teori ini di lapangan bisa sangat menantang, sehingga perawat harus memiliki pemahaman yang mendalam tentang budaya pasien, yang mungkin membutuhkan waktu dan pelatihan tambahan.

2) Keterbatasan Pengetahuan Budaya

Dalam beberapa situasi, perawat mungkin tidak memiliki keterampilan yang memadai untuk menangani pasien dari latar belakang budaya yang sangat berbeda.

3) Risiko Generalisasi

Kelemahan yang sering dihadapi dalam menerapkan teori ini adalah risiko generalisasi. Meskipun teori ini mendorong perawat untuk

memperhatikan nilai budaya pasien, ada potensi bahwa perawat akan menggeneralisasi suatu budaya atau menganggap semua individu dalam suatu budaya memiliki pandangan yang sama, padahal setiap individu memiliki pengalaman budaya yang berbeda.

#### 4) Keterbatasan Waktu

Dalam beberapa lingkungan klinis yang padat, perawat mungkin tidak memiliki cukup waktu untuk mempelajari latar belakang budaya pasien secara menyeluruh sehingga menghambat penerapan teori ini secara efektif.

#### 4. Penerapan Teori Transkultural Keperawatan Leininger dalam Praktik Keperawatan

Penerapan teori Leininger dalam praktik keperawatan sangat penting untuk meningkatkan kualitas perawatan dan hasil kesehatan pasien. Beberapa cara perawat dapat menerapkan teori ini dalam praktik keperawatan sehari-hari antara lain (Sinaga, 2023):

##### a. Pengembangan Keterampilan Komunikasi Antar Budaya

Perawat harus dilatih untuk memiliki keterampilan komunikasi yang sensitif terhadap perbedaan budaya. Ini termasuk penggunaan bahasa yang tepat, mengenali perbedaan dalam ekspresi emosi, serta mendengarkan dengan empati. Dalam hal ini, perawat harus berusaha untuk benar-benar memahami perspektif pasien dalam konteks budaya mereka.

##### b. Menghormati Kepercayaan dan Praktik Budaya Pasien

Salah satu cara untuk menerapkan teori ini adalah dengan menghormati dan memahami kepercayaan serta praktik budaya pasien. Misalnya, jika seorang pasien lebih memilih pengobatan tradisional, perawat harus mendukung pilihan tersebut, selama itu tidak membahayakan kesehatan pasien.

c. Penyesuaian Praktik Perawatan dengan Nilai-Nilai Budaya Pasien

Perawat harus menyesuaikan intervensi perawatan dengan nilai dan kepercayaan budaya pasien. Ini dapat mencakup pengaturan waktu perawatan, penggunaan bahasa tubuh yang tepat, serta memperhatikan pola makan dan rutinitas pasien yang sesuai dengan budaya mereka.

d. Pelatihan dan Pendidikan Keperawatan Berbasis Budaya

Salah satu aspek penting dalam penerapan teori ini adalah pendidikan dan pelatihan berkelanjutan tentang keberagaman budaya dalam praktik keperawatan. Program pelatihan ini dapat membantu perawat memahami berbagai budaya dan cara mengintegrasikannya ke dalam perawatan.

e. Membangun Hubungan yang Berbasis Empati dan Kepercayaan

Penerapan teori ini juga mencakup membangun hubungan yang berbasis pada rasa hormat, empati, dan kepercayaan. Perawat yang memahami latar belakang budaya pasien lebih mampu menciptakan hubungan yang lebih positif dan meningkatkan pengalaman perawatan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Hindri Royiah Fatma, & Irna Nursanti. (2024). Penerapan Konsep Teori Model Cheryl Tatano Beck Pada Asuhan Keperawatan Depresi Postpartum. *Jurnal Medika Nusantara*, 2(1), 113–123. <https://doi.org/10.59680/medika.v2i1.901>
- Lasmaida, S. A., & Dedi, B. (2024). Literature Review Teori Transcultural Nursing Madeleine Leininger. *Journal of Social Research*, 3(ISSN: 2827-9832), 668–681. <http://ijsr.internationaljournallabs.com/index.php/ijsr>
- Muhammad, R. (2021). Teori dan Falsafah Keperawatan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–51.
- Sinaga, M. R. E. (2023). BAB 7 Healing Practice: Alternative Therapies For Nursing. In *Hollistic & transkultural nursing*.
- Sukardin, Muliawati, N. K., Nisa, R., Bina, M. Y., Murtoyo, E., Hutomo, W. M. P., Jihad, M. N. Al, Djogo, H. M. A., & Maidaliza. (2016). *Bunga Rampai: Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Transkultural*.
- Transkulturell omvårdnad ur sjuksköterskans perspektiv Transcultural care from the nurse ' s perspective Sammanfattning*. (2021).
- Unique, A. (2022). *Falsafah Teori Keperawatan* (Issue 0).
- Wijaya, Y. A., Yudhawati, N. L. P. S., Andriana, K. R. F., & Ilmy, S. K. (2022). Klasifikasi Teori Keperawatan yang Dikembangkan oleh Ahli Keperawatan: Sebuah Tinjauan Literatur. *Nursing Sains*, 23(2), 1–49.

## BIODATA PENULIS



**Selvi Alfrida Mangundap., S.Kp.M.Si** lahir di Poso, pada 24 April 1966. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan S2 Kebijakan Publik Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palu.

# BAB 10

## Teori Keperawatan Virginia Henderson

### “Teori Kebutuhan Manusia (*Human Need Theory*)”

\*Rina Tampake, S.Pd.,S.Kep.Ns.,M.Med.Ed\*



**Virginia Henderson**

#### **A. Pendahuluan**

Keperawatan sebagai sebuah profesi memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang holistik, meliputi pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Teori keperawatan bertujuan untuk menggambarkan dan menjelaskan fenomena keperawatan yang memberikan dasar dalam praktik keperawatan, membantu menciptakan pengetahuan (*body of knowledge*) yang lebih maju dan menunjukkan bagaimana keperawatan akan berkembang di masa depan. Teori keperawatan sangat penting karena

membantu memutuskan apa yang kita ketahui dan apa yang ingin kita ketahui (Arora, 2015).

Salah satu teori yang menjadi landasan utama dalam praktik keperawatan adalah teori keperawatan Virginia Henderson yang mengemukakan teori kebutuhan dasar (*Basic Needs Theory*). Teori ini mengedepankan pemahaman bahwa keperawatan adalah suatu proses yang bertujuan untuk membantu individu dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, sehingga mampu mencapai kesejahteraan dan kualitas hidup yang optimal. (Aini Nur, 2018)

Virginia Henderson sebagai penteleri, seorang tokoh keperawatan asal Amerika, mengembangkan teori yang berfokus pada kebutuhan dasar manusia yang terdiri dari 14 kebutuhan fisiologis, psikologis, dan sosial yang harus dipenuhi untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan seseorang. Henderson menekankan pentingnya peran perawat dalam membantu pasien, baik yang sehat maupun sakit, untuk memenuhi kebutuhan tersebut, dengan memberikan perawatan yang sesuai dan penuh empati. (Risniah & Irvan, 2021)

Buku ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai teori keperawatan Virginia Henderson dan bagaimana penerapan teori ini dalam praktik keperawatan. Dengan adanya pemahaman yang baik akan teori ini, diharapkan perawat dapat memberikan perawatan yang lebih terarah, efektif, sesuai dengan kebutuhan individu sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

## **B. Teori Keperawatan Virginia Henderson**

Teori Virginia Henderson dikenal dengan nama "Teori Keperawatan Kebutuhan Dasar" (*Basic Needs Theory*). Virginia Aveland Henderson dilahirkan di Kota Kansas, Missouri pada tanggal 19 Maret 1897 dan meninggal pada tanggal 30 November 1996 di usia ke 98 tahun. Selama 60 tahun kehidupannya, Henderson banyak memberikan kontribusinya di bidang ilmu keperawatan dan menjadi salah satu orang yang berpengaruh di bidang keperawatan pada abad 20. Hal ini dikarenakan selama 60 tahun tersebut dirinya telah mengabdikan diri untuk berkarir



sebagai seorang perawat, guru, penulis dan peneliti. (Masters, 2015).

Pengembangan teori ini oleh Henderson difokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia agar seseorang dapat hidup dengan baik. Teori ini mengedepankan perawat sebagai individu yang dapat membantu pasien dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar yang mana pasien sendiri tidak dapat memenuhinya karena alasan gangguan fisik atau psikologis.

#### 1. **Inti Teori**

Henderson mendefinisikan keperawatan sebagai “bantuan yang diberikan kepada individu untuk melakukan aktivitas yang sehat dan perawatan dirinya sendiri”. Menurutnya, perawat memiliki peran penting dalam membantu pasien memenuhi 14 kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini mencakup berbagai aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Beberapa kebutuhan dasar yang dimaksud oleh Henderson adalah: 1) Bernapas dengan baik, 2) Makan dan minum yang cukup, 3) Pengeluaran sisa tubuh, 4) Bergerak dan menjaga postur tubuh, 5) Tidur dan istirahat, 6) Mengenakan pakaian yang sesuai, 7) Menjaga suhu tubuh dalam batas yang wajar, 8) Kebersihan tubuh dan pemeliharaan, 9) Berkomunikasi dengan orang lain, 10) Beribadah atau aktivitas Rohani, 11) Bekerja atau melakukan aktivitas produktif, 12) Rekreasi dan hiburan, 13) Meningkatkan dan memelihara rasa harga diri, 14) Berhubungan dengan orang lain. ((Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

Keempat belas kebutuhan dasar manusia tersebut dapat klasifikasikan menjadi empat kategori, yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual. Kebutuhan dasar poin 1-9 termasuk komponen kebutuhan biologis, poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis, poin 11 termasuk kebutuhan spiritual, dan komponen 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis. Selain itu, Henderson juga menyatakan bahwa

pikiran dan tubuh manusia tidak dapat dipisahkan satu sama lain (inseparable). Sama halnya dengan klien dan keluarga, mereka merupakan satu kesatuan. Henderson mengidentifikasi tiga tahap hubungan perawat-pasien, yaitu saat perawat berperan pengganti, penolong, dan mitra bagi pasien. (Risna & Irwan. 2021 ).

## **2. Penempatan dan Penggunaan Teori Henderson**

Teori Henderson dapat ditempatkan dalam berbagai konteks praktik keperawatan, baik dalam perawatan jangka panjang, perawatan rumah sakit, perawatan komunitas, maupun perawatan di rumah. Teori ini berfokus pada pemberian asuhan yang holistik, di mana perawat bertugas membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka yang belum dapat dipenuhi secara mandiri.

Teori Henderson dapat digunakan untuk merancang rencana asuhan keperawatan yang komprehensif dan terstruktur, dengan fokus pada pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Perawat melaksanakan peran pengganti pada upaya memenuhi kebutuhan pasien diakibatkan oleh berkurangnya kekuatan fisik dan kemampuan pasien di dalam situasi pasien yang gawat. Dalam pemberian asuhan keperawatan perawat berfungsi untuk “melengkapinya”. Perawat memiliki peran sebagai penolong yang membantu pasien mendapatkan kemandiriannya. Kemandirian yang bersifat relatif, sebab tak ada manusia yang tidak bergantung pada orang lain. Walaupun demi untuk mewujudkan kesehatan pasien perawat berusaha keras saling bergantung. Perawat dan pasien secara bersama merumuskan rencana perawatan bagi pasien sebagai mitra. Meski mempunyai diagnosis berbeda, setiap pasien pasti memiliki kebutuhan dasar yang harus terpenuhi. Hanya saja, kebutuhan dasar itu dimodifikasi berdasarkan kondisi patologis serta faktor lainnya, seperti usia, tabiat, kondisi emosional, status sosial atau budaya, serta kekuatan fisik dan intelektual. (Risna & Irwan. 2021 ).

### 3. Keunggulan Penggunaan Teori Henderson

- a. Pendekatan Holistik: Teori ini memberikan pandangan yang sangat komprehensif terhadap kesehatan manusia, dengan memperhatikan seluruh aspek kebutuhan dasar individu – baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual.
- b. Fokus pada Kemandirian Pasien: Salah satu kekuatan utama dari teori ini adalah fokusnya pada **kemandirian** pasien. Henderson percaya bahwa perawat seharusnya membantu pasien mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi dalam memenuhi kebutuhannya, bukan hanya bergantung pada perawatan terus-menerus.
- c. Aplikatif dalam Berbagai Setting: Teori ini sangat fleksibel dan dapat diterapkan dalam berbagai setting perawatan, baik di rumah sakit, puskesmas, rumah, atau perawatan jangka panjang, sehingga relevan di banyak situasi dan kondisi pasien.

