

BUNGA RAMPAI

KONSEP DASAR KEPERAWATAN



Ns. Bayu Azhar, M.Kep
Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd., SST., MPH
Sukma Yunita., S.Kep.,Ns.,M.Kep
Sarinah Siregar, M.Kes
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Winasari Dewi, M.Kep
Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M. Kep

Ns. Gilang Rahmatulloh, S.Kep, M.Kep
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes
Dra Neni Heryani, M.Kes
Juliana Neng Rifka Sarman., Ns., M.Kep
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Gita Adelia, M.Kep
Dr. Getruida Banon H Alow, SPd., M.Kes

BUNGA RAMPAI
KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Ns. Bayu Azhar, M.Kep
Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd., SST., MPH
Sukma Yunita., S.Kep.,Ns.,M.Kep
Sarinah Siregar, M.Kes
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Winasari Dewi, M.Kep
Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M. Kep
Ns. Gilang Rahmatulloh, S.Kep, M.Kep
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes
Dra Neni Heryani, M.Kes
Juliana Neng Rifka Sarman., Ns., M.Kep
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Gita Adelia, M.Kep
Dr. Getruida Banon H Alow, SPd., M.Kes



BUNGA RAMPAI
KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Penulis:

Ns. Bayu Azhar, M.Kep
Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd., SST., MPH
Sukma Yunita., S.Kep.,Ns.,M.Kep
Sarinah Siregar, M.Kes
Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom
Ns. Winasari Dewi, M.Kep
Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M. Kep
Ns. Gilang Rahmatulloh, S.Kep, M.Kep
Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes
Dra Neni Heryani, M.Kes
Juliana Neng Rifka Sarman., Ns., M.Kep
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Gita Adelia, M.Kep
Dr. Getruida Banon H Alow, SPd., M.Kes

ISBN :

978-623-8422-06-7

Editor Buku

Arfiyan Sukmadi, S.ST., M.Tr.Kep
Adius Kusnan, S.Kep.,M.Kes

Cetakan Pertama : 2023

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com
Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

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 Bunga Rampai ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul Konsep Dasar Keperawatan mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Konsep Dasar Keperawatan. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan Konsep Dasar Keperawatan dan 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, 21 September 2023

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Caring	1
A. Pendahuluan	1
B. Definisi Caring	1
C. Teori Caring	2
D. Faktor-Faktor yang memengaruhi caring perawat	4
E. Manfaat caring	6
BAB 2 Pertumbuhan dan Perkembangan	10
A. Pendahuluan	10
B. Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan	10
C. Tahap Pencapaian Tumbuh Kembang Anak	11
D. Faktor - faktor yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan	13
E. Kondisi yang Memengaruhi Lajunya Perkembangan Fisik - motorik Anak	15
BAB 3 Pengantar Profesi dan Keperawatan Profesional	18
A. Pendahuluan	18
B. Pengantar Profesi	18
C. Keperawatan Profesional	22
BAB 4 Konsep Sehat sakit	29
A. Definisi	29
B. Ciri-ciri Sehat dan Sakit	30
C. Paradigma Sehat-Sakit	31
D. Determinan Status Kesehatan	32
E. Hubungan Sehat - Sakit	32
F. Dimensi Kesehatan Prima	34
G. Komponen Kejadian Penyakit	36
H. Faktor-faktor yang memengaruhi Kesehatan	36

BAB 5 Evidence Based Nursing (EBN)	41
A. Pendahuluan	41
B. Pengertian Evidence Based Nursing (EBN)	42
C. Tujuan Evidence Based Nursing (EBN)	43
D. Prinsip Evidence Based Nursing(EBN)	44
E. Kekuatan dan Kelemahan Evidence Based Nursing	45
F. Langkah-Langkah Evidence Based Nursing (EBN)	45
BAB 6 Falsafah dan Paradigma Keperawatan	53
A. Pendahuluan	53
B. Falsafah Keperawatan.....	54
BAB 7 Model Konsep dan Teori keperawatan.....	67
A. Teori Keperawatan	67
B. Model Konsep Keperawatan.....	75
BAB 8 Peran, Fungsi dan Tugas Perawat	86
A. Pendahuluan	86
B. Peran Perawat	86
C. Fungsi Perawat	89
D. Tugas perawat.....	90
BAB 9 Sistem Pelayanan Kesehatan	95
A. Sistem Pelayanan Kesehatan.....	95
B. Tujuan Pelayanan Kesehatan.....	96
C. Standar Pelayanan Kesehatan.....	98
D. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	100
E. Evaluasi Sistem Pelayanan Kesehatan.....	101
BAB 10 Konsep Stres dan Adaptasi.....	105
A. Pendahuluan	105
B. Konsep Stres	105
C. Macam -Macam Stres	106
D. Sumber Stressor	106

E. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Respons Terhadap Stres...	107
F. Tahapan Stres.....	108
G. Konsep Adaptasi	111
BAB 11 Dinamika Kelompok Dalam Keperawatan	116
A. Pendahuluan	116
B. Konsep Dinamika Kelompok.....	116
C. Dinamika Kelompok Dalam Keperawatan.....	120
BAB 12 Konsep Proses Keperawatan.....	125
A. Pendahuluan	125
B. Langkah dalam Proses Keperawatan	126
BAB 13 Dokumentasi Keperawatan.....	136
A. Tujuan Dokumentasi.....	136
B. Sistem Dokumentasi.....	138
BAB 14 Berpikir Kritis dalam Keperawatan.....	147
A. Pendahuluan	147
B. Tinjauan Tentang Berpikir Kritis.....	148

BAB 1

Caring

Ns. Bayu Azhar, M.Kep

A. Pendahuluan

Caring science merupakan suatu orientasi *human science* bagaimana manusia terhadap suatu proses, fenomena serta pengalaman *human caring*. Caring melihat bagaimana perawat merasakan apa yang dirasakan pasien dalam semua kejadian yang terjadi pada pasien, mampu melakukan analisa dari permasalahan, menginterpretasikan dengan penuh perasaan sehingga dapat mengerti apa yang dialami oleh pasien (Drahosova and Jarosova, 2016).

Teori caring oleh Watson “Theory of Human Caring mengemukakan hubungan dan transaksi yang dilakukan oleh perawat dan pasiennya untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia yang memengaruhi pasien agar sembuh. Watson mengemukakan bahwa Caring merupakan bagian penting dalam dunia keperawatan. Caring juga merupakan semua perwujudan dari berbagai faktor yang dianut perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Watson mengatakan bahwa respons setiap individu terhadap suatu masalah kesehatan sangatlah unik dengan demikian maka praktik dalam asuhan keperawatan, seorang perawat harus bisa mampu untuk memahami setiap respons yang berbeda dari setiap pasiennya.

B. Definisi Caring

Caring merupakan hubungan antara proses antar yang memberi asuhan (perawat) dan klien untuk meningkatkan suatu kepedulian demi terciptanya suatu kondisi klien yang lebih baik dalam kehidupan sehari-harinya. Caring sebagai suatu proses yang berorientasi pada tujuan membantu orang lain bertumbuh,

mengaktualisasikan diri. Caring sebagai suatu moral imperative (bentuk moral) sehingga perawat harus terdiri dari orang-orang yang bermoral baik dan memiliki kepedulian terhadap kesehatan pasien, yang mempertahankan martabat dan menghargai pasien. Cara perawat melihat pasien sebagai manusia yang mempunyai kekuatan, dan bukan hanya fisik, tetapi juga mempunyai jiwa dan kebutuhan sosial harus menjadi bagian penting dari perilaku caring dalam diri seorang perawat. Caring adalah cara yang memiliki makna dan memotivasi tindakan yang bertujuan untuk memberikan asuhan secara fisik dengan memperhatikan emosi, meningkatkan rasa aman dan keselamatan bagi pasien yang di rawat.

C. Teori Caring

1. Caring menurut Swanson's Middle Range Caring

Dalam teori yang dikemukakan oleh Swanson ini terdapat 5 komponen Caring:

a. Maintaining Belief

Dalam komponen ini Swanson menumbuhkan suatu kepercayaan dan keyakinan kepada klien agar dapat melalui proses kehidupan dan melewati masa transisi untuk menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, mampu berperilaku optimis, dan mengambil hikmah dari segala peristiwa yang telah terjadi didalam kehidupannya. Yang bertujuan untuk membantu orang lain memaknai semua kehidupan yang telah terjadi pada masa lampau guna menjalani kehidupan dimasa yang akan datang. Subdimensi yang terdapat di maintaining belief adalah:

- 1) Percaya / Memegang Kepercayaan (Believing In)
- 2) Memberikan Harapan (Offering A Hope- Filled Attitude)
- 3) Menawarkan Keyakinan (Maintaining Realistic Optimism)
- 4) Membantu Menemukan Arti (Helping To Find Meaning)
- 5) Menjaga Jarak (Going The Distance)

b. Knowing

Dalam melakukan asuhan keperawatan lebih dengan menggali informasi secara detail, berfokus kepada satu tujuan keperawatan dan menyatukan persepsi antara perawat dan klien. Subdimensi yang terdapat dalam knowing adalah:

- 1) Menghindari Asumsi (Avoiding Assumption)
- 2) Penilaian Menyeluruh (Assesing Thoroughly)
- 3) Mencari Petunjuk (Seeking Clues)
- 4) Fokus Pada Pelayanan Satu Orang (Centering On The One Cared For)
- 5) Mengikat Diri atau Keduanya (Enganging The Self Of Both)

c. Being With

Pada komponen ini perawat tidak hanya hadir secara menyeluruh namun juga saling berkomunikasi kepada klien dengan tujuan saling berbagi apa yang dirasakan klien dan memberikan dukungan dan kenyamanan baik secara fisik ataupun emosional. Subdimensi Being With adalah:

- 1) Tidak Membebankan (Non Burdening)
- 2) Menunjukkan Ketersediaan (Convering Availability)
- 3) Menunjukkan Kemampuan (Enduring With)
- 4) Berbagi Perasaan (Sharing Feelings)

d. Doing For

asuhan keperawatan dengan memberikan kenyamanan, selalu menjaga privasi dan memenuhi kebutuhan klien sesuai yang diperlukan. Subdimensi Doing For yaitu:

- 1) Memberikan Kenyamanan (Comforting)
- 2) Menunjukkan Keterampilan (Performing Competently)
- 3) Menjaga Martabat Klien (Preseving Dignity)
- 4) Mengantisipasi (Anticipating)
- 5) Melindungi (Protecting)

e. Enabling

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat melewati masa transisi dengan memfasilitasi segala apa

yang dibutuhkan oleh klien dengan memberikan berbagai informasi, memberikan dukungan terhadap yang sedang dihadapi, dan meningkatkan proses penyembuhan klien agar klien mampu melakukan tindakan secara mandiri. Subdimensi dari Enabling adalah:

- 1) Memvalidasi (Validating)
- 2) Memberikan Informasi (Informing)
- 3) Memberikan Dukungan (Supporting)
- 4) Memberikan Umpan Balik (Feedback)
- 5) Membantu Pasien Untuk Fokus dan Membuat Alternatif (Helping Patient to Focus Generate Alternative)

2. Caring menurut Jean Watson

Teori Jean Watson terletak pada 7 asumsi dasar yang menjadi kerangka kerja dalam pengembangan teori diantaranya:

- a. Caring dapat dipraktikkan secara interpersonal
- b. Caring meliputi faktor yang kreatif, yang dihasilkan dari kepuasan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar
- c. Caring yang sehat efektif akan meningkatkan status kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga
- d. Respon caring adalah menerima seseorang tidak hanya sebagai seseorang tetapi seperti apa dia mungkin akan menjadi dimasa depannya.
- e. Caring environment, menyediakan perkembangan potensi dan memberikan keleluasan memilih kegiatan yang terbaik bagi diri seseorang dalam waktu yang telah ditentukan.
- f. Caring bersifat healthogenic daripada sekedar curing. Praktek curing mengintegrasikan pengetahuan biofisika dan perilaku manusia untuk meningkatkan kesehatan dan untuk membantu pasien yang sakit di mana, caring melengkapi curing.
- g. Caring merupakan inti dari keperawatan (Tomey & Alligood, 2006).

D. Faktor-Faktor yang memengaruhi caring perawat

Caring merupakan standar yang harus dimiliki oleh semua perawat. Ada beberapa faktor yang memengaruhi caring dalam

keperawatan diantaranya: 1. Beban kerja perawat, 2. Lingkungan kerja, 3. Pengetahuan dan pelatihan.

a. Beban kerja perawat

Semakin tinggi beban kerja yang diterima oleh perawat maka, semakin meningkatnya stress yang terjadi pada perawat sehingga hal ini memberikan dampak terhadap motivasi perawat dalam penerapan perilaku caring dalam memberikan asuhan keperawatan. Hasil penelitian yang didapatkan hasil bahwa semakin rendah beban kerja semakin memungkinkan bagi perawat menunjukkan perilaku caring dalam memberikan asuhan keperawatan (Herman, 2021). Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja perawat yang berat cenderung lebih banyak perawat yang tidak menerapkan perilaku caring, yakni 23 perawat (69,7%) dan 10 perawat (30,3%) yang mampu menerapkan perilaku caring. Beban kerja yang berat memengaruhi kinerja perawat khususnya terkait pelaksanaan perilaku caring selama memberikan asuhan keperawatan. Kondisi membuat perawat sulit untuk menampilkan performa yang optimal dalam menyediakan rasa nyaman, perhatian kasih sayang, peduli, pemeliharaan kesehatan, memberi dorongan, empati, menunjukkan minat, mencintai, percaya, melindungi, selalu ada jika dibutuhkan, mendukung, memberi sentuhan dan siap membantu serta mengunjungi pasien (Abdullah et al., 2017; Shalaby et al., 2018; Watson & Brewer, 2015).

b. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja yang di maksud dalam hal ini adalah kenyamanan diri perawat selama berada di lingkungan tempat bekerja. Hasil penelitian (Arsat *et al.*, 2022). Semua lingkungan kerja memberikan dampak positif bagi perawat dalam penerapan perilaku caring, kecuali kurangnya jumlah perawat menunjukkan dampak perilaku tidak caring perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Lingkungan kerja memberikan dampak positif terhadap perilaku seseorang perawat dalam melakukan asuhan keperawat. Adapun lingkungan kerja yang dimaksud seperti iklim kerja, fisik,

kepemimpinan yang efektif, kesempatan melakukan pengembangan karier dan pengembangan karier.

c. Pengetahuan dan pelatihan

Pengetahuan caring perawat dalam memberikan asuhan keperawatan mencakup pengetahuan dan pelatihan. Hasil penelitian (Sutriyanti, 2009) didapat hasil bahwa terdapat pengaruh yang bermakna antara pelatihan perilaku caring dengan kepatuhan perawat dalam melakukan perilaku caring dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal yang lain didapatkan adanya hubungan antara pengetahuan caring dengan sikap caring perawat.

Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi perilaku caring perawat, salah satunya adalah motivasi intrinsik.

- 1) Newton (2009), yang menyimpulkan bahwa motivasi menjadi perawat didasari oleh faktor intrinsik seperti keinginan untuk membantu atau peduli kepada orang lain dan berkontribusi pada masyarakat.
- 2) Malini (2009), juga berpendapat bahwa perilaku caring banyak dipengaruhi oleh berbagai faktor dan salah satunya motivasi diri (Suweko, 2019).

E. Manfaat caring

Asuhan keperawatan yang didasari atas caring perawat, dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, penerapan caring yang diintegrasikan dengan pengetahuan tentang perilaku manusia mampu meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan. Caring merupakan sentral dalam praktik keperawatan untuk memelihara hubungan dengan menghargai nilai-nilai yang lain, seseorang akan bisa merasakan komitmen dan tanggung jawab pribadinya.

Menurut Widyawati (2009) Manfaat-manfaat caring antara lain ialah:

1. Pasien memberikan respon yang positif
2. Berkomunikasi dengan pasien
3. Kontribusi positif yang memuaskan
4. Memandang pasien sebagai teman
5. Dihargai oleh pasien
6. Melakukan sesuatu yang berguna

7. Belajar banyak tentang manusia
8. Perkembangan pribadi

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, S., Kousar, R., Azhar, M., Waqas, A., & Gilani, S. (2017). Nurses' and Patients' Perception Regarding Nurse Caring Behaviors and Patients Satisfaction in Sir Ganga Ram Hospital, Lahore, Pakistan. *The International Annals of Medicine*, 1(5). <https://doi.org/10.24087/iam.2017.1.5.145>
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2006). *Nursing theories and their work*, 7 th edn, *Mosby Elsevier*, St. Louis, Missouri
- Arsat, N. *et al.* (2022) 'The Impact of Working Environment on Nurses' Caring Behavior in Sabah, Malaysia', *Frontiers in Public Health*, 10(April), pp. 1-14. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.858144>.
- Drahošová, L. and Jarošová, D. (2016) 'Concept caring in nursing', *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(2), pp. 453-460. Available at: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0014>.
- Herman (2021) 'Hubungan Antara Beban Kerja Dan Perilaku Caring', pp. 16-23.
- Suweko, H. (2019). Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Kepuasan. 10(1), 243-247.

BIODATA PENULIS



Ns. Bayu Azhar, M.Kep lahir di Loksemawe Aceh, pada tanggal 15 Mei 1991. Tercatat sebagai Dosen di Program Studi S1 Keperawatan STIKes Payung Negeri Pekanbaru dari tahun 2020 s.d sekarang. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Riau pada Tahun 2014 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan Universitas Sumatera Utara Tahun 2019. Riwayat organisasi sebagai anggota Komisariat DPK PPNI STIKes Payung Negeri Tahun 2020 sampai sekarang

BAB 2

Pertumbuhan dan Perkembangan

* Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd., SST., MPH M *

A. Pendahuluan

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang pasti dilalui oleh setiap manusia yang lahir. Pertumbuhan dan perkembangan ini dimulai sejak pembuahan ovum oleh sperma sampai seseorang tersebut dewasa. Pertumbuhan dan perkembangan ini merupakan proses bertambahnya ukuran sel, jaringan dan organ serta meningkatnya fungsi organ sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan. Setiap tahap pertumbuhan dan perkembangan, memiliki peran yang berbeda-beda (Azijah & Adawiyah, 2020).

Dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak, ada istilah periode penting atau golden period. Periode penting pada anak adalah usia 0-5 tahun. Periode ini digunakan untuk mendeteksi dini dan meminimalisir kelainan tumbuh kembang anak guna mencegah terjadinya kelainan pertumbuhan dan perkembangan anak yang bersifat permanen. Periode ini memengaruhi pertumbuhan dasar dan menentukan perkembangan anak selanjutnya (Saripudin, 2019).

B. Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses kematangan fungsi - fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang sehat dalam perjalanan waktu tertentu. Hasil pertumbuhan berwujud bertambahnya ukuran - ukuran badan anak, seperti Panjang, berat, dan kekuatannya serta makin sempurnanya syaraf dan perubahan - perubahan struktur jasmani (Utamayasa, 2021).

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (skill) struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan atau maturitas. Perkembangan menyangkut proses diferensiasi sel

tubuh, jaringan tubuh, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosi, dan perkembangan perilaku sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungannya (Azizah & Richval, 2018).

C. Tahap Pencapaian Tumbuh Kembang Anak

1. Masa Pranatal

Masa pranatal (saat dalam kandungan) adalah waktu yang terletak antara masa pembuahan dan masa kelahiran. Periode prenatal atau pralahir merupakan masa kritis bagi perkembangan fisik, emosi dan mental bayi (Hasanah, 2020).

Menurut Hasanah (2020) masa pranatal terdiri atas dua fase yaitu :

- a. Fase Embrio
- b. Fase Fetus
- c. Masa Pascanatal

Menurut Dalimunthe (2020) tumbuh kembang pada masa pascanatal dibagi ke dalam beberapa fase berikut :

1) Masa Neonatus (0-28 hari)

Tumbuh kembang masa pascanatal diawali dengan masa neonatus, yaitu dimana terjadinya kehidupan yang baru. Pada masa ini terjadi proses adaptasi semua sistem organ tubuh, dimulai dari aktifitas pernafasan, pertukaran gas dengan frekuensi pernapasan antara 35-50 kali permenit, penyesuaian denyut jantung antara 120-160 kali permenit, perubahan ukuran jantung menjadi lebih besar dibandingkan dengan rongga dada, kemudian gerakan bayi mulai meningkat untuk memenuhi kebutuhan gizi.