### 4. Konsep utama paradigma teori keperawatan Henderson dalam Masters, 2015 :

- a. Manusia  
Pandangan Henderson bahwa pasien sebagai manusia atau individu tersusun atas komponen biologi, psikologi, sosiologi, dan spiritual merupakan satu kesatuan utuh yang membutuhkan bantuan untuk mencapai kemandirian yang terdiri dari 14 macam kebutuhan dasar dalam asuhan keperawatan. Pasien dan keluarganya diposisikan sebagai sebuah unit yang membutuhkan bantuan asuhan keperawatan.
- b. Lingkungan  
Lingkungan menurut Henderson merupakan faktor eksternal yang dapat mempengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme. Komposisi lingkungan meliputi biologi, fisik, dan perilaku. yang berdampak pada status kesehatan manusia.

- c. Henderson mengungkapkan jika kesehatan memiliki hubungan dalam meningkatkan atau mempengaruhi kepuasan dan kemandirian pada pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.
- d. Keperawatan  
Keperawatan menurut Henderson adalah sebuah seni yang menekankan adanya empati sebagai seorang perawat, g membantu individu yang sakit, membantu individu yang sehat, berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan, bertugas memberikan kekuatan, keyakinan dan pengetahuan untuk membantu proses penyembuhan pasien. dan mengantarkan pasien menuju kematian yang damai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini Nur. 2018. Teori Model Keperawatan. Malang. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Lestari & Ramadhaniyati. 2018. Falsafah dan Teori Keperawatan. Pustaka Pelajar Celeban Timur UH III/546 Yogyakarta 55167.
- Masters, K. 2015. Nursing Theories : A Framework For Professional Practice. United States of America : Jones & Bartlett
- Risnah & Irvan. 2021. Falsafah dan teori Keperawatan. Alauddin University Press UPT Perpustakaan UIN Alauddin Gowa.
- [:https://www.kentontimes.com/obits/virginia-lhenderson/](https://www.kentontimes.com/obits/virginia-lhenderson/))

## BIODATA PENULIS



**Rina Tampake, SPd., S.Kep. Ns., M. Med. Ed** lahir di Poso, Tanggal 13 Februari 1963. Menyelesaikan Pendidikan di Akper Depkes Makasar tahun 1984. Melanjutkan Pendidikan S1 Pendidikan jurusan Bimbingan dan konseling di UNPATI Ambon tamat tahun 1998 dan melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi ners di Universitas Indonesia tanat tahun 2002, kemudian mengikuti Pendidikan Ilmu Pendidikan Kedokteran Universitas gajah mada tamat tahun 2011. Bekerja sebagai Dosen keperawatan dari tahun 2003 hinnga saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkkes Palu.

# BAB 11

## Teori Keperawatan Peplau

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

### A. Pendahuluan

Hildegard E. Peplau adalah salah satu tokoh paling berpengaruh dalam dunia keperawatan, yang dikenal karena kontribusinya yang besar dalam pengembangan teori keperawatan interpersonal. Lahir pada 1 September 1909 di Reading, Pennsylvania, Peplau memulai kariernya di bidang keperawatan dan kemudian menjadi salah satu pionir dalam mengubah cara pandang terhadap peran perawat. Keperawatan, menurut Peplau, tidak hanya terbatas pada tindakan fisik dan medis, tetapi juga melibatkan proses komunikasi yang mendalam dan hubungan interpersonal yang saling memengaruhi antara perawat dan pasien (Peplau, 1952).

Peplau menyelesaikan pendidikan keperawatannya di Pottstown Memorial Hospital School of Nursing dan melanjutkan pendidikannya di University of Pennsylvania, di mana ia memperoleh gelar Master of Arts. Peplau juga memperdalam pemahamannya mengenai psikologi dan psikiatri, yang pada akhirnya memengaruhi teori yang ia kembangkan. Pada tahun 1952, Peplau menerbitkan bukunya yang terkenal, *Interpersonal Relations in Nursing*, yang menjadi dasar dari Teori Keperawatan Interpersonal. Dalam teori ini, Peplau memperkenalkan konsep bahwa hubungan antara perawat dan pasien dapat menjadi proses terapeutik yang memungkinkan pasien untuk memahami diri mereka sendiri serta mengatasi masalah psikologis yang mereka hadapi (Peplau, 1952, 1991).

Pada dasarnya, Teori Keperawatan Peplau berfokus pada hubungan terapeutik yang terjadi selama proses keperawatan, yang melibatkan aspek komunikasi, empati, serta pemahaman terhadap kebutuhan emosional dan psikologis pasien. Dalam teori ini, Peplau mengidentifikasi beberapa fase hubungan terapeutik yang penting, yang mencakup fase orientasi, identifikasi, eksploitasi, dan resolusi (Peplau, 1952). Setiap fase memiliki tujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisinya serta mendorong keterlibatannya dalam proses perawatan.

Dengan pendekatan yang humanistik, Teori Peplau membantu perawat untuk memahami dinamika hubungan perawat-pasien dan memberikan pedoman dalam memberikan perawatan yang lebih terfokus pada kebutuhan individu pasien. Teori ini sangat relevan dalam konteks praktik keperawatan modern, yang menuntut perawat untuk lebih memperhatikan aspek psikologis dan sosial pasien selain aspek fisik.

Kontribusi Peplau terhadap profesi keperawatan sangat mendalam, dan teori yang dikembangkannya tetap digunakan hingga saat ini sebagai landasan penting dalam praktik keperawatan modern. Fokusnya pada komunikasi interpersonal dan keterlibatan emosional pasien dalam proses perawatan menjadi salah satu faktor yang mengubah paradigma keperawatan menjadi lebih holistik dan berpusat pada pasien.

## **B. Teori Keperawatan Peplau**

### **1. Pengertian teori keperawatan Peplau**

Teori Keperawatan Peplau, yang dikembangkan oleh Hildegard E. Peplau pada tahun 1952, merupakan salah satu teori keperawatan yang sangat berpengaruh, yang berfokus pada hubungan interpersonal antara perawat dan pasien sebagai inti dari perawatan. Peplau mendefinisikan perawatan keperawatan sebagai suatu interaksi yang dapat membantu pasien memahami dirinya, mengatasi masalah, dan mencapai kesejahteraan. Menurut Peplau, hubungan ini bukan hanya sekadar hubungan profesional antara perawat dan pasien, melainkan suatu proses dinamis yang



melibatkan perasaan, peran, dan pemahaman bersama antara keduanya (Peplau, 1952).

Peplau memandang perawat sebagai individu yang memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memfasilitasi proses komunikasi yang efektif, mendukung perkembangan pasien, serta membantu pasien dalam menyesuaikan diri dengan kondisi fisik dan emosionalnya. Oleh karena itu, teori ini lebih mengarah pada aspek interpersonal dalam keperawatan, yang menekankan pentingnya hubungan terapeutik yang dibangun selama proses perawatan.

## 2. Konsep utama Teori Peplau

Teori ini menjelaskan bahwa tujuan keperawatan adalah untuk membantu orang lain mengidentifikasi kesulitan yang mereka rasakan dan bahwa perawat harus menerapkan prinsip-prinsip hubungan manusia terhadap masalah yang muncul pada semua tingkat pengalaman.

a. Manusia: adalah sebuah organisme yang hidup dalam ketidakseimbangan yang sangat dipengaruhi oleh system. Ada dua komponen manusia menurut Peplau yaitu Perawat dan Pasien.

- 1) Perawat: seorang professional di bidangnya yang mampu mengidentifikasi masalah pasien, menguasai keterampilan untuk menangani situasi tersebut, dan juga mampu membantu pasien dalam suatu bentuk hubungan untuk mengembangkan keterampilan menangani masalah yang dihadapi.
- 2) Pasien: Sebagai seseorang yang sedang memiliki permasalahan sehingga membutuhkan bantuan perawat, pasien juga memiliki kebutuhan akan dihormati (*respect*), harga diri (*dignity*), privasi, kerahasiaan (*confidentiality*), dan perawatan yang etis. Idealnya, pasien harus berpartisipasi secara aktif dalam hubungan perawat-pasien (Peterson & Bredow, 2009).

- b. Kesehatan: didefinisikan sebagai perkembangan kepribadian dan proses kemanusiaan yang berkesinambungan menuju kearah kehidupan yang kreatif, konstruktif dan produktif.
  - c. Lingkungan: budaya dan adat istiadat merupakan faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menghadapi kehidupan.
  - d. Keperawatan: proses interpersonal yang bermakna dan terapeutik. Peplau mendefinisikan keperawatan sebagai hubungan kemanusiaan antara individu yang sakit atau membutuhkan layanan Kesehatan, dan perawat dididik secara khusus untuk mampu mengenali dan merespon terhadap kebutuhan tersebut (Peterson & Bredow, 2009).
3. Prinsip dasar teori keperawatan Peplau
- Beberapa prinsip dasar dalam teori Peplau (Peterson & Bredow, 2009) dapat dijelaskan sebagai berikut:
- a. Hubungan Terapeutik: Peplau menyatakan bahwa hubungan antara perawat dan pasien adalah inti dari perawatan keperawatan itu sendiri. Melalui hubungan ini, perawat tidak hanya berfokus pada aspek medis tetapi juga memahami dan mengatasi masalah psikologis yang dialami pasien.
  - b. Peran Perawat: Dalam teorinya, Peplau mengidentifikasi berbagai peran yang diemban oleh perawat selama proses hubungan terapeutik. Peran-peran tersebut termasuk sebagai pendidik, konselor, pengarah, dan perawat yang memberi dukungan emosional kepada pasien (Alligood & Tomey, 2015).

|                             |             |                  |                                                         |              |
|-----------------------------|-------------|------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| Perawat                     | Orang Asing | <i>Surrogate</i> | Konselor<br>Nara Sumber<br>Pemimpin<br><i>Surrogate</i> | Orang Dewasa |
| Pasien                      | Orang Asing | Bayi             | Anak      Remaja                                        | Orang Dewasa |
| Fase dalam Hubungan perawat | Orientasi   | _____            | Identifikasi _____                                      |              |
|                             |             |                  | Eksplorasi _____                                        |              |
|                             |             |                  |                                                         | Resolusi     |

**Gambar 1.** Fase dan perubahan peran perawat

Adapun peran perawat (Peterson & Bredow, 2009) tersebut sebagai berikut:

- 1) Orang Asing (*Stranger*): peran *stranger* merujuk pada peran pertama yang diemban oleh perawat ketika mereka pertama kali bertemu dengan pasien. Pada tahap ini, perawat dan pasien belum saling mengenal dan belum ada hubungan interpersonal yang terbentuk. Sebagai *stranger*, perawat berperan sebagai individu yang asing bagi pasien, namun tetap membawa sikap profesional, netral, dan penuh rasa hormat dalam interaksi pertama mereka. Perawat berusaha memulai hubungan profesional dengan pasien, membina hubungan saling percaya, menjadi pendengar aktif, dan memberikan informasi dasar terkait proses keperawatan yang akan dilakukan.
- 2) *Surrogate* (pengganti orang tua/sibling): perawat bukan hanya sebagai pemberi perawatan fisik, tetapi juga berfungsi sebagai sumber dukungan emosional yang krusial dalam membantu pasien menghadapi tantangan pribadi mereka, terutama

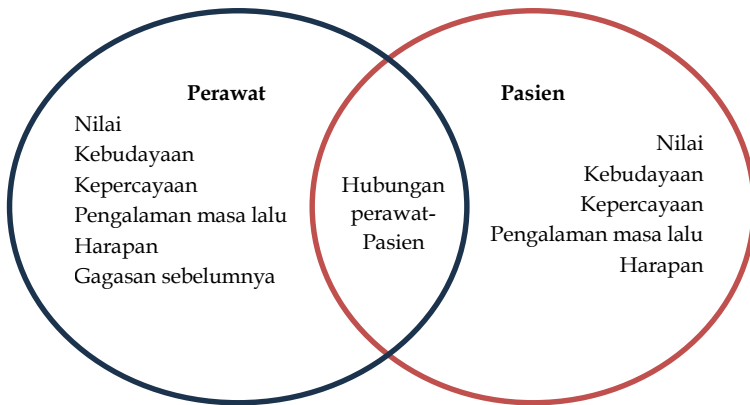
dalam situasi perawatan medis yang intens. Perawat dapat menggantikan peran sosial/keluarga, memberikan rasa aman dan perlindungan, membantu pasien menyelesaikan konflik emosional, juga meningkatkan rasa penerimaan dan identitas diri.