2) Masa Bayi (29 hari - 1 tahun)

Pada masa bayi, tahap tumbuh kembang dapat dikelompokkan menjadi 3 tahap yaitu :

- a. Usia 1-4 bulan, tumbuh kembang pada tahap ini diawali dengan perubahan berat badan. Bila gizi anak baik, maka perkiraan berat badan akan mencapai 700-1000 g/bulan. Pertumbuhan tinggi badan agak stabil, tidak mengalami kecepatan dalam pertumbuhan tinggi badan.
- b. Usia 4-8 bulan, pertumbuhan pada usia ini ditandai dengan perubahan berat benda pada waktu lahir. Rata-

rata kenaikan berat benda adalah 500-600g/bulan, apabila mendapatkan gizi yang baik. Sedangkan pertumbuhan tinggi badan tidak mengalami kecepatan dan stabil berdasarkan penambahan umur.

- c. Usia 8-12 bulan, pada usia ini pertumbuhan berat badan dapat mencapai tiga kali berat badan lahir, penambahan berat badan perbulan sekitar 350-450gram pada usia 7-9 bulan, 250-350 gram pada usia 10-12 bulan, bila memperoleh gizi baik. Pertumbuhan tinggi badan sekitar 1,5 kali tinggi badan pada saat lahir. Pada usia 1 tahun, penambahan tinggi badan masih stabil dan diperkirakan mencapai 75 cm.

3) Masa Anak (1-2 tahun)

Pada tahun kedua, anak hanya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5 - 2,5 kg dan penambahan tinggi badan 6-10 cm. Kenaikan lingkar kepala hanya 2 cm. Untuk pertumbuhan gigi, terdapat tambahan 8 buah gigi susu, termasuk gigi geraham pertama dan gigi taring, sehingga seluruhnya berjumlah 14-16 buah. Pada usia 2 tahun, pertumbuhan fisik berat badan sudah mencapai 4x berat badan lahir dan tinggi badan sudah mencapai 50% tinggi badan orang dewasa. Menginjak usia 3 tahun, rata-rata berat badan naik menjadi 2-3 kg/tahun, tinggi badan naik 6-8 cm/tahun, dan lingkar kepala menjadi sekitar 50 cm.

4) Masa Prasekolah (3-6 tahun)

Pada masa prasekolah, berat badan mengalami kenaikan rata-rata 2kg/tahun. Tubuh anak terlihat kurus, akan tetapi aktivitas motorik tinggi dan sistem tubuh mencapai kematangan dalam hal berjalan, melompat, dan lain-lain. Tinggi badan bertambah rata-rata 6,75 - 7,5 cm setiap tahun.

5) Masa Sekolah (6-12 tahun)

Fase perkembangan yang berlangsung sejak kira-kira umur 6 sampai 12 tahun, sama dengan masa usia Sekolah Dasar. Anak-anak menguasai keterampilan-keterampilan dasar membaca, menulis dan berhitung. Secara formal mereka mulai memasuki dunia yang lebih luas dengan budayanya. Pencapaian prestasi menjadi arah perhatian

pada dunia anak, dan pengendalian diri sendiri bertambah pula.

6) Masa Remaja (12-18 tahun)

Pada masa remaja ini banyak dijumpai masalah, karena masa ini merupakan proses menuju kedewasaan dan anak ingin mencoba mandiri. Masalah yang sering dijumpai adalah perubahan bentuk tubuh. Perkembangan khusus yang terjadi pada masa ini adalah kematangan identitas seksual yang ditandai dengan perkembangan organ reproduksi.

D. Faktor - faktor yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan

1. Warisan Genetik

Pada saat pembuahan sel telur oleh sel sperma, setiap manusia menerima jumlah kromosom yang sama dari masing-masing orangtua. Karakteristik yang diwarisi dari setiap orang tua dibawa gen pada 23 pasang kromosom, yang membawa informasi genetik yang menentukan diferensiasi, pertumbuhan, dan fungsi seluler orang tersebut (Mansur & Andalas, 2019).

2. Kondisi kehamilan

Kondisi kehamilan pada dasarnya tumbuh kembang anak sudah dimulai sejak dalam kandungan. Tumbuh kembang janin didalam kandungan sangat pesat. Oleh karena itu janin harus benar-benar dijaga jangan sampai mengalami hambatan dalam tumbuh kembangnya. Sementara itu masih terdapat kurang baiknya kondisi kehamilan hal tersebut disebabkan oleh pada saat ibu hamil karena ibu mengalami stres yang berat, mengalami mual muntah yang berlebihan, paparan rokok pada kehamilan dan nafsu makan yang buruk. Ibu hamil yang kekurangan nutrisi/KEK pada kehamilan dilihat pada kondisi ekonominya yang menengah kebawah. Sehingga kondisi kehamilan yang baik dibutuhkan agar perkembangan anak balita normal (Putri, dkk 2018).

3. Pemenuhan Nutrisi

Perkembangan anak balita akan baik dilihat dari tercukupinya pemenuhan nutrisi oleh ibu atau keluarganya. Pada segi keluarga balita yang menengah kebawah mengalami masalah

pada pemenuhan nutrisi anaknya karena untuk memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga saja sudah susah, padahal ibu / keluarga harusnya tahu tidak hanya harus makan ikan atau daging saja untuk bisa memenuhi kebutuhan nutrisi anaknya, dengan tahu,tempe, pengganti lauk, sayuran hijau seta buah juga susu bisa untuk memenuhi kebutuhan keluarga (Putri, dkk 2018).

Pemberian asupan gizi yang sesuai untuk tumbuh kembang secara optimal juga perlu diperhatikan, karena jika asupan gizi tidak terpenuhi sesuai kebutuhannya, golden age akan menjadi periode kritis yang akan mengganggu proses tumbuh kembang anak. Mengingat gizi merupakan faktor penting dalam pola pertumbuhan dan perkembangan anak pada masa golden age, maka memperhatikan kebutuhan dan porsi pemberian gizi seimbang menjadi wajib bagi orang tua (Azrimaidaliza, dkk 2019)

4. Perawatan Kesehatan

Perawatan kesehatan yang teratur, tidak saja kalau anak sakit, tetapi pemeriksaan kesehatan dan menimbang anak secara rutin setiap bulan, akan menunjang pada tumbuh kembang anak. Perawatan kesehatan berperan penting dalam memantau pertumbuhan dan perkembangan anak balita. Anak balita yang rutin melakukan perawatan kesehatan maka pertumbuhan dan perkembangannya bisa diberikan stimulus untuk merangsang perkembangan anak balita tersebut (Putri, dkk 2018).

5. Kerentanan Terhadap Penyakit

Anak yang menderita penyakit menahun akan terganggu tumbuh kembangnya dan pendidikannya, disamping itu anak juga mengalami stres yang berkepanjangan akibat dari penyakitnya. Kondisi lingkungan yang tidak bersihpun membuat anak rentan terhadap penyakit, karena kuman penyakit akan mudah datang kalau lingkungan/kondisi rumah yang tidak bersih. Agar tidak ada kerentanan terhadap penyakit ibu harus menjaga anaknya agar terhindar dari penyakit dengan menjaga hygiene anak, ibu, serta keluarga (Putri dkk, 2018).

6. Lingkungan

E. Kondisi yang Memengaruhi Lajunya Perkembangan Fisik - motorik Anak

Menurut Kamelia (2019) beberapa kondisi yang memengaruhi lajunya perkembangan fisik-motorik anak usia dini yang perlu diperhatikan oleh orang tua atau pendidik, yaitu :

1. Sifat dasar genetic, bentuk tubuh, dan kecerdasan mempunyai pengaruh pada laju perkembangan motorik
2. Awal kehidupan pasca lahiran, kondisi lingkungan yang tidak menguntungkan, semakin aktif janin semakin cepat perkembangan motorik anak
3. Kondisi pralahir yang menyenangkan, khususnya gizi makanan sang ibu, lebih mendorong perkembangan motorik yang lebih cepat pada masa pasca lahir
4. Kelahiran yang sukar, khususnya apabila ada kerusakan pada otak yang akan memperlambat perkembangan motoric
5. Seandainya tidak ada gangguan lingkungan, kesehatan dan gizi yang baik selama awal kehidupan pasca lahir akan mempercepat perkembangan motoric
6. Anak yang IQ-nya tinggi menunjukkan perkembangan yang lebih cepat
7. Adanya rangsangan, dorongan dan kesempatan untuk menggerakkan semua bagian tubuh akan mempercepat perkembangan motoric
8. Perlindungan yang berlebihan akan melumpuhkan kesiapan perkembangan kemampuan motoric
9. Karena rangsangan dan dorongan yang lebih banyak dari orang tua, perkembangan motorik anak yang pertama cenderung lebih baik ketimbang perkembangan motorik yang lahir kemudian
10. Kelahiran sebelum waktunya biasanya memperlambat perkembangan motorik karena tingkat perkembangan motorik pada waktu lahir berada di bawah tingkat perkembangan bayi yang lahir tepat waktu
11. Cacat fisik, seperti kebutaan memperlambat perkembangan motorik.