- 3) Konselor: perawat bertindak sebagai pendamping yang membantu pasien untuk mengatasi masalah emosional, psikologis, dan sosial yang mereka hadapi. Peran ini melibatkan kemampuan perawat untuk memberikan dukungan, mendengarkan dengan empati, serta membantu pasien dalam mengeksplorasi dan memahami perasaan mereka, yang pada akhirnya membantu mereka dalam proses penyembuhan dan pemulihan. Sebagai konselor, perawat harus mendengarkan dengan empati, membantu pasien mengidentifikasi dan memahami masalah, memberikan dukungan psikologis, mengidentifikasi dan mengatasi perasaan negative pasien, serta membantu dalam pengambilan Keputusan.
- 4) Nara sumber (*resource person*): perawat memberikan informasi yang relevan dan membantu pasien memahami kondisi kesehatan mereka, proses perawatan, serta berbagai pilihan yang tersedia untuk meningkatkan kesejahteraan mereka. Peran ini sangat penting dalam mengedukasi pasien, meningkatkan pemahaman mereka tentang penyakit atau kondisi yang mereka alami, dan membantu mereka membuat keputusan yang lebih baik mengenai perawatan dan kesehatan mereka. Perawat diharapkan mampu memberikan informasi yang akurat dan relevan, membantu pasien membuat keputusan berdasarkan informasi yang diperlukan, mengurangi ketidakpastian dan kecemasan,

memberdayakan pasien untuk mampu mengakses sumber informasi lainnya.

- 5) **Pemimpin:** peran pemimpin merujuk pada peran perawat dalam memimpin dan mengarahkan interaksi dengan pasien, serta dalam mengelola hubungan terapeutik yang terjadi. Sebagai pemimpin, perawat tidak hanya bertindak sebagai pengarah atau pemberi instruksi, tetapi juga sebagai individu yang memotivasi dan memberi contoh perilaku positif dalam proses perawatan. Peran ini mencakup kemampuan perawat untuk menciptakan lingkungan yang mendukung, memfasilitasi komunikasi yang efektif, serta memberi arahan yang membantu pasien berpartisipasi aktif dalam proses pemulihan mereka. Perawat harus mampu memberikan arahan kepada pasien mengenai langkah-langkah perawatan yang akan diambil, mampu mendorong partisipasi aktif pasien, membangun kepercayaan dan Kerjasama, memberikan dukungan moral dan emosional, serta mampu mengelola dinamika kelompok pasien dan interaksi didalamnya.
- 6) **Orang Dewasa:** perawat sebagai *adult person* berfungsi sebagai individu yang dapat mengelola hubungan interpersonal dengan pasien secara sehat, menunjukkan kedewasaan emosional, serta memberikan dukungan yang diperlukan untuk proses pemulihan pasien. Mereka memfasilitasi proses penyembuhan tidak hanya melalui perawatan fisik, tetapi juga melalui hubungan yang penuh pengertian dan empati. Dalam hal ini perawat harus memiliki keterampilan untuk berkomunikasi secara dewasa, menyediakan dukungan emosional yang stabil, serta sebagai *role model* perilaku sehat.

- c. **Proses Interaksi:** Teori ini mengedepankan pentingnya proses komunikasi yang terbuka, saling memahami, dan kolaboratif antara perawat dan pasien. Proses ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisi fisiknya serta memberdayakan pasien untuk mengambil peran aktif dalam perawatannya.
- 4. **Fase dalam hubungan terapeutik**  
Teori Keperawatan Peplau (Gonzalo, 2022) menggambarkan hubungan terapeutik dalam empat fase utama, yaitu:
  - a. **Fase Orientasi:** Pada fase ini, perawat dan pasien bertemu pertama kali dan mulai saling mengenal. Perawat berusaha untuk menciptakan hubungan yang aman dan nyaman agar pasien merasa dihargai dan percaya. Dalam fase ini, perawat juga melakukan asesmen terhadap kondisi pasien secara menyeluruh.

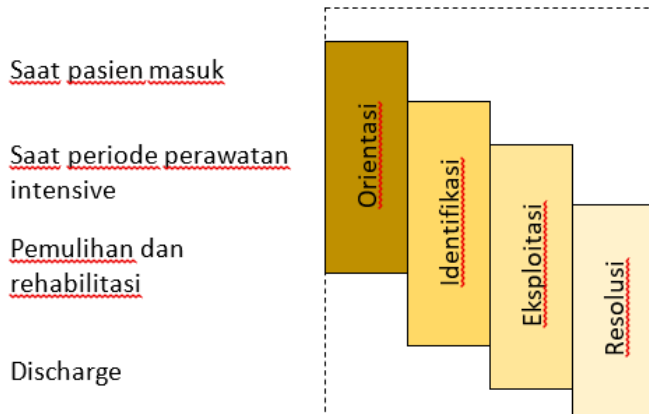


**Gambar 2.** Faktor yang mempengaruhi fase orientasi

- b. **Fase Identifikasi:** Pada fase ini, pasien mulai mengungkapkan perasaan, kekhawatiran, dan kebutuhan. Perawat membantu pasien untuk mengeksplorasi masalah yang dihadapi, serta memberikan dukungan dan arahan dalam proses pengambilan keputusan.

- c. Fase Eksploitasi: Di fase ini, pasien mulai aktif berpartisipasi dalam perawatan. Pasien diberdayakan untuk mengatasi masalah dan tantangan yang dihadapi dengan dukungan dari perawat, yang bertindak sebagai fasilitator.
- d. Fase Resolusi: Pada fase akhir ini, hubungan terapeutik berakhir setelah pasien mencapai tujuan perawatan, baik itu pemulihan fisik maupun emosional. Pada fase ini, perawat dan pasien merefleksikan perkembangan yang telah dicapai dan persiapan untuk kelanjutan setelah perawatan berakhir.

Keempat fase tersebut digambarkan pada bagan berikut, dimana bisa terjadi fase tumpang tindih (Rulino, 2022):



**Gambar 3.** Fase tumpang tindih dalam hubungan Perawat-Pasien

## 5. Konsep interpersonal dalam Teori Peplau

Salah satu konsep penting dalam teori Peplau adalah interaksi interpersonal. Peplau menekankan bahwa interaksi ini bukan hanya tentang komunikasi verbal, tetapi juga tentang empati, perhatian, dan kepekaan terhadap kebutuhan emosional pasien. Interaksi yang efektif antara perawat dan pasien dapat menciptakan rasa percaya yang kuat, yang menjadi dasar dari perawatan yang sukses.

Menurut Peplau, hubungan ini juga mencakup pertukaran perasaan dan pemahaman terhadap satu sama lain, di mana perawat harus mampu beradaptasi dengan kebutuhan dan respons pasien yang mungkin berbeda pada setiap fase perawatan (Peplau, 1952).

6. Relevansi Teori Peplau dalam praktik keperawatan modern

Teori Keperawatan Peplau sangat relevan dalam praktik keperawatan saat ini, terutama dengan meningkatnya perhatian terhadap aspek psikologis dan emosional pasien dalam perawatan. Keberhasilan terapi tidak hanya bergantung pada pengobatan fisik, tetapi juga pada hubungan yang dibangun antara perawat dan pasien. Teori ini mengajarkan perawat untuk mendekati pasien secara holistik, memahami kebutuhan mereka tidak hanya dari sisi fisik, tetapi juga emosional dan sosial.

Dalam praktik keperawatan modern, konsep hubungan terapeutik Peplau banyak diterapkan di berbagai setting, mulai dari rumah sakit, puskesmas, hingga pelayanan kesehatan mental. Pemahaman yang baik tentang teori ini membantu perawat untuk memberikan pelayanan yang lebih terfokus pada kebutuhan individu pasien, sehingga proses penyembuhan dapat berjalan dengan lebih efektif.



## DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR & Tomey, AM. (2015). *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier
- Peplau, HE. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. G.P. Putnam's Sons.
- Peplau, HE. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Framework for Psychodynamic Nursing* (2nd ed.). Springer Publishing Company
- Peterson, SJ & Bredow, TS (2009). *Middle range theories: application to nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rulino, L. (2022). Teori Interpersonal Relations Peplau, <https://perawat.org/teori-interpersonal-relations-peplau/>
- Gonzalo, A. (2023). Hildegard Peplau: Interpersonal Relations Theory, <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/#hbiography-of-hildegard-e-peplau>

## BIODATA PENULIS



**Ika Mustika Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep** lahir di Bantul, pada 15 Juli 1988. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan S2 Keperawatan di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Alma Ata Yogyakarta.

# BAB 12

## Teori Keperawatan Jean Watson

\*Dr.Ernawati,SKp,.MKep \*

### A. Pendahuluan

Keperawatan merupakan profesi yang berfokus pada aspek kemanusiaan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Salah satu teori keperawatan yang menekankan aspek kemanusiaan dan perawatan yang penuh kasih adalah Teori Caring Jean Watson. Teori ini menitikberatkan pada hubungan antara perawat dan pasien yang berbasis empati, penghargaan, serta kasih sayang dalam setiap interaksi.

Jean Watson, seorang perawat dan ahli teori keperawatan, mengembangkan konsep caring sebagai inti dari praktik keperawatan. Ia menekankan bahwa keperawatan bukan hanya sekadar praktik klinis, tetapi juga mencakup unsur psikologis, emosional, dan spiritual yang berperan dalam penyembuhan pasien. Modul ini akan mengulas konsep teori keperawatan Jean Watson, hubungannya dengan paradigma keperawatan, serta implikasinya dalam praktik asuhan keperawatan.

Teori keperawatan Jean Watson, yang dikenal sebagai *Human Caring Theory*. Teori ini dikembangkan pada akhir tahun 1970-an dan bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang aspek kemanusiaan dalam perawatan pasien. Watson percaya bahwa keperawatan bukan hanya sekadar tindakan medis, tetapi juga seni yang melibatkan perasaan dan hubungan yang mendalam antara perawat dan pasien (Watson, 2008).

## B. Konsep Teori Jean Watson

### 1. Bibliografi Jean Watson

Jean Watson lahir pada tahun 1940 di West Virginia, Amerika Serikat. Ia mendapatkan gelar sarjana keperawatan dari University of Colorado, kemudian melanjutkan studi doktoralnya dalam bidang pendidikan dan psikologi. Sebagai seorang akademisi dan peneliti, Watson telah menulis berbagai buku dan artikel ilmiah yang memperkuat konsep caring dalam keperawatan.

Beberapa karyanya yang terkenal meliputi "Nursing: The Philosophy and Science of Caring" (1979) dan "Human Caring Science: A Theory of Nursing" (2012). Watson juga mendirikan Watson Caring Science Institute, yang bertujuan untuk mempromosikan praktik keperawatan yang berbasis kasih sayang dan empati.

### 2. Hubungan Teori Caring Watson dengan Paradigma Keperawatan

Paradigma keperawatan mencakup empat elemen utama: manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Hubungan teori caring Watson dengan paradigma antara lain :

- a. **Manusia:** Watson memandang manusia sebagai makhluk yang memiliki dimensi fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Dalam keperawatan, pasien bukan hanya individu yang sakit, tetapi juga seseorang yang memiliki kebutuhan akan perhatian dan kasih sayang. Oleh karena itu, perawat harus memperlakukan pasien dengan penghormatan terhadap martabat dan nilai-nilai kemanusiaan mereka (Watson, 2012).
- b. **Lingkungan:** Lingkungan memainkan peran penting dalam proses penyembuhan. Watson menekankan bahwa lingkungan yang mendukung, seperti suasana yang nyaman, tenang, dan penuh perhatian, dapat membantu pasien merasa lebih aman dan meningkatkan kesejahteraan mereka. Perawat harus menciptakan lingkungan yang penuh kasih dan empati

agar pasien dapat merasakan kedamaian dan dukungan emosional (Pajnkihar et al., 2017).

- c. **Kesehatan:** Watson mendefinisikan kesehatan sebagai keselarasan antara tubuh, pikiran, dan jiwa. Dalam paradigma keperawatan, kesehatan tidak hanya berarti ketiadaan penyakit tetapi juga kesejahteraan holistik. Dengan memberikan perhatian yang penuh empati dan kasih sayang, perawat dapat membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal, baik secara fisik maupun emosional (Watson, 2012).
- d. **Keperawatan:** Keperawatan menurut Watson bukan hanya sekadar tindakan keperawatan, tetapi juga seni yang melibatkan interaksi manusia yang mendalam. Perawat harus memiliki kesadaran spiritual dan emosional untuk memahami pasien secara lebih dalam. Watson juga menekankan bahwa perawat yang memberikan perawatan dengan cinta dan kepedulian juga akan merasakan kepuasan dalam profesinya (Watson, 2008).

### 3. Inti teori Keperawatan Jean Watson

#### a. Konsep Teori Caring Jean Watson

Teori Caring Jean Watson terdiri dari beberapa komponen utama, yaitu:

- 1) **Carative Factors** : Watson memperkenalkan 10 faktor carative sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan yang penuh kasih.
- 2) **Transpersonal Caring Relationship** : Hubungan antara perawat dan pasien harus melampaui aspek fisik dan mencakup aspek psikologis serta spiritual.
- 3) **Caring Moment** : Setiap interaksi antara perawat dan pasien merupakan kesempatan untuk menciptakan momen caring yang bermakna.
- 4) **The Human Caring Science** : Keperawatan harus dipandang sebagai ilmu yang berbasis caring dan humanisme.

Jean Watson mengembangkan Human Caring Theory pada akhir tahun 1970-an sebagai respons terhadap praktik keperawatan yang cenderung berfokus pada aspek biomedis daripada aspek kemanusiaan. Teori ini bertujuan untuk menekankan pentingnya hubungan transpersonal antara perawat dan pasien serta bagaimana perhatian dan kasih sayang dapat mempengaruhi kesembuhan pasien (Watson, 2008).

Konsep utama dalam teori Watson adalah caring atau kepedulian. Ia percaya bahwa keperawatan yang didasarkan pada caring dapat menciptakan lingkungan penyembuhan yang lebih baik. Caring mencakup penghormatan terhadap martabat pasien, komunikasi yang empatik, dan pemenuhan kebutuhan holistik pasien (Watson, 2018).

b. **Sepuluh Faktor carative (Carative Factors) teori Caring**

Jean Watson mengembangkan **10 Carative Factors** sebagai prinsip dalam **Teori Caring**, yang menjadi dasar dalam praktik keperawatan berbasis kasih sayang. Berikut adalah penjelasan dari masing-masing faktor beserta contoh penerapannya dalam asuhan keperawatan:

1) *Formation of a Humanistic-Altruistic System of Values* (**Pembentukan Sistem Nilai Humanistik-Altruistik**)

Watson menekankan pentingnya menghormati martabat manusia dalam praktik keperawatan. Setiap pasien memiliki hak untuk mendapatkan perawatan yang memperhatikan kebutuhan fisik, emosional, dan spiritual mereka (Watson, 2012).

Contoh: Seorang perawat dengan tulus mendukung pasien lansia yang kesepian dengan mendengarkan keluhan kesahnya dan memberikan kata-kata yang menguatkan.

2) ***Instillation of Faith-Hope* (Menanamkan Harapan dan Keyakinan)**

Perawat harus membantu pasien dalam mempertahankan harapan dan keyakinan mereka, terutama dalam situasi kritis. Dukungan emosional dan spiritual dari perawat dapat membantu pasien dalam proses penyembuhan( Pajnkihar, M., McKenna, H. P., Štiglic, G., & Vrbnjak, 2017)

Contoh: Perawat menghibur pasien kanker yang menjalani kemoterapi dengan berbagi kisah sukses pasien lain yang berhasil sembuh setelah menjalani perawatan.

3) ***Cultivation of Sensitivity to Self and Others* (Mengembangkan Kepekaan terhadap Diri dan Orang Lain)**

Hubungan perawat-pasien harus didasarkan pada rasa percaya. Kepercayaan ini terbentuk melalui komunikasi yang jujur, empati, dan perhatian yang tulus terhadap kondisi pasien( Watson, 2012).

Contoh: Perawat menyadari bahwa pasien merasa takut sebelum operasi dan menawarkan pelukan atau kata-kata penyemangat untuk menenangkannya.

4) ***Development of a Helping-Trust Relationship* (Mengembangkan Hubungan Membantu dan Penuh Kepercayaan)**

Perawat harus mampu memahami dan merespons perasaan pasien secara empatik. Penghargaan terhadap emosi pasien dapat membantu mereka merasa lebih nyaman dan aman selama proses perawatan (Watson, 2008). Hubungan yang penuh kepercayaan antara perawat dan pasien sangat penting untuk meningkatkan efektivitas perawatan.

**Contoh:** Perawat membangun hubungan baik dengan pasien dengan selalu memperkenalkan

diri, berbicara dengan lembut, dan menanyakan kabar pasien setiap hari.

5) **Promotion and Acceptance of Positive and Negative Feelings (Menerima dan Mendorong Ekspresi Perasaan Positif dan Negatif)**

Perawat harus membantu pasien mengekspresikan emosinya, baik yang positif maupun negatif, tanpa merasa dihakimi.

**Contoh:** Seorang pasien pasca-operasi menangis karena kesakitan, dan perawat mendengarkan serta memberikan dukungan emosional sebelum memberikan perawatan lanjutan.

6) ***Systematic Use of the Scientific Problem-Solving Method* (Penggunaan Sistematis Metode Pemecahan Masalah Ilmiah dalam Pengambilan Keputusan Keperawatan)**

Meskipun teori Watson menekankan aspek kemanusiaan, ia juga mengakui pentingnya pendekatan berbasis bukti dalam pengambilan keputusan keperawatan. Perawat harus menggabungkan ilmu pengetahuan dengan seni caring dalam praktik keperawatan, (Watson, J., & Woodward, 2020).

**Contoh:** Seorang perawat melakukan asesmen menyeluruh sebelum memberikan intervensi kepada pasien yang mengalami nyeri akut akibat luka bakar.

7) **Promotion of Interpersonal Teaching-Learning (Mendorong Proses Pengajaran dan Pembelajaran Interpersonal)**

Perawat berperan sebagai pendidik yang membantu pasien memahami kondisi mereka dan cara mengelola kesehatannya.

**Contoh:** Perawat menjelaskan kepada pasien diabetes cara mengontrol kadar gula darah melalui pola makan sehat dan aktivitas fisik.



**8) Provision for a Supportive, Protective, and Corrective Mental, Physical, Societal, and Spiritual Environment (Menyediakan Lingkungan yang Mendukung, Melindungi, dan Memperbaiki Kesehatan Fisik, Mental, Sosial, dan Spiritual)**

Perawat harus menciptakan lingkungan yang nyaman dan mendukung kesembuhan pasien secara fisik, emosional, dan spiritual.

Contoh: Perawat menyesuaikan pencahayaan dan memberikan musik relaksasi di ruang perawatan pasien untuk menciptakan suasana yang nyaman.

**9) Assistance with Gratification of Human Needs (Membantu Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia)**

Kebutuhan dasar seperti kenyamanan, keamanan, dan kesejahteraan harus menjadi prioritas dalam asuhan keperawatan. Memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang memadai dapat meningkatkan proses penyembuhan mereka. Perawat harus memastikan kebutuhan dasar pasien (seperti makan, minum, tidur, dan kenyamanan) terpenuhi dengan baik.

Contoh: Perawat membantu pasien yang mengalami keterbatasan gerak untuk makan dan minum, serta memastikan mereka mendapatkan tidur yang cukup.

**10) Allowance for Existential-Phenomenological Forces (Membantu Pasien Menemukan Makna Hidup melalui Pendekatan Eksistensial dan Fenomenologis)**

Perawat membantu pasien menemukan makna dalam pengalaman hidupnya, baik dalam kondisi sehat maupun sakit.

**Contoh:** Seorang pasien terminal berbagi tentang ketakutannya menghadapi kematian, dan perawat

mendukungnya dengan mendengarkan serta memberikan bimbingan spiritual.

**c. Tujuh Asumsi Dasar Teori Caring Jean Watson**

Selanjutnya Watson mengemukakan **tujuh asumsi dasar** yang menjadi landasan konsep caring dalam praktik keperawatan, (Smith & Parker, 2015)

**1) Caring hanya bisa efektif jika dilakukan secara interpersonal**

Caring bukan sekadar tindakan teknis, tetapi membutuhkan keterlibatan emosional dan hubungan antara perawat dan pasien.

**2) Caring terdiri dari faktor-faktor yang dapat meningkatkan pertumbuhan manusia**

Faktor-faktor caring yang diterapkan oleh perawat dapat membantu pasien mencapai pertumbuhan pribadi dan meningkatkan kesejahteraannya.

**3) Caring melibatkan respons yang mendalam dan unik terhadap setiap individu**

Setiap individu memiliki kebutuhan yang berbeda, sehingga perawatan harus diberikan dengan memperhatikan perbedaan dan nilai-nilai unik pasien.

**4) Caring memfasilitasi dan mempertahankan kesehatan serta perkembangan individu**

Caring berkontribusi pada kesejahteraan pasien secara fisik, mental, dan spiritual.

**5) Caring lebih efektif dibandingkan pendekatan ilmu kesehatan lainnya dalam menyembuhkan penyakit**

Perhatian dan kasih sayang dapat meningkatkan proses penyembuhan pasien secara holistik.

**6) Caring merupakan inti dari keperawatan**

Keperawatan bukan hanya tentang prosedur medis, tetapi juga tentang membangun hubungan yang penuh empati dan perhatian terhadap pasien.

7) **Praktik caring memperkuat sistem sosial melalui nilai-nilai manusiawi**

Caring yang diterapkan dalam praktik keperawatan dapat membantu menciptakan lingkungan yang lebih manusiawi dalam sistem pelayanan kesehatan.

4. **Penerapan Teori *Caring* dalam setiap tahap proses keperawatan**

a. Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data tentang kondisi pasien secara holistik. Dalam teori caring, pengkajian dilakukan dengan empati, kehadiran penuh (*full presence*), dan komunikasi terapeutik. Perawat tidak hanya mengumpulkan data fisik pasien tetapi juga memahami pengalaman, nilai-nilai, dan kepercayaan pasien terhadap kesehatannya. Contohnya, dalam merawat pasien dengan penyakit kronis, perawat menggali lebih dalam perasaan pasien terkait penyakitnya serta bagaimana kondisi tersebut memengaruhi aspek emosional dan spiritualnya, (Potter, P.A., dan Perry, A .G., 2009)

b. Diagnosis Keperawatan

**Diagnosis keperawatan** yang mencerminkan kebutuhan fisik, psikososial, dan spiritual pasien. Dalam teori Watson, diagnosis tidak hanya didasarkan pada gejala medis tetapi juga pada pengalaman unik pasien. Sebagai contoh, pasien kanker yang mengalami nyeri mungkin memiliki diagnosis keperawatan seperti "**Distress spiritual berhubungan dengan ketidakpastian prognosis penyakit**". Pendekatan ini memungkinkan perawat memberikan intervensi yang lebih bermakna sesuai dengan kebutuhan holistik pasien.

c. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dalam teori caring menekankan pemberian asuhan yang penuh kasih sayang, mendukung, dan memperhatikan aspek emosional serta spiritual pasien. Watson mengusulkan "**Carative Factors**", yaitu elemen-elemen dalam perawatan yang menciptakan lingkungan penyembuhan. Contohnya, dalam perawatan pasien terminal, perawat tidak hanya memberikan manajemen nyeri tetapi juga mendukung pasien dalam mengekspresikan perasaan dan harapan hidupnya.

d. **Implementasi**

Tahap implementasi, perawat menjalankan intervensi dengan penuh perhatian dan kehadiran terapeutik. Salah satu prinsip dalam teori Watson adalah **sentuhan terapeutik**, di mana perawat menggunakan sentuhan lembut untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien. Selain itu, teknik komunikasi seperti **mendengarkan aktif, memberikan kata-kata yang menenangkan, dan menunjukkan empati** menjadi bagian dari implementasi caring.

e. **Evaluasi Berbasis Caring**

Evaluasi dalam proses keperawatan tidak hanya menilai perubahan kondisi fisik pasien, tetapi juga perubahan dalam aspek psikososial dan spiritual. Dalam teori Watson, evaluasi caring dilakukan dengan menanyakan perasaan pasien tentang perawatan yang diterimanya. Misalnya, pasien yang mengalami depresi dapat dievaluasi melalui perubahan suasana hati, keterlibatan dalam aktivitas, dan kepuasan terhadap hubungan dengan perawat.