DAFTAR PUSTAKA

- Azijah, I., & Adawiyah, A. R. (2020). *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak (Bayi, Balita, dan Usia Prasekolah)*. Lindan Bestari.
- Azizah, N. N., & Richval, A. A. (2018). Pertumbuhan dan Perkembangan Dalam Psikologi Perkembangan. *Pertumbuhan Dan Perkembangan Dalam Psikologi Perkembangan*, 1-13.
- Azrimaidaliza, A., Annisa, A., Khairany, Y., Prativa, N., Adrianus, R., & Salmah, M. P. (2019). A optimalisasi tumbuh kembang balita melalui promosi gizi seimbang di kecamatan Koto Tangah Padang. *Logista-Jurnal Ilmiah Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(2), 17-26.
- Dalimunthe, P. A. (2020). Konsep Pendidikan Pranatal dan Pasca Natal dalam Perspektif Islam. *Ihya Al-Arabiyyah: Jurnal Pendidikan Bahasa Dan Sastra Arab*, 6(2), 16-27.
- Hasanah, N. M. (2020). Perkembangan Kognitif, Fisik, Dan Emosi Sosial Pada Masa Prenatal. *Wisdom: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 1(2), 85-106.
- Kamelia, N. (2019). Perkembangan fisik motorik anak usia dini (standar tingkat pencapaian perkembangan anak) stppa tercapai di ra harapan bangsa maguwoharjo condong catur yogyakarta. *KINDERGARTEN: Journal of Islamic Early Childhood Education*, 2(2), 112-136.
- Mansur, A. R., & Andalas, U. (2019). Tumbuh kembang anak usia prasekolah. *Andalas University Pres*, 1(1).
- Putri, Y. R., Lazdia, W., & Putri, L. O. E. (2018). Faktor yang memengaruhi perkembangan anak balita usia 1-2 tahun di Kota Bukittinggi. *Real in Nursing Journal*, 1(2), 84-94.
- Saripudin, A. (2019). Analisis Tumbuh Kembang Anak Ditinjau Dari Aspek Perkembangan Motorik Kasar Anak Usia Dini. *Equalita: Jurnal Studi Gender Dan Anak*, 1(1), 114-130.
- Utamayasa, I. G. D. (2021). *Pertumbuhan dan Perkembangan Peserta Didik*. CV. Jakad Media Publishing.

BIODATA PENULIS



Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd., SST., MPH.M. Lahir di Manado Provinsi Sulawesi Utara, pada tanggal 2 Maret 1969. Menyelesaikan Pendidikan Akademi Gizi Manado Depkes, tahun 1991, lulus Sarjana Pendidikan UNIMA 2000, dan Pendidikan Diploma IV Minat Gizi Masyarakat di UNIBRAW Malang Tahun 2004. Kemudian melanjutkan studi pada Pascasarjana Master of Primary Health Care of Managemen AIHD Universitas Mahidol Thailand tahun 2007 dan lulus tahun 2008. Selanjutnya menempuh studi S3 Program Studi Kajian Budaya di Universitas Udayana Bali. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 3

Pengantar Profesi dan Keperawatan Profesional

Sukma Yunita., S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Pendahuluan

Keperawatan adalah praktik memberikan asuhan atau Tindakan perawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik individu, keluarga, kelompok, atau komunitas tersebut sakit atau sehat. Pelayanan keperawatan merupakan jenis pelayanan profesional yang merupakan komponen penting dari pelayanan kesehatan. Layanan ini didasarkan pada pengetahuan dan rekomendasi keperawatan dan diberikan kepada orang, keluarga, kelompok, atau komunitas yang mungkin atau mungkin tidak menderita penyakit (Pangemanan et al., 2019).

Profesi merupakan panggilan hati yang berprofesi terutama berorientasi pada melayani kebaikan masyarakat yang lebih besar, daripada melayani kepentingan individu atau organisasi tertentu. Pekerjaan menunjukkan tingkat kepedulian yang signifikan terhadap kesejahteraan individu, terutama dalam kaitannya dengan konsumen yang mendapatkan layanan keperawatan profesional. (Kemenkes, 2020). Profesionalisme dapat didefinisikan sebagai seperangkat kualitas, sikap, dan perilaku yang ditunjukkan oleh individu yang terlibat dalam banyak bidang pekerjaan dan bercita-cita untuk mencapai status profesional. Konsep profesionalisme memerlukan proses yang dinamis dan berkelanjutan untuk memperoleh dan mengadaptasi karakteristik yang selaras dengan profesi tertentu.

B. Pengantar Profesi

1. Definisi Profesi

Istilah "profesi" dapat ditelusuri kembali ke tiga sumber makna yang berbeda. Pertama, asal etimologis dari kata "profesi" dapat ditemukan dalam bahasa Inggris, di mana ia

berasal dari istilah Latin "profecus." Istilah Latin ini menyampaikan gagasan pengakuan, pengakuan, atau deklarasi kemampuan atau keahlian seseorang dalam melakukan tugas atau pekerjaan tertentu. Istilah profesi memiliki arti "bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian (keterampilan, kejuruan, dan sebagainya) tertentu" Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) (Suprihatiningrum, 2017).

Menurut Hugnes, para profesional memiliki pengetahuan dan keahlian khusus yang melampaui orang lain, memungkinkan mereka untuk memiliki pemahaman yang unggul tentang keadaan klien mereka. Ide profesi mencakup tiga nilai penting yang memerlukan pemahaman, khususnya:

- a. Pengetahuan yang mendalam dan sistematis.
- b. Kemahiran dalam keterampilan teknis dan perolehan wawasan berharga melalui praktik yang luas.
- c. Layanan perawatan diberikan kepada individu yang membutuhkan melalui penggunaan pengetahuan ilmiah, keahlian teknis, dan kepatuhan terhadap aturan dan prinsip moral yang ditetapkan.

2. Ciri-Ciri Profesi

berdasarkan definisi profesi, bahwa profesi tidak sama dengan pekerjaan.

Berikut ini adalah daftar ciri-ciri yang terkait dengan profesi :

- a. Didukung oleh ilmu pengetahuan ilmiah yang konsisten dengan bidang studi mereka (antologi), bidang usaha ilmiah yang berbeda (epistemologi), dan penerapan pengetahuan itu (aksiologi).
- b. Profesi bisa memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk pekerjaan membutuhkan studi dan praktik yang sistematis, berkelanjutan, dan progresif.
- c. Pekerjaan bersifat profesi harus patuh pada kode etik profesi melalui perundang-undangan

3. Kriteria Profesi

- a. Memberi pelayanan untuk kesejahteraan manusia.

- b. Mempunyai pengetahuan dan keterampilan khusus dan dikembangkan secara terus-menerus.
 - c. Memiliki ketelitian, kemampuan intelektual, dan rasa tanggung jawab.
 - d. Lulus dari pendidikan tinggi.
 - e. Mandiri dalam penampilan, aktivitas dan fungsi.
 - f. Memiliki kode etik sebagai penuntun praktik.
 - g. Memiliki ikatan/organisasi untuk menjamin mutu pelayanan.
4. Wilayah Kerja Profesi
- a. Pembinaan organisasi profesi.
 - b. Pembinaan pendidikan dan pelatihan profesi.
 - c. Pembinaan pelayanan profesi.
 - d. Pembinaan iptek.
5. Keperawatan sebagai Profesi

Keperawatan menjadi salah satu profesionalisme karir yang membuat keputusan tentang tindakannya berdasarkan bukti ilmiah dan membutuhkan seperangkat keterampilan dan pengetahuan tertentu di bidang spesialisasinya. Pelayanan yang awalnya hanya berdasarkan pengalaman sejak itu berkembang menjadi pelayanan keperawatan profesional yang berbasis ilmu dan teknologi keperawatan yang selalu berubah sesuai dengan perkembangan zaman. Konsep "profesionalisasi," yang mengacu pada pengetahuan bahwa keperawatan telah mencapai semua sifat yang mendefinisikannya sebagai profesi, harus berjalan seiring dengan gagasan bahwa keperawatan adalah profesi.

Ciri-ciri yang khas di antara mereka yang berada di bidang pekerjaan ini (Nursalam, 2014), antara lain :

- a. Melakukan penelitian dalam rangka memperoleh pengetahuan dan menambah isi pengetahuan yang ada.
- b. Berada dalam posisi untuk menawarkan layanan khusus kepada orang-orang di sekitar Anda.
- c. Pendidikan yang sesuai dengan level yang disyaratkan.
- d. Ada checks and balances di tempat mengenai prosedur
- e. bertanggung jawab dan bertanggung jawab atas prosedur keperawatan yang dilakukan.
- f. Merupakan karir yang berlangsung seumur hidup.
- g. Mampu melakukan fungsi otonom dan kolaboratif

6. Proses Profesionalisme dalam Keperawatan

awal perawat pertama dalam catatan sejarah Indonesia berasal dari awal abad ke-19, ketika dokter dan profesional medis lainnya menyadari kebutuhan untuk memperluas layanan mereka untuk memenuhi permintaan yang meningkat, yang mengarah pada munculnya profesi yang sekarang kita kenal sebagai keperawatan. Program magang melatih orang-orang ini untuk menjadi perawat dengan menginstruksikan mereka tentang diagnosis dan pengobatan penyakit. Sampai baru setelah Lokakarya Nasional Keperawatan yang diselenggarakan oleh PPNI di Jakarta pada tahun 1983, perawat di Indonesia sampai pada kesimpulan dan konsensus bahwa mereka harus menyebut keperawatan sebagai profesi.

Istilah "profesionalisasi keperawatan" mengacu pada proses yang sedang berlangsung di mana profesi keperawatan yang baru didirikan (1983) beradaptasi dan berkembang untuk memenuhi kebutuhan profesi dan masyarakat. Mengenali apa pun yang dirasakan, dievaluasi, dan diterima secara alami oleh masyarakat adalah langkah pertama untuk mengangkatnya ke tingkat profesi. Profesi ini baru-baru ini mendapatkan rasa hormat dari bidang lain; oleh karena itu, anggotanya harus berbenah agar dapat berperan aktif dalam sistem pelayanan kesehatan Indonesia.

Bidang keperawatan di Indonesia baru mulai diakui sebagai profesi yang dihormati. Ini adalah upaya berkelanjutan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat Indonesia. Ruang lingkup perubahan yang akan datang dalam keperawatan akan meluas ke semua aspek profesi, termasuk organisasi program keperawatan di tingkat universitas, layanan dan perawatan keperawatan, pembinaan keperawatan dan kehidupan profesional, dan pengaturan untuk pertumbuhan keperawatan. Kemajuan dalam beberapa subbidang keperawatan terkait, tergantung, berpengaruh, dan bermanfaat satu sama lain. Ketika datang untuk memprofesionalkan dan bersiap-siap untuk menghadapi

masalah keperawatan di masa depan, perawat Indonesia berfokus pada inovasi di empat bidang yang tercantum di atas.