Gambar : Penerapan caring dalam pelayanan keperawatan

## 5. Kesimpulan

Teori Caring Jean Watson menekankan pentingnya kasih sayang, empati, dan hubungan transpersonal dalam keperawatan. Teori ini juga berkontribusi dalam memperkuat paradigma keperawatan yang menempatkan manusia sebagai pusat dari pelayanan kesehatan. Teori keperawatan Jean Watson, diharapkan perawat dapat lebih memahami pentingnya peran mereka dalam memberikan perawatan yang bersifat holistik dan penuh kasih sayang. Watson menekankan bahwa perawatan yang diberikan dengan cinta dan empati tidak hanya bermanfaat bagi pasien, tetapi juga bagi perawat itu sendiri, karena dapat meningkatkan rasa kepuasan dan makna dalam profesi mereka. Oleh karena itu, penerapan teori ini menjadi semakin relevan dalam menghadapi tantangan dan kompleksitas dalam dunia keperawatan saat ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Pajnkihar, M., McKenna, H. P., Štiglic, G., & Vrbnjak, D. (2017). Fit for practice: Analysis and evaluation of Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 243-252., 30(3), 243-252.
- Watson, J., & Woodward, T. K. (2020). *Jean Watson's theory of human caring*. F.A. Davis.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing*. (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Potter, P.A., dan Perry, A .G. (2009). *Fundamental of Nursing; Concept, Proses and Practice*. St. Louis: Mosby.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). Nursing theories & nursing practice. In *Nursing Theories and Nursing Practice*.

## BIODATA PENULIS



**Dr. Hj. Ernawati,SKp, M.Kep** lahir di Padang, 23 Juli 1969. Menyelesaikan pendidikan S1 di PSIK UNPAD, S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan S3 di Prodi Doktor MIPA Universitas Jambi, Sampai saat ini penulis aktif sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi.

# BAB 13

## Teori Keperawatan Dorothea Orem

\*Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)\*

### A. Pendahuluan

Konsep yang dikemukakan oleh Orem dikenal dengan *Model Self Care* yaitu model konsep yang menggambarkan bahwa bentuk pelayanan keperawatan dipandang dari suatu pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan individu dalam memenuhi kebutuhan dasar dengan tujuan mempertahankan kehidupan, kesehatan, kesejahteraan sesuai dengan keadaan sehat dan sakit, yang ditekankan pada kebutuhan klien tentang perawatan diri sendiri (Widuri, 2022).

### B. Teori Keperawatan Dorothea Orem

#### 1. Perkembangan Teori Dorothea Orem

Dorothea Elizabeth Orem lahir di Baltimore Maryland, pada tahun 1914. Orem dikenal sebagai pendiri Teori Keperawatan Orem yang menyatakan bahwa keperawatan diperlukan ketika kemampuan perawatan diri seseorang lebih rendah dari kebutuhan perawatan diri yang seimbang.



Gambar 1. Dorothea Elizabeth Orem



Menurut Orem, asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu dalam memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan, dan mencapai kesejahteraan. Teori Orem ini dikenal sebagai *Self-Care Deficit theory*.

Kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri (*self care agency*) merupakan kekuatan atau kemampuan individu yang berhubungan dengan perkiraan dan esensial operasi produksi untuk perawatan diri. *Self care agency* ini dipengaruhi oleh usia, status perkembangan, pengalaman hidup, orientasi sosial budaya, kesehatan, dan sumber daya yang tersedia.

## 2. Teori-teori Orem

Orem melabeli teorinya sebagai teori umum yang terdiri dari tiga teori terkait yaitu : teori *self-care*, teori *self-care deficit*, dan teori *nursing system* (Asmadi, 2005), sebagai berikut :

### a. Teori *Self Care*

Di dalam teori *self care* disebutkan pula mengenai *therapeutic self care demand*, yaitu totalitas aktivitas perawatan diri yang dilakukan untuk jangka waktu tertentu guna memenuhi kebutuhan perawatan diri dengan menggunakan metode yang valid.

Orem mengidentifikasi tiga prinsip perawatan diri (Masters, 2015) yaitu :

- 1) perawatan diri secara universal, mencakup delapan komponen kebutuhan;
- 2) perawatan diri yang berhubungan dengan perkembangan atau siklus kehidupan manusia;
- 3) perawatan diri yang berhubungan dengan masalah kesehatan.

Kebutuhan perawatan diri menurut Orem terdiri dari delapan komponen yang meliputi : pemeliharaan udara, air/cairan, makanan, proses eliminasi normal, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat, keseimbangan antara solitude dan interaksi sosial,

pencegahan bahaya bagi kehidupan, fungsi, dan kesejahteraan manusia, serta upaya meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan keinginan untuk normal. Kebutuhan perawatan diri ini sifatnya umum bagi setiap manusia, berkaitan dengan proses kehidupan dan pemeliharaan integritas struktur dan fungsi manusia.

b. *Teori Self care Deficit*

Teori *Self care Deficit* merupakan inti dari *General Theory of Nursing* yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa manusia dapat dibantu melalui ilmu keperawatan serta kapan keperawatan diperlukan. Defisit perawatan diri ini terjadi ketika seseorang tidak dapat dapat memelihara diri mereka sendiri.

Asuhan keperawatan diberikan pada saat kemampuan seseorang lebih kecil daripada kebutuhannya atau saat kemampuan seseorang setara dengan kebutuhannya tetapi kemungkinan akan terjadi penurunan kemampuan di kemudian hari yang tidak setara dengan peningkatan kebutuhan. Peran perawat dalam hal ini dibutuhkan ketika seseorang memerlukan asuhan keperawatan karena ketidakmampuannya merawat diri.

Bantuan yang diberikan perawat dapat dilakukan melalui beberapa metode. Ada lima metode bantuan menurut Orem (Alligood, 2014) yaitu : 1) bertindak atau melakukan suatu tindakan untuk orang lain (klien); 2) memberikan petunjuk dan pengarahan; 3) memberi dukungan fisik dan psikis; 4) memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal; dan 5) Pendidikan, perawat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *self care*. Oleh karena itu, untuk dapat memberi bantuan perawatan, diperlukan sebuah *nursing agency*. *Nursing agency*

merupakan kemampuan khusus yang dimiliki perawat dalam memberikan perawatan kepada klien.

Menurut Orem, cara kerja atau aktivitas perawat dalam menjalankan praktik keperawatan mencakup beberapa area, yaitu : 1) membina dan memelihara hubungan terapeutik antara perawat dan klien, baik individu, keluarga maupun kelompok sampai klien mampu merawat dirinya; 2) menentukan kapan seseorang membutuhkan bantuan atau dapat dibantu; 3) memperhatikan dan merespon permintaan, keinginan, dan kebutuhan klien untuk mendapatkan bantuan perawat; 4) menjelaskan, memberikan dan melindungi klien secara langsung dalam bentuk keperawatan; 5) mengkoordinasikan dan mengintegrasikan keperawatan bersama klien terkait dengan aktivitas sehari-hari, kehidupan sosial dan pendidikan.

c. Teori *Nursing System*

Perawat membentuk sistem keperawatan dengan menggunakan kemampuan dalam menetapkan, merancang, dan memberi perawatan kepada klien, baik individu maupun kelompok, melalui beberapa aksi. Teori *Nursing System* (sistem keperawatan) membahas bagaimana kebutuhan perawatan diri klien dapat dipenuhi oleh perawat, klien, atau keduanya. Sistem keperawatan ini ditentukan atau disusun berdasarkan kebutuhan perawatan diri dan kemampuan klien untuk melakukan perawatan diri.

Sistem keperawatan dalam perawatan diri terhadap klien dilakukan dengan memperhatikan tingkat ketergantungan atau kebutuhan serta kemampuan klien. Oleh karena itu, ada tiga klasifikasi sistem keperawatan dalam perawatan diri, antara lain : 1) *wholly compensatory nursing system*: perawat berperan penuh dalam menyelesaikan pemenuhan kebutuhan klien dengan memperhatikan kondisi klien terkait keselamatan dan dukungan terhadap klien. Perawat memberi bantuan

kepada klien karena tingkat ketergantungan klien yang tinggi; 2) *partly compensatory nursing system*: perawat berperan sebagian saja dalam proses perawatan klien, sedangkan sebagian lagi dibutuhkan tindakan dari klien. Perawat dan klien saling bekerjasama dalam melakukan tindakan keperawatan.; 3) *supportive-educative nursing system*, klien melakukan perawatan diri dengan bantuan perawat (*supportive* dan *educative*) saat klien sudah mampu melakukannya.

Teori keperawatan defisit perawatan diri adalah sebuah teori yang terdiri dari gabungan empat teori (Lilis Lestari & Ramadhaniyati, 2018) yang saling berhubungan yaitu :

- a. Teori perawatan diri (*Self-Care Theory*), teori yang menjelaskan tentang alasan manusia melakukan perawatan diri dan menerangkan bagaimana cara melakukan perawatan diri.
  - b. Teori ketergantungan perawatan (*Self-Care Dependent Care Agency*) : teori yang menjelaskan tentang cara keluarga atau teman-teman membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri untuk orang yang membutuhkan.
  - c. Teori defisit perawatan diri (*Self-Care Deficit*) : teori yang menjelaskan tentang mengapa individu membutuhkan perawatan diri dan layak untuk dibantu dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.
  - d. Teori sistem keperawatan (*Nursing System Theory*) : teori yang menjelaskan tentang hubungan antara perawat dengan pasien yang selalu dijaga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien
3. Paradigma Model Keperawatan Dorothea Orem

Paradigma model keperawatan Dorothea Orem (Rofli, 2021) dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Manusia

Manusia merupakan makhluk unik yang berbeda sebagai makhluk biopsikososio. Orem mempercayai bahwa individu memiliki kecenderungan untuk belajar

dan berkembang. Faktor yang mempengaruhi kecenderungan belajar termasuk umur, kapasitas mental, budaya, social dan status emosional dari individu. Jika seseorang tidak dapat mempelajari langkah perawatan diri, yang lainnya harus dapat merawat dan membuktikannya (Orem et al., 2001).

b. Kesehatan

Orem mendefinisikan tentang kesehatan sebagai status fisik, mental dan kehidupan sosial, tidak hanya mengenai kelemahan fisik atau penyakit. Dia menyatakan bahwa fisik, mental, hubungan interpersonal dan hubungan sosial merupakan aspek dari kesehatan yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari individu. Orem juga mempersembahkan dasar kesehatan pada konsep perawatan diri preventif. Perawatan kesehatan termasuk peningkatan dan pemeliharaan dari kesehatan (*primary prevention*), perawatan dari penyakit/luka (*secondary prevention*), dan komplikasi dari pencegahan (*tertiary prevention*) (Orem et al., 2001).

c. Lingkungan

Kondisi lingkungan dibagi dua, yaitu lingkungan eksternal fisik dan lingkungan psikososial. Pengembangan lingkungan dilakukan dengan meningkatkan pengembangan individu melalui motivasi untuk membangun tujuan yang tepat dan mengatur perilaku untuk meraih tujuan tersebut. Lingkungan dapat berpengaruh positif maupun negative terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan self care (Orem et al., 2001).

d. Keperawatan

Intervensi keperawatan yang disusun dengan harapan dapat diberikan untuk memenuhi kebutuhan terhadap perawatan diri klien. Penerapan intervensi terapeutik diharapkan mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri yang tidak mampu klien penuhi.

4. Teori Orem dan Proses Keperawatan

Orem menjelaskan tiga tahap proses keperawatan. (Hartweg, 2013), yaitu :

- a. Diagnosa dan resep keperawatan Tahap ini menjelaskan mengapa keperawatan diperlukan. Analisa dan interpretasi membuat keputusan tentang perawatan diri, juga memberikan manajemen kasus. Diagnosa keperawatan penting untuk pemeriksaan dan pengumpulan data tentang kemampuan pasien dalam perawatan diri dan kebutuhan akan terapi perawatan diri serta hubungan antara keduanya.
- b. Merancang system keperawatan dan merencanakan pelaksanaan perawatan diri Merancang system keperawatan yang efektif dan efisien menghasilkan data yang valid tentang kondisi pasien. Rancangan ini termasuk peran dari perawat dan pasien dalam hubungan melakukan self care, mengatur kebutuhan terapi perawatan diri , melindungi pengembangan kemampuan perawatan diri.
- c. Produksi dan manajemen sistem keperawatan (*Planning and Controlling*). Pengaturan sistem keperawatan dihasilkan ketika berinteraksi dengan pasien secara terus menerus untuk mencapai kemampuan terapi perawatan diri yang telah ditentukan dan mengatur kemampuan untuk mengembangkan perawatan diri. Di tahap ini, tindakan perawat adalah menghasilkan dan mengatur system keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2005. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Hartweg, D. L., 2013. *Dorothea Orem : Self-Care Deficit Theory*. s.l.:Sage Academic Books, diakses 9 Februari 2025.
- Lilis Lestari & Ramadhaniyati, 2018. *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Masters, K., 2015. *Nursing Theories : A Framework for Professional Practice*. Second ed. rlington: Jones & Bartlett Learning.
- Rofli, M., 2021. *Teori dan Fasafah Keperawatan*. Semarang: FK UNDIP.
- Widuri, 2022. *Buku Ajar Falsafah dan Teori Keperawatan*. Kediri: Lembaga Chakra Brahmanda Lentera.

## BIODATA PENULIS



**Maya D.C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)**, dilahirkan di Ambon, 04 Desember 1973. Menyelesaikan pendidikan awal DIII Pendidikan Ahli Madya Keperawatan (PAMK) Depkes Ambon, kemudian melanjutkan pendidikan DIV Keperawatan di Universitas Hassanudin Makassar dan S2 di Universitas Diponegoro Semarang. Sejak tahun 1999 penulis menjadi staf pengajar di Prodi DIII Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku sampai saat ini.



# BAB 14

## Teori Keperawatan Sister Callista Roy

\*Ns. Zuliya Indah Fatmawati, S.Kep.,M.Kep\*

### A. Pendahuluan

Sister Callista Roy adalah seorang tokoh keperawatan yang lahir pada tanggal 14 Oktober 1939 di Los Angeles California. Roy menyelesaikan pendidikan Bachelor of art nursing pada tahun 1963 dari Mount Saint Marys College dan Magister Saint in Pediatric Nursing pada tahun 1966 di University of California Los Angeles (Alligod, 2017). Beliau adalah seorang ahli teori keperawatan, profesor, dan penulis juga dikenal karena karyanya yang inovatif dalam menciptakan Model Adaptasi Keperawatan. Sister Callista Roy telah menerima banyak penghargaan atas kontribusinya di bidang keperawatan, termasuk penghargaan sebagai Fellow of the American Academy of Nursing. Ia juga telah menulis banyak artikel dan buku tentang teori keperawatan dan praktik keperawatan (Siokal, Patmawati, & Sudarman, 2017). Roy mengawali aplikasi keilmuannya dengan teori adaptasi keperawatan pada tahun 1964 ketika lulus dari University of California Los Angeles (Laili & Nursanti, 2024).

### B. Konsep Teori Keperawatan Model Adaptasi Roy

#### 1. Definisi Adaptasi

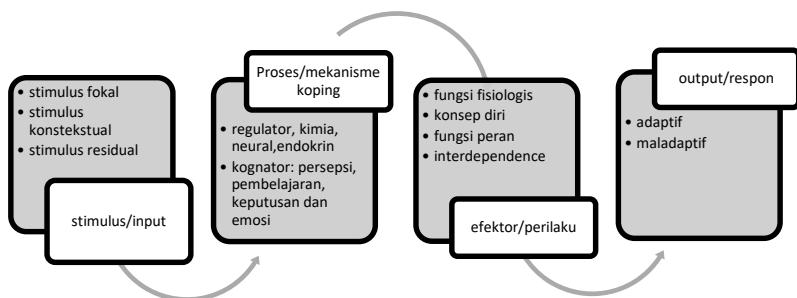
Adaptasi dapat diartikan sebagai penyesuaian diri dengan kondisi lingkungan sekitarnya. Adaptasi bertujuan untuk mempertahankan kemampuan seseorang untuk mampu menyesuaikan diri terhadap stressor yang berasal dari lingkungan dan berbagai macam tuntutan dengan baik (Alligod, 2017). Menurut Roy adaptasi adalah proses dari

pikiran dan emosi manusia baik secara individu maupun berkelompok, kesadaran dan kehendak untuk mewujudkan integrasi antara manusia dengan lingkungannya (Intan, Dahlia, & Kurnia, 2022). Teori Callista Roy menjelaskan bahwa seseorang dapat memperbaiki kualitas kesehatan dengan cara menyesuaikan perilaku dan menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitarnya (Suwondo, 2023). Proses adaptasi dari setiap individu memiliki perbedaan sehingga dalam teori adaptasi Roy perawat dituntut untuk dapat memahami bagaimana proses adaptasi pada setiap klien saat menghadapi sakit, menjalani proses penyakit, dan proses penyembuhan baik secara fisik maupun psikologis (Meihati & Irna, 2024).

Roy menjelaskan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi yang saling berhubungan dengan empat mode respon adaptasi. Kondisi coping individu atau keadaan coping individu merupakan tingkat adaptasi seseorang. Teori Callista Roy memaparkan bahwa manusia sebagai makhluk holistik yang berinteraksi secara konstan dengan perubahan lingkungan sebagai sistem adaptif

## **2. Dasar Teori Adaptasi Roy**

Teori model adaptasi Roy merupakan sebuah gagasan yang mempelajari tentang proses adaptasi individu maupun kelompok yang dihasilkan dari sebuah pemikiran dan perasaan yang terintegrasi yaitu antara manusia dan lingkungan sekitar (Siokal, Patmawati, & Sudarman, 2017). Roy menjelaskan pada teorinya bahwa manusia merupakan makhluk special yang mempunyai kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan kondisi sekitar atau lingkungan (Suwondo, 2023). Teori adaptasi Roy memandang manusia sebagai bagian dari system adaptif yang sedang berproses dari stimulus dan coping yang dapat digambarkan dalam skema berikut :



Gambar 1. Skema Teori Adaptasi Roy

#### a. Input/stimulus

Roy mengidentifikasi bahwa input adalah stimulus yang menimbulkan respon dan terdiri atas beberapa jenis yaitu :

- 1) Stimulus fokal : stimulus yang berhadapan langsung dengan seseorang dan efeknya dapat terjadi segera
- 2) Stimulus kontekstual : stimulus yang berasal baik dari internal maupun eksternal dari diri manusia yang dapat diukur
- 3) Stimulus residual : stimulus tambahan yang belum bisa diobservasi langsung, contohnya pengetahuan dan pemahaman

#### b. Proses control/mekanisme koping

Mekanisme koping adalah respon atau mekanisme koping yang digunakan untuk merespon stimulus

- 1) Subsistem regulator  
Proses adaptasi melalui proses kimiawi, system saraf dan system endokrin
- 2) Subsistem kognator  
Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi

berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa

**c. Efektor/perilaku**

Konsep adaptasi Calista Roy adalah bagian dari proses internal dan berperan sebagai efektor sistem. Perilaku dalam konsep ini bertujuan untuk kemampuan penyesuaian dengan rangsangan, meliputi fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi

**d. Output/respon**

Output atau respon adalah hasil dari proses penerimaan stimulus hingga proses adaptasi yang berlangsung pada individu. Output dapat berupa respon yang adaptif maupun maladaptive.

**1) Kemampuan adaptasi adaptif**

Kemampuan untuk beradaptasi dengan lingkungan dalam menjunjung tinggi norma-norma kemandirian sosial dan pribadi yang sesuai dengan usia dan kelompok budayanya adalah contoh perilaku adaptif.

**2) Kemampuan adaptasi maladaptive**

Perilaku seseorang yang menunjukkan ketidakmampuan dalam memodifikasi atau beradaptasi dengan lingkungannya dianggap sebagai perilaku maladaptif. Karena menghalangi kemampuan seseorang untuk menerapkan perilaku adaptif dalam tugas sehari-hari, perilaku maladaptif tidak diinginkan

**3. Paradigma Keperawatan Menurut Roy**

Menurut model teori adaptasi Roy, komponen paradigma keperawatan yang terdiri dari manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan yang terkait merupakan bagian yang paling penting dalam proses adaptasi (Alligod,

2017). Teori adaptasi Roy menyebutkan bahwa faktor-faktor berikut ini mempengaruhi kemampuan beradaptasi: manusia (pertumbuhan dan kedewasaan, kondisi psikologis), lingkungan (dukungan dari keluarga, rumah, dan lingkungan sekitarnya), kesehatan (kondisi fisik), dan keperawatan (Adelheid, 2022).

**a. Manusia**

Roy berpendapat bahwa manusia adalah makhluk yang holistik dan memiliki kemampuan untuk beradaptasi. Adaptasi manusia digambarkan sebagai sebuah sistem terintegrasi yang bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama. Selain itu, Roy mengartikan manusia sebagai makhluk biopsikososial atau holistik, individu yang termasuk dalam kelompok masyarakat, atau keluarga yang berada dalam suatu sistem. Manusia sebagai prioritas utama dalam pelayanan keperawatan

**b. Lingkungan**

Roy menyatakan bahwa proses adaptasi pada diri seseorang dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya. Hal ini dikarenakan menurut Roy, rangsangan lingkungan memaksa orang untuk terus beradaptasi untuk menghadapi masalah yang dihadapi.

**c. Kesehatan**

Menurut Roy, kesehatan tidak hanya diartikan sebagai kondisi tidak sakit atau mengalami stres, putus asa, atau kematian. Melainkan bahwa kesehatan yang baik juga mencakup kemampuan atau upaya untuk menghadapi masalah yang dapat menyebabkan penyakit, keputusasaan, stres, atau bahkan kematian

**d. Keperawatan**

Teori yang dirumuskan oleh Calista Roy berfokus pada peningkatan adaptasi untuk meningkatkan hasil kesehatan yang lebih baik, dengan proses keperawatan sebagai sarana untuk mencapai tujuan ini. Keperawatan, seperti yang dijelaskan oleh Roy, memerlukan penerapan proses keperawatan untuk mendukung

fungsi holistik dan berdampak positif terhadap kesehatan. Model adaptasi keperawatan lebih jauh menggambarkan kemajuan ilmu pengetahuan dan praktik profesi keperawatan, menekankan integrasi tujuan dan aktivitas keperawatan. Keperawatan mengupayakan peningkatan kapasitas seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan dengan cara memanfaatkan empat modalitas adaptasi: fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan. Upaya ini tidak hanya menumbuhkan integritas adaptasi tetapi juga berperan penting dalam peningkatan kesehatan manusia, peningkatan kualitas hidup, dan memfasilitasi transisi damai menuju kematian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adelheid, R. H. (2022). *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Alligod, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka (Terjemahan)*. Singapore: Elsevier.
- Intan, N., Dahlia, D., & Kurnia, D. A. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Fase Akut dengan Pendekatan Model Adaptasi Roy. *Jurnal Keperawatan Silampari*, Volume 5, Nomor 2.
- Laili, D., & Nursanti, I. (2024). Model Konsep Teori Adaptasi Roy pada Asuhan Keperawatan Anoreksia Nervosa. *Nusantara Hasana Jurnal*, Volume 3 No. 8 (Januari 2024), Page: 108-123.
- Meihati, M., & Irna, N. (2024). Aplikasi Konsep Model Teori Menurut Sister Calista Roy Pada Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Mellitus Rawat Inap. *Protein: Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, Volume 2, No. 2, Hal 28-38.
- Siokal, B., Patmawati, & Sudarman. (2017). *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Suwondo, P. E. (2023). Penggunaan Teori Keperawatan Callista Roy pada Pasien Penyakit Jantung. *Babul Ilmi\_Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, Vol. 15, No. 1, Hal. 267-276.

## BIODATA PENULIS



**Zuliya Indah Fatmawati, S.Kep., Ns., M.Kep** lahir di Kalimantan Tengah pada 17 Juli 1993. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Semarang dan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Diponegoro. Sampai saat ini penulis bekerja sebagai dosen di STIKES Borneo Cendekia Medika Pangkalan Bun, Kalimantan Tengah



# BAB 15

## Peran Penelitian Dalam Mengembangkan Teori Keperawatan

\*Dr. Indriani Yauri, MN\*

### A. Pendahuluan

Keperawatan, baik sebagai profesi maupun disiplin ilmu, telah berkembang secara signifikan dari waktu ke waktu, dengan landasan teoretisnya yang membentuk praktik, pendidikan, dan penelitian. Secara historis, keperawatan terutama didasarkan pada pengetahuan empiris dan keterampilan praktis yang diturunkan melalui model magang. Namun, seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan pendidikan pada abad ke-19 dan ke-20, kebutuhan akan kerangka teori yang terstruktur menjadi jelas. Pakar keperawatan awal, seperti Florence Nightingale, memperkenalkan pendekatan sistematis terhadap perawatan pasien, meletakkan dasar bagi perkembangan teori keperawatan.