C. Keperawatan Profesional

1. Definisi Praktik Keperawatan Profesional

Perawat memiliki peran penting dalam institusi kesehatan karena merupakan fondasi penting yang tidak dapat dipisahkan dari penyediaan layanan kesehatan. (Kusuma & Surakarta, 2018).

Keperawatan adalah layanan profesional yang memainkan peran penting dalam penyediaan perawatan kesehatan, memanfaatkan ilmu dan prinsip keperawatan. Ini mencakup berbagai layanan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif, yang diarahkan pada individu, keluarga, dan masyarakat, terlepas dari status kesehatan mereka. Keperawatan profesional mencakup penyediaan layanan kesehatan di seluruh domain perawatan biopsikososial dan spiritual, karenanya mencontohkan pendekatan holistik..

Praktik keperawatan pada dasarnya berpusat di sekitar penerapan proses keperawatan, yang biasa disebut sebagai ASKEP atau asuhan keperawatan. Hubungan profesional perawat-klien mencakup kerangka keterlibatan konstruktif atau koneksi terapeutik, yang melekat dalam interaksi profesional

Praktik profesional menjadi praktik atau layanan yang diberikan oleh individu profesional yang telah berhasil menyelesaikan pendidikan keperawatan formal dan telah disetujui oleh pemerintah Republik Indonesia untuk melakukan tugas dan kewajiban keperawatan secara profesional, mengikuti kode etik keperawatan.

Maka dari penjabaran diatas dapat dikatakan praktik keperawatan professional memiliki makna :

- a. Praktik Keperawatan mengacu pada tindakan otonom yang dilakukan oleh perawat profesional (Ners) dengan bekerja sama dengan klien dan profesional kesehatan lainnya, dengan tujuan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif sesuai dengan ruang lingkup praktik resmi mereka dan tanggung jawab terkait..

- b. Menurut American Nursing Association (ANA) :
Perlakuan kompensasi untuk layanan profesional memerlukan pengetahuan khusus di berbagai bidang, termasuk ilmu biologi, fisik, dan alam, serta perilaku, psikologi, sosiologi, dan teori keperawatan. Informasi ini berfungsi sebagai dasar untuk penilaian, diagnosis, intervensi, dan evaluasi komprehensif dari upaya yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan. Identifikasi dan administrasi kondisi kesehatan, cedera, atau cacat; Pelestarian keadaan fungsi yang ideal; atau meninggal dalam keadaan nyaman.
 - c. NCBSN (National Council of State Boards of Nursing) :
Praktik keperawatan mencakup penyediaan dukungan kepada orang-orang atau kolektif dalam upaya mereka untuk mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraan mereka secara keseluruhan selama masa hidup. Hal ini dicapai dengan penilaian sistematis kondisi kesehatan mereka, identifikasi diagnosis, perumusan dan pelaksanaan rencana perawatan yang bertujuan untuk mencapai tujuan tertentu, dan penilaian hasil dan reaksi terhadap perawatan dan perawatan yang diberikan..
2. Ciri-Ciri Praktik Keperawatan Profesional menurut (Zuliani et al., 2023).
- a. Otonomi dalam Pekerjaan
Memiliki hak dan kewajiban mandiri dalam melakukan pekerjaannya
 - b. Bertanggung Jawab dan Bertanggung Gugat
Perawat diharuskan memiliki kemampuan untuk bertanggung jawab atas tindakannya. Dalam konteks pemberian suntikan, sangat penting untuk mematuhi pedoman khusus yang berkaitan dengan waktu dan dosis. Perawat dituntut untuk berhati-hati, jujur, dan teliti saat melakukan tugas keperawatan. Perawat diminta untuk menunjukkan kesiapan untuk memikul tanggung jawab dan menerima dampak terkait yang dihasilkan dari pengambilan keputusan mereka.

c. Pengambilan Keputusan yang Mandiri

Konsep otonomi keperawatan mengacu pada kemandirian perawat untuk secara mandiri melakukan intervensi keperawatan tanpa kendala atau pengawasan eksternal. Seorang perawat mampu memenuhi tanggung jawabnya sebagai profesional kesehatan karena perolehan pendidikan keperawatan dan profesionalisasi berikutnya sebagai perawat.

d. Kolaborasi dengan disiplin lain

Dalam pelaksanaan intervensi keperawatan, sangat penting bagi perawat untuk terlibat dalam kolaborasi interdisipliner. Dalam kasus di mana kecelakaan dan patah tulang terjadi, perawat mengandalkan keahlian spesialis radiologi untuk mengelola prosedur pencitraan radiografi..

e. Pemberian pembelaan (advocacy)

Pembelaan, dalam konteks proses hukum, biasanya disebut sebagai advokasi. Tujuan utamanya adalah untuk mengadvokasi hak klien untuk menerima perawatan berkualitas tinggi dengan secara aktif terlibat atas nama klien, untuk mengatasi tantangan mereka dan menavigasi interaksi dengan banyak pemangku kepentingan dalam sistem yang lebih besar.

f. Memfasilitasi kepentingan pasien atau klien.

Tujuan utama dari Praktek Keperawatan Profesional adalah untuk mempromosikan otonomi individu dan mendorong keterlibatan aktif individu atau masyarakat dalam sistem perawatan kesehatan. Selain itu, ini bertujuan untuk membantu individu dalam menumbuhkan kapasitas untuk mempertahankan kesehatan yang optimal secara mandiri, sehingga mengurangi ketergantungan pada bantuan eksternal. Terakhir, ia berusaha untuk memfasilitasi individu dalam mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan setinggi mungkin.

3. Nilai Praktik Keperawatan Profesional

Nilai mengacu pada keyakinan individu yang dipegang teguh mengenai pentingnya atau kelayakan standar atau prinsip tertentu, yang kemudian membentuk sikap dan perilaku mereka. Sistem nilai organisasi mencakup spektrum nilai yang dianggap signifikan dan sering dipahami sebagai prinsip panduan untuk perilaku individu..

Nilai-nilai profesional yang terkait dalam praktik keperawatan dapat dibagi menjadi :

- a. Nilai intelektual, terdiri dari 3 komponen yang terkait, yaitu :
 - 1) Body of knowledge yang melandasi praktik professional.
 - 2) Pendidikan spesialisasi untuk meneruskan kelompok ilmu pengetahuan.
 - 3) Penggunaan pengetahuan dalam berpikir kritis dan kreatif.
- b. Nilai komitmen moral, perilaku perawat harus dilandasi oleh aspek moral sebagai berikut :
 - 1) Beneficence yang berarti sebagai Prinsip kebajikan mensyaratkan bahwa sebagai perawat profesional, seseorang harus secara konsisten berusaha untuk membuat keputusan yang didorong oleh niat untuk memberikan perawatan terbaik dan menghindari menyebabkan kerusakan pada klien..
 - 2) Adil berarti menahan diri dari praktik diskriminatif terhadap klien berdasarkan agama, warna kulit, latar belakang sosial budaya, atau status ekonomi mereka, sambil mengakui dan menangani kebutuhan khusus mereka akan bantuan.
 - 3) Fidelity mencakup berbagai aspek perilaku etis, termasuk menunjukkan perilaku penuh kasih, secara konsisten memenuhi janji, menetapkan harapan yang masuk akal, menjunjung tinggi kewajiban moral, dan memperhatikan kesejahteraan spiritual pelanggan.

- c. Otonomi, kendali, dan tanggung gugat :
 - 1) Otonomi berarti kebebasan dari kewenangan melakukan tindakan secara mandiri.
 - 2) Kendali mempunyai implikasi pengaturan atau pengarahan terhadap sesuatu atau orang.
 - 3) Tanggung gugat berarti bertanggung jawab terhadap tindakan yang telah dilakukan.
- 4. Ruang Lingkup Praktik Keperawatan Profesional
 - a. Ruang lingkup keperawatan (menurut Mitchel) adalah Membantu individu dalam menumbuhkan respons konstruktif ketika terlibat dalam tugas-tugas rutin, bahkan ketika dihadapkan dengan kematian dan tantangan yang berhubungan dengan kesehatan, baik yang ada maupun yang potensial, dan secara efektif mengelola keadaan seperti itu.
 - b. Ruang lingkup perawat professional
 - 1) Supervisi perencanaan dan tindakan perawatan pasien secara menyeluruh.
 - 2) Mengamati, mengintervensi, dan mengevaluasi keluhan - keluhan pasien, baik secara mental maupun fisik.
 - 3) Melaksanakan instruksi dokter tentang obat - obatan dan pengobatan yang akan diberikan.
 - 4) Mengawasi anggota tim kesehatan yang memberikan pelayanan perawatan kepada pasien.
 - 5) Melaksanakan prosedur dan teknik perawatan, khususnya pada tindakan yang membutuhkan keputusan, penyesuaian dan pertimbangan berdasarkan data teknis.
 - 6) Memberikan bimbingan kesehatan dan partisipasi dalam pendidikan kesehatan.
 - 7) Membuat catatan dan laporan fakta - fakta secara teliti dan mengevaluasi perawatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*. 1–60.
- Kusuma, S., & Surakarta, H. (2018). *Modul Ajar Keperawatan Profesional*. 69.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan*. 372.
- Pangemanan, W. R., Bidjuni, H., & Kallo, V. (2019). Gambaran Motivasi Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Manado. *E-Journal Keperawatan (e-Kp)*, 7, 7–9.
- Suprihatiningrum, J. (2017). *Guru Profesional : Pedoman Kinerja, Kualifikasi, & Kompetensi Guru* (K. Rose (eds)). Jogjakarta:Ar-Ruzz Media
- Zuliani, Hariyanto, S., Maria, D., Tauran, I., Urifah, S., Sugiarto, A., Muhsinah, S., Kurwiyah, N., Lenny, E., Marisi, D., Marisa, Manik, J., Juliani, E., & Kuswati, A. (2023). *Keperawatan Profesional* (M. Julyus & F. Sirait (eds.)). Yayasan Kita Menulis.

BIODATA PENULIS



Sukma Yunita., S.Kep., Ns., M.Kep., lahir di Medan, 28 Juli 1983. Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Mutiara Indonesia dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 4

Konsep Sehat sakit

**Sarinah Siregar, M.Kes **

A. Definisi

Kesehatan merupakan suatu keseimbangan dinamis yang dihasilkan dari keberhasilan mengatasi stressor. Kesehatan adalah kondisi yang sejahtera secara menyeluruh, yang meliputi kesejahteraan fisik, mental dan sosial, bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Orang yang sehat adalah orang yang mampu menjalankan tugasnya dengan efisien. Pengertian lain dari kesehatan adalah keseimbangan dinamis yang dihasilkan dari kemampuan seseorang untuk mengatasi berbagai tekanan yang dihadapi.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, kesehatan adalah kondisi yang sehat dari aspek fisik, mental, dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Kesehatan jasmani adalah suatu keadaan dimana bentuk dan fungsi jasmani tidak terganggu sehingga memungkinkan perkembangan mental atau psikis dan sosial dalam aktivitas normal sehari-hari.

Kesehatan mental adalah kondisi yang memungkinkan seseorang untuk berkembang secara fisik, intelektual dan emosional, dan perkembangan ini bergantung pada kondisi rata-rata orang tersebut. Kesehatan sosial merupakan hakekat kehidupan dalam masyarakat, dimana kehidupan ini harus sedemikian rupa sehingga setiap warga negara mampu memelihara dan mengembangkan kehidupannya sendiri dan keluarganya dalam suatu masyarakat yang memungkinkannya untuk bekerja, beristirahat dan bermain.

Menurut WHO (1947), kesehatan adalah suatu keadaan yang utuh, termasuk kesejahteraan fisik, mental dan sosial, dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Menurut WHO,

“Kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit.” WHO memberikan definisi kesehatan yang ringkas, tetapi secara eksplisit mengacu pada keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya keadaan sehat, bebas dari penyakit atau kelemahan.

Konsep penyakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit dalam kaitannya dengan pengalaman langsung (subyektif). Penyakit adalah suatu bentuk respon biologis terhadap suatu organisme, benda asing, atau cedera (target). Seseorang yang sakit belum tentu merasa sakit, sebaliknya orang yang mengeluh sakit belum tentu sakit.

Sakit adalah rasa tidak nyaman pada tubuh atau bagian tubuh yang disebabkan oleh sesuatu (misalnya demam, sakit perut, dll). Nyeri juga merupakan gangguan fungsi normal individu secara keseluruhan, termasuk keadaan tubuh sebagai sistem biologis dan sosial (Parson, 1972). Penyakit menurut WHO “Penyakit, yaitu suatu keadaan yang disebabkan oleh berbagai keadaan, dapat merupakan suatu anomali, suatu kejadian yang dapat menimbulkan gangguan pada susunan jaringan dalam tubuh manusia, fungsi jaringan itu sendiri dan fungsi anggotanya secara keseluruhan.”

Menurut Perkin, sakit yaitu suatu keadaan tidak menyenangkan yang menyerang seseorang sehingga menyebabkan terganggunya aktivitas sehari-hari, baik fisik, mental, maupun sosial. Nyeri adalah suatu keadaan yang menimbulkan gejala subyektif dan obyektif yang memerlukan pengobatan untuk memulihkan kesehatan.

B. Ciri-ciri Sehat dan Sakit

Secara umum kita dapat menilai apakah orang tersebut sehat atau sakit dengan memperhatikan ciri-cirinya. Ciri-ciri sehat, yaitu:

1. Tubuh bugar dan tidak lemas
2. Wajah berseri, tidak nyeri
3. Berkomunikasi dua arah
4. Berpikir logis dan dimengerti
5. Produktif
6. Melakukan kegiatan sehari-hari dengan mandiri

Ciri-ciri sakit, yaitu:

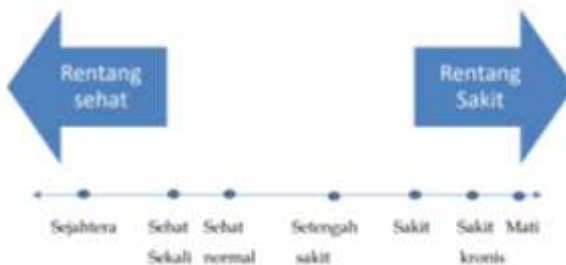
1. Merasa nyeri, pusing, lemas
2. Tidak bersemangat menjalankan aktivitas
3. Merasa tidak tenang dan kecemasan yang berlebihan

C. Paradigma Sehat-Sakit

Paradigma sehat merupakan pemikiran dan kefokuskan kita dalam upaya kesehatan pada konsep sehat, dimana setiap upaya difokuskan awalnya pada hal yang bersifat hilir (awalnya) yaitu sehat. Pada awalnya adalah sehat, sehingga perhatian lebih kepada bagaimana orang sehat untuk tetap sehat atau semakin meningkatkan kesehatannya. Konsep dasar sehat antara lain mencakup tanggung jawab individu, pencapaian tujuan, dinamis, pertumbuhan proses, pengambilan keputusan sehari-hari dalam area nutrisi, pengelolaan stress, olahraga fisik, pelaksanaan upaya pencegahan, kesehatan emosi, dan kesehatan lain yang sangat baik secara keseluruhan dalam individu.

Rentang sehat dan sakit merupakan konsep yang harus dipahami secara utuh agar dapat mengaplikasikan kepada orang lain yang butuh pertolongan perawatan sehingga dapat memberi gambaran yang sangat jelas tentang sehat sakit

Gambar 1. Rentang Sehat-Sakit



Menurut Neuman (19190), rentang kesehatan sehat dan penyakit adalah keadaan kesehatan individu pada waktu tertentu dari energi maksimum hingga kematian yang menunjukkan bahwa energi tersebut tidak ada lagi. Fase kesehatan dimulai dengan kesejahteraan fisik, emosional, sosial, dan mental. Rentang penyakit adalah gangguan total atau sebagian dari fungsi normal tubuh.

Kisaran kesehatan dan penyakit setiap orang berbeda dan dinamis. Beberapa orang mungkin merasa sehat sementara untuk orang lain kondisinya mungkin hanya sakit. Situasi saat ini tampak sehat, dalam kondisi yang sama 10 tahun kemudian individu tersebut mungkin merasa sakit, sehingga sehat dan sakit adalah hal yang dinamis

Perubahan perilaku yang terjadi selama sakit adalah sensitivitas, menarik diri, menarik diri dari lingkungan, ketidakstabilan, minat rendah, kecemasan, dan gangguan aktivitas sehari-hari. Tidak hanya perilaku pasien yang akan berubah, tetapi orang-orang di sekitarnya juga akan terpengaruh oleh kondisi pasien.

D. Determinan Status Kesehatan

Banyak gangguan kesehatan yang ditemukan pada sekelompok orang yang pingsan dengan kondisi tertentu, yaitu:

1. Orang (person)
2. Tempat (place)
3. Waktu (time)

Masalah kesehatan atau penyakit dapat disebabkan oleh karakteristik pribadi atau seseorang yang berisiko tinggi terhadap penyakit. Misalnya, urolitiasis lebih mungkin terjadi pada pria daripada wanita, hiperplasia prostat jinak (BPH) terjadi pada pria, dan kanker serviks (kanker serviks) hanya menyerang wanita. Asma yang disebabkan oleh paparan asbes pada pekerja di pabrik asbes dan carpal tunnel syndrome akan lebih banyak terkena pada pekerja tangan seperti tukang cukur, penjahit atau pemain catur. Sedangkan penyakit degeneratif seperti kolesterol tinggi lebih banyak terjadi pada pengemudi yang kurang gerak, penyakit kulit lebih banyak terjadi pada orang kulit putih dibandingkan orang kulit hitam, dan sebagainya.

E. Hubungan Sehat - Sakit

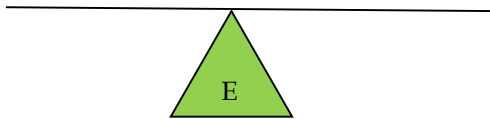
Sehat dan sakit memiliki hubungan. Hubungan antara kesehatan dan penyakit dapat dijelaskan dengan sejumlah model konseptual kesehatan dan penyakit, termasuk model ekologis, model konseptual domain kesehatan, dan lingkungan kesehatan.

1. Model Ekologi

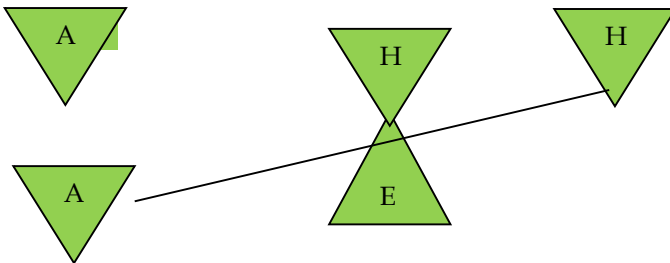
Model ekologis adalah model keadaan kesehatan seseorang yang ditentukan oleh interaksi antara host, agent dan environment,

interaksi positif tersebut akan menciptakan keseimbangan sehingga jika seseorang menderita penurunan kemampuannya akan menimbulkan penyakit, seperti yang ditunjukkan pada gambar di bawah ini:

Gambar 2. Kondisi Seimbang (Equilibrium) = Sehat



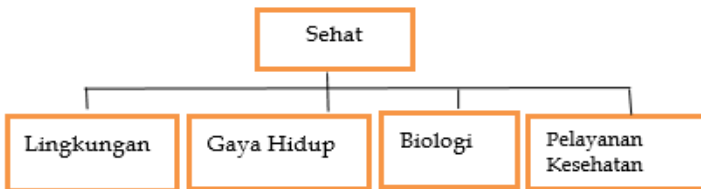
Gambar 3. Kondisi Tidak Seimbang = Sakit



2. Model The Health Field Concept

Model konseptual domain kesehatan merupakan model yang dikembangkan oleh H. L. Lamfframboise yang menjelaskan bahwa terdapat empat faktor yang berperan dalam status kesehatan, antara lain faktor lingkungan, gaya hidup, faktor biologis dan sistem pelayanan kesehatan. Model ini dijelaskan sebagai berikut:

Gambar 4. Model The Health Field Concept

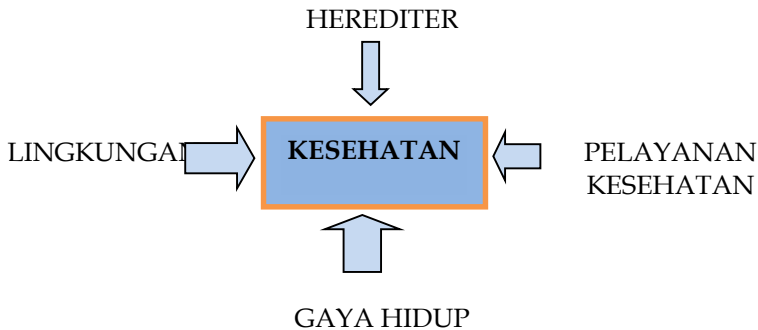


3. The Environment Of Health

Model lingkungan medis dikembangkan oleh HL. Blum, model ini merupakan perluasan dari model sebelumnya dengan memberikan penjelasan peran atau faktor yang berkontribusi terhadap kondisi kesehatan dan penyakit, antara lain: Faktor

genetik, faktor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, gaya hidup dan faktor lingkungan memegang peranan yang sangat penting. Model ini dapat digambarkan sebagai berikut.