Perkembangan teori keperawatan mendapatkan momentumnya pada pertengahan abad ke-20 ketika para ilmuwan seperti Virginia Henderson, Dorothea Orem, dan Jean Watson merumuskan model konseptual untuk memandu praktik keperawatan. Teori-teori ini bertujuan untuk mendefinisikan kontribusi unik keperawatan terhadap layanan kesehatan, membedakannya dari profesi medis lainnya. Saat ini, teori keperawatan terus berkembang, dipengaruhi oleh penemuan ilmiah, kemajuan teknologi, dan perubahan masyarakat. Penelitian memainkan peran penting dalam evolusi ini dengan memvalidasi, menyempurnakan, dan memperluas teori yang ada sekaligus menghasilkan model teoretis baru.

## **B. Peran Penelitian Dalam Mengembangkan Teori Keperawatan**

Penelitian berfungsi sebagai landasan bagi pengembangan teori keperawatan yang berkelanjutan. Ini memberikan bukti empiris yang menjadi dasar untuk pengembangan, perbaikan dan memastikan bahwa praktik keperawatan didasarkan pada prinsip-prinsip ilmiah. Integrasi penelitian ke dalam pengembangan teori terjadi melalui berbagai metode, termasuk studi kualitatif dan kuantitatif, tinjauan sistematis, dan meta-analisis. Kontribusi ini terjadi melalui beberapa cara di bawah ini.

### **1. Menghasilkan Pengetahuan Baru.**

- a. Pengetahuan baru dihasilkan melalui identifikasi kesenjangan pada bidang-bidang dalam praktik, perawatan pasien, dan hasil kesehatan dimana teori-teori yang ada saat ini tidak cukup untuk mengatasi kesenjangan tersebut, sehingga memberikan peluang untuk pengembangan teori baru. Contoh, Teori Keperawatan Transkultural pada tahun 1978 belum memperhitungkan perbedaan berbagai latar belakang budaya pasien dalam perawatan pasien. Melalui penelitian selanjutnya diketahui perlunya, teori ini di perbaiki melalui penelitian Keberagaman dan Universalitas Peduli Budaya (Leininger, 1991)
- b. Selain itu, penelitian empirik memberikan data dan wawasan yang menginformasikan penciptaan teori yang berbasis bukti dan didasarkan pada praktik. Kemajuan dibidang pelayanan kesehatan seperti telemedicine dan kecerdasan buatan menggerakkan kebutuhan akan teori baru. Salah satu contoh yaitu adopsi teknologi dan informatika keperawatan (McGonigle & Mastrian, 2021).

### **2. Menyempurnakan dan Memperbarui Teori Keperawatan.**

Penelitian menguji asumsi, konsep, dan proposisi teori keperawatan, memastikan validitasnya dalam berbagai konteks populasi. Hal ini dilakukan dengan membangun basis pengetahuan. Penelitian berkontribusi pada akumulasi pengetahuan secara sistematis yang penting untuk

mengembangkan teori keperawatan yang kuat dan komprehensif. Selanjutnya, penelitian dapat mengarah pada penyempurnaan teori yang ada agar lebih akurat dan dapat relevan. Selain itu, penelitian membantu menentukan apakah teori keperawatan dapat memprediksi hasil secara efektif, yang merupakan kriteria utama kegunaan teori tersebut. Untuk mencapai hal ini, sering kali memanfaatkan pengetahuan dari disiplin ilmu lain untuk membantu membentuk teori keperawatan yang *holistic* dan relevan dengan beragam konteks. Penelitian memfasilitasi integrasi berbagai teori, yang mengarah pada kerangka kerja yang komprehensif yang mengatasi masalah kesehatan yang kompleks. Pengembangan teori interdisiplin pada bidang psikologi dan ilmu saraf/*neuroscience* dilakukan oleh Watson (2008) pada teori "*Caring*" yang dikembangkan sebelumnya.

**3. Menguji Aplikasi Teori dalam Praktik.**

Untuk menguji relevansi praktis, penelitian memastikan bahwa teori keperawatan bukan hanya bersifat konseptual tapi juga dapat diterapkan di dunia keperawatan dalam dunia nyata. Selain itu, sebagai panduan intervensi, teori keperawatan yang dihasilkan dari penelitian memberikan kerangka kerja untuk merancang dan mengevaluasi intervensi keperawatan. Salah satu contoh yaitu pada pengujian aplikasi Teori tentang Kelelahan Perawat & Kesejahteraan Tempat Kerja, dihasilkan teori baru yaitu Teori Retensi Perawat (Laschinger., Wong., & Grau, 2013).

**4. Mempengaruhi Perkembangan Kebijakan Keperawatan.**

Teori-teori keperawatan yang berbasis penelitian menjadi sumber kebijakan kesehatan yaitu dengan memberikan dasar pemikiran bagi praktik keperawatan pasien dan strategi organisasi. Penelitian berdasarkan bukti memandu para pembuat kebijakan pelayanan kesehatan dalam membuat regulasi yang dapat meningkatkan perawatan pasien, praktik keperawatan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

**5. Meningkatkan Mutu Pendidikan Keperawatan dan Pengembangan Kurikulum.**

Penelitian dapat digunakan sebagai dasar pengembangan kurikulum pendidikan perawat. Pendidikan keperawatan menggabungkan teori-teori yang didukung oleh penelitian. Juga memastikan bahwa mahasiswa mempelajari pendekatan perawat berbasis bukti. Studi menunjukkan pentingnya praktik berbasis bukti pada pelatihan-pelatihan keperawatan. Penelitian ini memberikan dampak pada program-program keperawatan yang sekarang sudah menyiapkan matakuliah Praktik Berbasis Bukti agar dapat meningkatkan ketrampilan pengambilan keputusan klinik para perawat (Melnyk., & Fineout-Overholt, 2019).

Dapat disimpulkan bahwa penelitian merupakan factor kunci yang mendorong evolusi, validasi, dan kegunaan praktis teori keperawatan, dengan memastikan teori tersebut tetap relevan dan efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien dan sistem layanan kesehatan. Penelitian juga berfungsi sebagai pilar dasar dalam memandu kebijakan dan pendidikan keperawatan dengan memberikan wawasan berbasis bukti yang membentuk peraturan layanan kesehatan, pengembangan kurikulum, dan standar profesional. Melalui studi yang cermat, penelitian memberikan masukan bagi kebijakan mengenai staf perawat, keselamatan pasien, dan kepemimpinan, untuk memastikan bahwa praktik keperawatan selaras dengan kebutuhan layanan kesehatan yang terus berkembang. Selain itu, kemajuan pendidikan yang didorong oleh penelitian, seperti integrasi praktik berbasis bukti (EBP), pembelajaran berbasis simulasi, dan pelatihan kompetensi budaya, meningkatkan kompetensi keperawatan dan hasil pasien. Seiring dengan terus berkembangnya pelayanan kesehatan, penelitian yang berkelanjutan akan tetap penting dalam menyempurnakan kebijakan, meningkatkan pendidikan keperawatan, dan memastikan layanan berkualitas tinggi yang berpusat pada pasien. Dengan menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik, penelitian memberdayakan perawat untuk mendukung kebijakan yang lebih baik, menerapkan strategi pengajaran yang inovatif, dan berkontribusi pada sistem layanan kesehatan yang lebih efektif dan adil.



## DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR (2014). *Nursing theorists. And their work. Eighth edition*, St. Louis: Elsevier, 2-13.
- Fawcett, J. (2006). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Model. Second Edition*. USA: F.A Davis Company.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2013). "Authentic leadership, empowerment, and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses." *Journal of Nursing Management*, 21(3), 541-552.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press.
- McEwan, M., & Wills, E. M. (2021). *Theoretical basis for nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McGonigle, D., & Mastrian, K. G. (2021). *Nursing Informatics and the Foundation of Knowledge*. Jones & Bartlett Learning.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Roy, C. (2018). Key issues in nursing theory: Developments, challenges, and future directions. *Nursing Research*, 67(2), 81-92.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Revised ed.). University Press of Colorado.

## BIODATA PENULIS



**Dr. Indriani Yauri, MN** lahir di Makassar, pada 11 April 1967. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Keguruan DepKes Tidung Makassar, S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Menyelesaikan S2 dan S3 Keperawatan di Queensland University of Technology (QUT), Brisbane Australia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Keperawatan, Fakultas Kesehatan Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri, Jawa Timur.

# BAB 16

## Konsep Holistic Care

\*Ns. Andriani Mei Astuti, M.Kep\*

### A. Pendahuluan

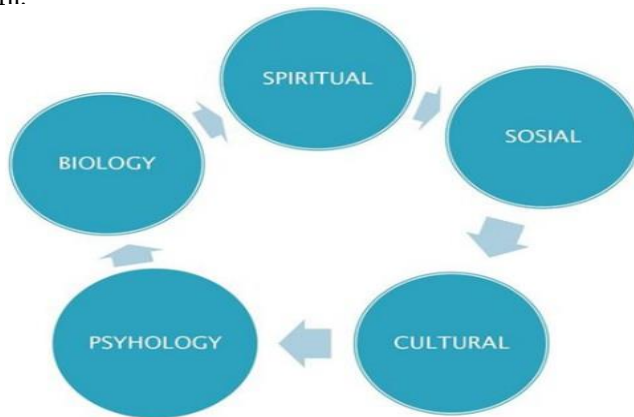
*Holistic* memiliki arti menyeluruh yang terdiri dari kata *holy* dan *healthy*. Pandangan holistik bermakna dalam keperawatan diperlukan suatu perubahan cara pikir masyarakat dan jenis pelayanan kesehatan yang ada didalamnya. Karena perubahan ini merupakan suatu proses terjadinya perpindahan dari status tetap menjadi yang bersifat dinamis, yaitu dapat menyesuaikan diri dari lingkungan yang ada untuk mencapai kesehatan yang optimal. Holistik merupakan suatu yang mendasari tindakan keperawatan seperti dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual. Dimensi ini merupakan suatu kesatuan yang utuh. Holistic care adalah pendekatan dalam perawatan yang memperhatikan individu secara menyeluruh, mencakup aspek fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual. Pendekatan ini tidak hanya fokus pada penyakit atau gejala yang dialami pasien, tetapi juga bagaimana kondisi tersebut memengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan.

Di dalam pelayanan pada klinik holistik care didasarkan pada konsep keperawatan holistik yang meyakini bahwa penyakit yang dialami seseorang bukan saja merupakan suatu masalah fisik yang dapat diselesaikan dengan pemberian semata. Dan pelayanan kesehatan ini memperlihatkan keutuhan aspek kehidupan sebagai manusia yang meliputi kehidupan jasmani, mental, sosial, dan spiritual yang saling mempengaruhi. Holistik dalam keperawatan memerlukan perubahan cara berpikir dan jenis pelayanan kesehatan yang ada di dalamnya. Di dalam



pelayanan pada klinik holistik care didasarkan pada konsep keperawatan holistik yang meyakini bahwa penyakit yang dialami oleh seseorang bukan hanya masalah mencakup fisik tapi mencakup kehidupan jasmani, mental, sosial dan spiritual yang saling mempengaruhi. Konsep holistik harus dipahami oleh perawat agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien oleh karena itu perawat harus memiliki pengetahuan sehingga dapat menjadi pedoman dalam memfasilitasi proses penyembuhan klien dan salah satu komponen penyembuh (Dossey, 2005).

Perawat holistik akan berperan sebagai role model kesehatan yang mengintegrasikan perawatan diri dalam kehidupan dan dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Untuk dapat memenuhi kebutuhan secara holistik dan unik diperlukan pendekatan yang komprehensif dan bersifat individual bagi tiap klien yaitu pendekatan biopsikososial dan spiritual (Dossey, 2008). Pendekatan holistik seperti terlihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 1. Pendekatan Keperawatan Holistik (Dossey, 2008).

Pendekatan holistik merupakan pendekatan yang menyeluruh, di mana semua pihak dilibatkan dan juga cara penyajiannya menggunakan berbagai cara yang dapat saling menunjang. Karakteristik holistik adalah bisa menghasilkan manusia seutuhnya di kehidupan masyarakat, menghasilkan

materi tentang kesatuan hingga kecerdasan intelektual hingga emosi dan tercapainya perkembangan ilmu pengetahuan dan perilaku keterampilan.

Nilai utama perawatan holistik dijabarkan sebagai berikut:

1. **Filosofi dan Pendidikan** - Menekankan bahwa asuhan yang holistik didasarkan pada suatu kerangka filosofi dan pengetahuan.
2. **Holistik Etik, Teori Keperawatan dan Riset** - Menekankan bahwa asuhan yang profesional didasarkan pada teori, diinformasikan oleh penelitian dan didasarkan oleh prinsip etik sebagai petunjuk praktik yang kompeten.
3. **Holistik Nurse Save Care** - Keyakinan bahwa perawat harus terlibat dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesehatan dan kesadaran pribadi sehingga perawat dapat melayani orang lain sebagai suatu alat sebagai proses penyembuhan seseorang.
4. **Holistic Communication, Therapeutic Environment and Cultural Competency** - Menekankan pada perkembangan untuk memanfaatkan pengkajian dan asuhan terapeutik yang mengacu pada pola, masalah dan kebutuhan klien dan suatu lingkungan yang mendukung proses penyembuhan pasien.
5. **Holistic caring process** - Menekankan pada perkembangan untuk memanfaatkan pengkajian dan asuhan terapeutik yang mengacu pada pola, masalah, dan kebutuhan klien dan suatu lingkungan yang mendukung proses penyembuhan pasien (Hudak & Gallo, 2010)

## **B. Proses Perawatan Holistik**

Keperawatan holistik meliputi proses pengkajian, penilaian, diagnosis, dan hasil, rencana terapeutik perawatan, implementasi dan evaluasi. Adapun bagian dari perawatan holistik antara lain (Dewi and Puspawati, 2022):

1. **Komunikasi Secara Holistik**

Komunikasi holistik merupakan suatu seni berbagi dalam melakukan komunikasi. Di mana dalam komunikasi ini melibatkan pasien sebagai objek dan kehadiran perawat

sebagai pemberi perhatian yang tulus, tidak menghakimi, penuh kasih dan berdiskusi dengan cara menghargai sudut pandang pasien.

Dapat ditunjukkan melalui komunikasi nonverbal misalnya menjaga kontak mata dan wajah yang menyiratkan ekspresi dan kesediaan perawat untuk mendengarkan sudut pandang pasien. “mendengarkan secara aktif” adalah bentuk dasar komunikasi holistik, ini merupakan tindakan mendengarkan apa yang akan dikatakan pasien dan memberikan umpan balik ke pasien.

Tujuannya adalah untuk mendengarkan apa yang disampaikan oleh pasien secara empati, karena cara ini dapat membantu pasien merasa didengar dan dipahami.

## 2. *Holistic Nurse Self-care*

Perawatan yang holistik membutuhkan integrasi perawatan diri. Penting bagi perawat holistik untuk menyadari bahwa mereka tidak dapat memfasilitasi proses pemulihan pada pasien apabila perawat tersebut tidak mampu berada dalam proses penyembuhan diri. Hal ini dilandasi berdasarkan pengetahuan dan keterampilan serta pengalaman profesional yang dimiliki perawat tersebut. Seorang perawat holistik harus mampu menghargai diri mereka sendiri dan memobilisasi sumber daya yang diperlukan untuk merawat diri mereka sendiri. Perawat holistik akan berusaha mengintegrasikan kesadaran diri, perawatan diri, dan penyembuhan diri dengan terlibat dalam praktik seperti penilaian diri, meditasi, yoga, menjaga nutrisi yang baik. Perawat holistik berupaya mencapai keseimbangan dan harmoni dalam kehidupan mereka sendiri dan membantu orang lain melakukan hal sama.

## 3. *Spiritual dan Healing*

Pasien pada umumnya menginginkan perawatan spiritual, di mana dalam hal ini perawat perlu memahami sifat dan pentingnya spiritualitas dan kebutuhan untuk memberikan perawatan spiritual. Kajian dan kepercayaan individu terhadap lingkup spiritual memiliki pandangan

yang berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya. Oleh karena itu, penting bagi perawat saat ini untuk memahami konsep spiritualitas agar dapat menawarkan esensi keperawatan holistik. Spiritualitas dan penyembuhan didefinisikan sebagai komponen penting dari keutuhan individu yang dilakukan sepanjang hidup mereka.

Spiritualitas dinyatakan sebagai agama dan melibatkan ritual tertentu dan perilaku yang unik pada kehidupan mereka. Sebagian orang beranggapan bahwa spiritualitas memiliki makna yang lebih luas dari agama dan tidak dapat didefinisikan dengan Tindakan belaka. Karena makna spiritual didasari oleh kepercayaan terhadap hubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, kekuatan kreatif, makhluk ilahi atau sumber energi yang tak terbatas.

Perawat holistik percaya pada efektivitas perawatan spiritual dan menggunakan spiritual dalam intervensi ketika pasien mengalami situasi emosional yang kompleks dan serius. Ketika perawatan spiritual diberikan, pasien dapat mengalami kedamaian batin, relaksasi fisik dan penurunan rasa sakit fisik dalam proses penyembuhan

Kesejahteraan holistik adalah inti dari keperawatan holistik. Kesejahteraan holistik inilah yang harus diperhatikan oleh perawat holistik. Perawat memiliki tanggung jawab untuk menerapkan perawatan holistik kepada pasien dalam praktik keperawatan. Kesejahteraan holistik dipandang memiliki tujuh dimensi yaitu dimensi kesejahteraan lingkungan, kesejahteraan fisik, kesejahteraan emosional, kesejahteraan intelektual, kesejahteraan spiritual, kesejahteraan sosial, dan kesejahteraan kerja (Don West, Jr, 2018).



Gambar 2. Tujuh Dimensi Keperawatan Holistik (Don West, Jr, 2018)

Setiap dimensi berkontribusi pada rasa kesejahteraan atau kualitas hidup individu dan masing-masing memengaruhi dan tumpang tindih dengan yang lain. Terkadang satu dimensi mungkin lebih menonjol daripada yang lain, tetapi pengabaian satu dimensi untuk jangka waktu yang lama mungkin memiliki efek buruk pada kesehatan secara keseluruhan dan sering kali merupakan penyebab "penyakit."

4. Macam-macam cabang penyembuhan holistic
  - a. Holistic tradisional

Suatu teknik penyembuhan yang memanfaatkan alam dengan prinsip holisme, berawal sejak ribuan tahun lalu. Biasa disebut sebagai penyembuhan/pengobatan alternatif atau pengobatan tradisional. Yang termasuk holistik tradisional adalah akupunktur, akupresur, herbal, ayurveda, urotherapy, pranic healing, apitherapy, dan lain-lain. Gelar para praktisinya bermacam-macam. Ada yang disebut sebagai tabib, sin-se, dukun, dan lain-lain.

b. Holistic Modern

Suatu teknik penyembuhan yang menggabungkan penyembuhan tradisional/kuno dengan teknologi dan sains modern yang memanfaatkan alam dengan prinsip holisme. Holistic modern berawal sekitar 200 tahun yang lalu dengan adanya *homeopathy*. Yang termasuk holistik modern adalah *homeopathy*, *osteopathy*, *ananopathy*, psikologi hipnotis, *naturopathy modern*, dan sebagainya.

c. Holistic Modern Ananopathy

Ananopathy adalah gabungan teknik pengobatan alternatif tradisional/kuno dengan teknologi dan sains modern, dimana tujuannya adalah menyembuhkan, bukan sekedar merawat. Pengobatan *Ananopathy* fokus pada akar penyakit, bukan pada gejala; merawat manusia secara keseluruhan (whole), bukan pada apa yang tampak saja. Teknik yang digunakan adalah dengan menggunakan Hukum Alam, Hukum Sebab-Akibat, perbaikan pola makan dan gaya hidup, penggunaan bahan-bahan alami, yang diterapkan dengan basis alam dan sains modern.

5. Teknik Pengobatan dan Penerapan Holistic Care

Pengobatan Holistic adalah, Pengobatan dengan menggunakan Konsep Menyeluruh, yaitu keterpaduan antara Jiwa dan raga, dengan method Alamiah yang ilmiah, serta ilahiah yang mana Tubuh manusia merupakan keterpaduan system yang sangat Kompleks, dan saling berinteraksi satu sama lainnya dengan sangat kompak dan otomatis terganggunya satu fungsi/ elemen / unsure tubuh manusia dapat mempengaruhi fungsi yang lainnya. Metode Pengobatan Holistic yang di Kembangkan antara lain:

- a. Pengaturan Pola hidup dan Pola makan dengan gizi dan kebutuhan berimbang
- b. Rileksasi, dengan konsep Meditasi Penyembuhan
- c. Stimulasi Otak dengan tehnik perangsangan alamiah
- d. Silaturahmi Doktrin

e. Pancaran Bio energy (Pranaisasi)

Pendekatan holistik care dalam keperawatan mencakup intervensi yang berfokus pada respons pasien yang menyembuhkan orang secara menyeluruh dan membantu adanya keseimbangan, terapi, dan seni penyembuhan yang dilakukan sendiri bukanlah esensi dari holisme dan kesehatan. Perawat holistik membantu pasien untuk bertanggung jawab pada kesehatan pribadi dengan berperan sebagai role model kesehatan yang mengintegrasikan perawatan diri dalam kehidupan dan dilakukan pada kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan *American Holistic Nurses Association*, hal ini akan membantu pasien mengatasi stres dan memberi banyak energi untuk membantu pasien dengan membentuk keseimbangan antara apa yang diberikan kepada diri sendiri dan apa yang diberikan kepada orang lain sama (BJN, 2022). Pendekatan holistik care terlihat menekankan pada pasien secara komprehensif memperhatikan nilai manusia, yang mempunyai nilai individu yang memiliki keyakinan, perasaan dan kemampuan berpikir dan mengambil keputusan. Pada pelayanan holistik hanya bisa dilakukan oleh perawat yang mempunyai perilaku caring yaitu menggunakan hati, kognitif dan *touch*. Bersikap caring untuk pasien dan bekerja bersama dengan pasien dari berbagai lingkungan merupakan esensi positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial (Watson, 2009).

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfons, G. D., Endojowatiningsih, M. H. and Rohi, Y. U. (2020) 'Implementasi Misi Holistik Bagi Tim Paliatif Rumah Sakit Baptis Batu Jawa Timur', *Missio Ecclesiae*, 9(1), pp. 79–94. doi: 10.52157/me.v9i1.110.
- Alligood, R. M. (2017) *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. 8th edn. Singapore: Elsevier.
- Anderson, E.T., & McFarlane, J.M. (2011). *Community as Partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Bambang Siswanto, Sri Setiawati, Ontran Sumantri Riyanto, (2022). Juridical Aspects Of Complementary Traditional Medicine In Indonesia. *International Journal of Educational Research & Social Sciences* , Vol. 3 (No. 1).
- BJN (2022) 'Self-management support for older adults with chronic illness: implications for nursing practice', *British Journal of Nursing*, 31(2). Available at: <https://www.britishjournalofnursing.com/content/professional/self-management-support-for-older-adults-with-chronic-illness-implications-for-nursing-practice/>.
- Dossey, B. M., Keegan, L. and Guzzetta (2013) *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. 4th edn. USA: Jones and Bartlett Publishers.
- Kinchen, E. (2022). Holistic Nurse Practitioner Care Including Promotion of Shared Decision-Making. *Journal of Holistic Nursing*, 40(4), 326–335. <https://doi.org/10.1177/08980101211062704>
- Pradana, A.A. (2021) 'Pengantar Terapi Komplementer dan Keperawatan Holistik'.
- Reji R K, Sushma K Saini, (2022). Critical Thinking and Decision Making: Essential Skills in Nursing. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences* 13,61–67. <https://doi.org/10.26452/ijrps.v13i1.21>



RI, K. K., (2018). Peraturan Menteri kesehatan tentang Pelayanan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan Tradisional komplementer. [Online].

## BIODATA PENULIS



### **Ns. Andriani Mei Astuti, M.Kep**

Penulis Lahir di Kota Langsa, pada 23 Mei 1990. Penulis aktif dalam menulis buku dan peneliti di bidang Keperawatan dan Kesehatan. Ketertarikan penulis terhadap profesi perawat dimulai pada tahun 2009. Hal tersebut membuat penulis memilih dan menyelesaikan Pendidikan S1-Keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Magister (S-2) Keperawatan peminatan Manajemen Keperawatan ke Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara pada tahun 2016. Penulis saat ini berkeja sebagai Dosen Tetap di Universitas Duta Bangsa Surakarta.

Email Penulis : andrianimei90@gmail.com



PT MEDIA PUSTAKA INDO  
Jl. Merdeka RT4/RW2  
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah  
No hp. 0838 6333 3823  
Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)  
E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