Gambar 5. *The Environment Of Health*



Penjelasan dari unsur-unsur tersebut adalah:

- a. Lingkungan fisik: limbah, air, udara, perumahan, dll. Masyarakat: budaya, pendidikan, ekonomi (interaksi manusia) Biologi: hewan, mayat, tumbuhan.
- b. Perilaku: Ini adalah adat atau kebiasaan masyarakat. Kesehatan lingkungan dan keluarga tergantung pada perilaku.
- c. Layanan Medis
Peran dinas kesehatan adalah :
 - 1) Memutuskan rehabilitasi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan pelayanan kesehatan.
 - 2) Dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti lokasi atau jarak ke titik pemberian pelayanan kesehatan, sumber daya manusia, dan informasi relevansi program pelayanan kesehatan dengan kebutuhan masyarakat.
- d. Keturunan:
Keturunan merupakan unsur yang ada pada diri seseorang sejak lahir. Misalnya: diabetes, asma, epilepsi, keterbelakangan mental, hipertensi, buta warna.

F. Dimensi Kesehatan Prima

Kesehatan prima adalah kemampuan individu untuk menentukan jalan hidupnya, mampu mengolah dan menggunakan

energi secara efisien, memiliki keseimbangan yang baik antara tubuh, pikiran dan emosi, serta mampu menerima dan mencintai apa yang Anda memiliki. Kesehatan prima adalah keadaan sejahtera, yang berarti memiliki sikap dan perilaku yang mencerminkan kualitas hidup yang tinggi dan potensi pribadi yang maksimal. Mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan manusia harus memperhatikan lima aspek, antara lain sebagai berikut:

1. Dimensi Fisik Secara umum

Manusia dapat mempraktikkan gaya hidup aktif. Kapasitas fisik adalah kemampuan untuk melakukan tugas sehari-hari, mencapai kebugaran, mempertahankan nutrisi yang cukup dan mengatur tingkat penyimpanan lemak tubuh, serta menghindari penggunaan narkoba, alkohol dan tembakau/ rokok.

2. Aspek sosial

Kompetensi sosial adalah kemampuan untuk berinteraksi secara baik dengan orang lain dan lingkungannya, mampu memelihara dan mengembangkan kedekatan pribadi, mampu menghargai dan menoleransi semua sudut pandang, dan keyakinan yang berbeda dengan diri sendiri.

3. Pada aspek emosional

Kompetensi emosional adalah kemampuan seseorang untuk mengelola stres dan mengekspresikan emosi yang dapat diterima terhadap lingkungannya. Kesehatan emosional mencakup kemampuan untuk bertanggung jawab, menerima dan mengkomunikasikan emosi, serta dapat menerima keterbatasan orang lain.

4. Dimensi intelektual K

Kemampuan untuk belajar dan menggunakan informasi secara efektif antara individu, keluarga dan pengembangan karir. Kesehatan mental terdiri dari upaya konstan seseorang untuk tumbuh dan belajar beradaptasi secara efektif dengan perubahan baru.

5. Dimensi spiritual

Keyakinan akan adanya banyak kekuatan (seperti alam, sains, agama, dan bentuk kekuatan lainnya) yang dibutuhkan manusia untuk memenuhi kehidupannya. Setiap individu memiliki nilai, etika, dan moral masing-masing. Setiap komponen dari dimensi di atas mungkin tumpang tindih karena salah satu elemen

secara langsung memengaruhi yang lain. Seseorang yang belajar mengelola tingkat stres fisik juga dapat mempertahankan stamina emosional yang digunakan untuk melewati krisis.

Great Health mencakup semua aspek pekerjaan dalam model. Mendefinisikan kesehatan dari perspektif yang berbeda penting untuk meningkatkan kesadaran akan kompleksitas konsep kesehatan.

G. Komponen Kejadian Penyakit

Dalam konsep sehat menurut WHO diharapkan terjadi keseimbangan dan interaksi yang harmonis antara manusia, makhluk hidup lain dan lingkungannya. Dengan demikian, menurut definisi WHO, seseorang yang dinyatakan sehat adalah: tidak ada penyakit, tidak ada cacat, tidak ada kelemahan, badan bahagia, sejahtera dan sehat. Hal ini ideal dan sulit dicapai karena salah satu pemicunya adalah faktor lingkungan yang sulit dikendalikan. Anggota masyarakat yang sehat termasuk dalam pola status yang baik atau tingkat kebahagiaan yang tinggi. Sedangkan arah utama dari konsep good state adalah memperbaiki state yang sudah baik. Berikut ini unsur-unsur konsep keadaan yang baik:

1. Keadaan jasmaniah (*physical activity*)
2. Kesadaran gizi (*nutritional awareness*)
3. Pengelolaan terhadap stres (*stress management*)
4. Tanggung jawab mandiri (*self responsibility*)

Status kesehatan sering digunakan untuk menilai tingkat kesehatan suatu komunitas. Untuk mengetahui tingkat kesehatan, Kita bisa mengukur nilai faktor tubuh (berat badan, tekanan darah, laju pernapasan, cek cairan tubuh dan lain-lain). Penyakit adalah hasil adaptasi organisme terhadap lingkungan (non-adaptasi) dan reaksi antara manusia dan sumber penyakit. Penyakit adalah respons pribadi, interpersonal, budaya, atau tidak nyaman terhadap penyakit seseorang.

H. Faktor-faktor yang memengaruhi Kesehatan

Ada beberapa faktor yang memengaruhi Kesehatan, yaitu:

1. Faktor Genetik

Faktor ini memiliki dampak yang paling kecil terhadap kesehatan individu atau masyarakat dibandingkan dengan faktor lainnya. Misalnya, anak yang lahir dari orang tua yang menderita diabetes memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit

tersebut dibandingkan anak yang lahir dari orang tua yang tidak menderita diabetes. Untuk upaya pencegahan, anak yang lahir dari penderita diabetes harus diinformasikan dan selalu waspada terhadap faktor genetik yang diturunkan oleh orang tua. Oleh karena itu, sebaiknya atur pola makan, olahraga teratur, dan lakukan pencegahan lainnya agar tidak ada peluang genetik Anda menjadi faktor risiko berkembangnya penyakit diabetes pada diri Anda. Jadi, sebagai perbandingan, genetika adalah pelurunya, tubuh manusia adalah senjatanya, dan lingkungan/perilaku manusia adalah pemicunya. Semakin besar populasi yang berisiko penyakit bawaan, semakin sulit untuk meningkatkan status kesehatan. Oleh karena itu, konseling perkawinan yang baik sangat diperlukan untuk menghindari cacat lahir yang dapat dicegah secara efektif.

2. Faktor Pelayanan Kesehatan

Ketersediaan pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan akan memengaruhi tingkat kesehatan masyarakat. Pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan yang dipadukan dengan peningkatan sarana/prasarana keuangan dan fisik akan menjamin mutu pelayanan kesehatan. Pelayanan tersebut dapat mengurangi atau meningkatkan masalah kesehatan yang terjadi di suatu daerah atau sekelompok masyarakat. Misalnya, jadwal imunisasi yang teratur dan ketersediaan vaksin saat dibutuhkan, serta informasi tentang pelayanan imunisasi yang memadai kepada masyarakat akan meningkatkan cakupan imunisasi. Tingkat vaksinasi yang tinggi akan mengurangi kejadian penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin. Saat ini pemerintah telah berupaya untuk melengkapi 3 aspek yang erat kaitannya dengan upaya pelayanan kesehatan yaitu upaya menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun balai pengobatan, puskesmas, puskesmas Pembantu (Pustu), bidan desa, apotek desa dan lain-lain. Pelayanan rujukan juga meningkat karena bermunculan rumah sakit baru di setiap kabupaten/kota.

3. Faktor Perilaku Masyarakat

Ketersediaan pelayanan kesehatan tanpa adanya perubahan perilaku (partisipasi) masyarakat menimbulkan

potensi masalah kesehatan yang terus berkembang di masyarakat. Misalnya, menyediakan fasilitas dan vaksinasi tidak akan banyak membantu jika ibu tidak membawa anaknya ke tempat vaksinasi. Perilaku ibu yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia disebabkan oleh kurangnya pemahaman ibu tentang manfaat vaksinasi dan efek sampingnya. Pengetahuan ibu akan ditingkatkan melalui pendidikan kesehatan tentang vaksinasi yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Perilaku tidak sehat individu atau kelompok masyarakat juga akan memengaruhi faktor lingkungan yang memudahkan terjadinya penyakit. Perilaku sehat meningkatkan kesehatan, sebagaimana dibuktikan oleh banyak penyakit perilaku dan gaya hidup. Pola makan yang sehat dapat melindungi kita dari berbagai penyakit antara lain penyakit jantung, tekanan darah tinggi, stroke, obesitas, diabetes dan lain-lain. Tersedianya layanan kesehatan tanpa mengubah perilaku (partisipasi) masyarakat dalam hal perilaku/kebiasaan cuci tangan sebelum makan juga dapat membantu kita terhindar dari penyakit saluran cerna seperti diare dan penyakit lainnya

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia AN, Nuryadin, Yuniastini, dkk, Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cetakan: 1, Penerbit: Tahta Medika Group.
- Blum, Hendrik L. 1974. Planning for Health, Development and Application of Social Changes Theory. New York: Human Sciences Press. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med 1990;31(12):1347-63
- Dhalgren G, Whitehead M., 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Irwan, 2017, Etika dan Perilaku Kesehatan, Cetakan I, Penerbit CV. Absolute Media, Yogyakarta.
- Maisyarah, Fitria Fatma Adriani, dkk, 2021. Buku Digital Dasar-Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Penerbit CV. Medika Sains Indosenisa. Bandung
- Mubarak, W. I & Chayatin N. 2009. Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo Soekidjo. Kesehatan Masyarakat. Penerbit Rineka Cipta, 2011.
- Price SA, Wilson LM. Patofisiologi Konsep Klinis dan Proses-proses penyakit. Vol. 1. Edisi ke-enam. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2016.
- Riyadi Alexander Lucas, 2016. Ilmu Kesehatan Masyarakat, Edisi 1, Penerbit CV. ANDI Offset. Yogyakarta

BIODATA PENULIS



Sarinah Siregar, M.Kes lahir di Padangsidempuan, pada tanggal 18 Juli 1967. Pendidikan Magister Jurusan Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi dari Universitas Gadjah Mada pada Tahun 2005, saat ini sedang menyelesaikan pendidikan S3 di Universitas Jambi. Tahun 1991 bekerja di Akademi Kesehatan Pemda Aceh Utara, Provinsi NAD, selanjutnya tahun 2009 - 2018 bekerja di Akademi Analis Kesehatan (AAK) Provinsi Jambi. Tahun 2018 sampai sekarang dosen pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Jambi. Sebagai seorang pendidik aktif dalam melaksanakan kegiatan Tri Dharma PT, fokus penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang kesehatan reproduksi. Tahun 2020 menjabat sebagai ketua Pusat Unggulan Ipteks (Pusat Kajian Kesmas) Poltekkes Kemenkes Jambi.

BAB 5

Evidence Based Nursing (EBN)

Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep.,Sp.Kom

A. Pendahuluan

Pada tahun 1972, Profesor Archie Cochrane, seorang dokter dan peneliti medis di Inggris, menyoroti fakta bahwa sebagian besar keputusan terkait perawatan tidak didasarkan pada tinjauan sistematis bukti klinis. Dia mengusulkan agar para peneliti harus berkolaborasi secara internasional untuk secara sistematis meninjau semua uji klinis terbaik berdasarkan spesialisasi. Ini menyoroti kesenjangan yang ada antara penelitian dan praktik klinis dan mulai meyakinkan praktisi tentang manfaat dari pendekatan berbasis bukti. Perpustakaan *Cochrane* tetap menjadi salah satu sumber paling berpengaruh dari bukti yang ditinjau secara sistematis hari ini. Berdasarkan fenomena tersebut perawat merasa perlu meningkatkan pelayanan keperawatan melalui *Evidence Based Nursing* (EBN)/Keperawatan berbasis bukti.

Evidence Based Nursing/Keperawatan berbasis bukti adalah salah satu pendekatan yang memungkinkan perawat mengelola ledakan literatur dan teknologi baru dan pada akhirnya dapat menghasilkan peningkatan pelayanan pada klien (Mc Sherry, & R Scott, K. 2009).

Evidence Based Medicine (EBM)/Pengobatan berbasis bukti didefinisikan sebagai penggunaan bukti terbaik saat ini secara teliti, eksplisit, dan bijaksana dalam membuat keputusan mengenai perawatan pasien secara individu. Praktik pengobatan berbasis bukti berarti mengintegrasikan keahlian klinis individu dengan bukti klinis eksternal terbaik yang tersedia dari penelitian sistematis (David L, Sackett, et al, 1996).

Baik EBM maupun EBN berada di bawah payung praktik berbasis bukti. Pendekatan perawat terhadap praktik berbasis bukti

mungkin berbeda dari model biomedis standar. Perawat berkomitmen untuk memberikan perawatan holistik; merawat dan bekerja dengan klien untuk menangani berbagai masalah kesehatan. Efektivitas pengobatan hanyalah salah satu bagian dari proses pengambilan keputusan klinis: dalam memutuskan intervensi terapeutik, penerimaan pasien dan efektivitas biaya menjadi pertimbangan. Keterampilan berpikir kritis yang harus dimiliki perawat untuk bertahan dalam lingkungan klinis yang serba cepat saat ini. Siswa harus belajar mengembangkan metode pengambilan keputusan klinis yang independen dan berbasis bukti. Baik profesional medis maupun keperawatan telah mengeksplorasi perubahan ini dalam praktik perawatan kesehatan, penelitian dan pengembangan pengetahuan, sebuah perubahan paradigma yang disebut "praktik berbasis bukti".

Evidence Based Practice (EBP)/Praktik berbasis bukti "melibatkan kemampuan untuk mengakses, merangkum, dan menerapkan informasi dari literatur ke dalam masalah klinis sehari-hari". Praktik berbasis bukti "membutuhkan penekanan pada observasi dan pengalaman sistematis serta ketergantungan pada literatur penelitian untuk mendukung keputusan keperawatan." Praktik berbasis bukti memungkinkan praktisi memenuhi kebutuhan sehari-hari akan informasi valid tentang situasi klinis.

Praktik berbasis bukti memungkinkan perawat untuk memperkaya pelatihan dan pengalaman klinis mereka dengan penelitian terkini. Dengan banyaknya penelitian dan informasi yang ada dalam keperawatan, mempelajari keterampilan praktik berbasis bukti memungkinkan perawat untuk mencari, menilai, dan menerapkan literatur pada situasi klinis mereka.

Tujuan penulisan buku ini adalah memahami *Evidence Based Nursing* yang sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan, keselamatan pasien, keefektifan manajemen dalam pengelolaan pelayanan keperawatan, dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya bukti empiris dalam melaksanakan pelayanan keperawatan.

B. Pengertian Evidence Based Nursing (EBN)

Definisi keperawatan berbasis bukti bervariasi dalam literatur ilmiah. Tinjauan literatur ekstensif Scott & McSherry

(2009) mengamati kesamaan antara definisi EBN dan mensintesisnya untuk menghasilkan definisi berikut:

“Suatu proses berkelanjutan dimana bukti, teori keperawatan dan keahlian klinis praktisi dievaluasi dan dipertimbangkan secara kritis, bersamaan dengan keterlibatan pasien, untuk memberikan pemberian asuhan keperawatan yang optimal bagi individu.”

Evidence Based Practice adalah pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan dengan mengumpulkan bukti terbaik (Almaskari 2017). Evidence adalah kumpulan fakta yang diyakini kebenarannya. Ada dua bukti yang dihasilkan oleh evidence yaitu bukti eksternal dan internal. Evidence-Based Practice in Nursing adalah penggunaan bukti eksternal dan bukti internal (clinical expertise), serta manfaat dan keinginan pasien untuk mendukung pengambilan keputusan di pelayanan kesehatan (Chang, Jones, & Russell, 2013).

Evidence based practice ialah suatu strategi dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk dapat meningkatkan tingkah laku yang positif dengan menggabungkan bukti penelitian terbaik sehingga evidence-based practice dapat diterapkan ke dalam praktik keperawatan dan membuat suatu keputusan perawatan kesehatan yang lebih baik (Bostwick, 2013. Bloom et al., 2009. Azmoude, Elham et al., 2017).

C. Tujuan Evidence Based Nursing (EBN)

Penggunaan Evidence Based Nursing (Keperawatan berbasis bukti) memastikan bahwa praktik Keperawatan didasarkan pada bukti kuat dan manfaat pasien sebagai hasilnya. Menggunakan EBP juga menghasilkan rekomendasi dan praktik klinis yang lebih konsisten di seluruh layanan kesehatan.

Sebagai pemimpin dalam pengembangan dan penyebaran pengetahuan untuk meningkatkan praktik keperawatan, Sigma mendukung pengembangan dan penerapan keperawatan berbasis bukti (EBN). Masyarakat mendefinisikan EBN sebagai integrasi bukti terbaik yang tersedia, keahlian keperawatan, dan nilai serta preferensi individu, keluarga, dan komunitas yang dilayani. Hal ini mengasumsikan bahwa asuhan keperawatan yang optimal diberikan ketika perawat dan pengambil keputusan layanan kesehatan memiliki akses terhadap sintesis penelitian terbaru,

konsensus pendapat para ahli, dan dengan demikian mampu menggunakan penilaian mereka saat mereka merencanakan dan memberikan perawatan yang mempertimbangkan kebutuhan pasien, nilai-nilai dan preferensi budaya dan pribadi. Pendekatan terhadap asuhan keperawatan ini menjembatani kesenjangan antara bukti terbaik yang tersedia dan asuhan keperawatan yang paling tepat untuk individu, kelompok, dan populasi dengan beragam kebutuhan.

Masyarakat, bekerja sama dengan mitra utama yang memberikan informasi untuk mendukung penelitian keperawatan dan EBN di seluruh dunia, akan menjadi sumber informasi utama tentang EBN dengan kumpulan sumber daya, produk, dan layanan terintegrasi yang akan mendorong asuhan keperawatan yang optimal secara global. Masyarakat, bersama dengan mitra strategisnya, akan menyediakan sumber daya terkini dan komprehensif bagi perawat untuk menerjemahkan bukti terbaik ke dalam penelitian, pendidikan, administrasi, kebijakan, dan praktik keperawatan terbaik.

D. Prinsip Evidence Based Nursing (EBN)

Komponen Evidence Based Practice Nursing dalam membuat keputusan Praktik Keperawatan berdasarkan :

1. Bukti eksternal yang dapat bermula dari penelitian, fakta berdasarkan prinsip, pendapat seorang pimpinan, dan konsultasi dengan seorang yang profesional.
2. Bukti internal berupa kemampuan klinis yang diperoleh dari tata laksana dampak dan pengembangan mutu, analisis pada pasien dan evaluasi pelayanan pada pasien, dan pemakaian sumber yang ada.
3. Pilihan pada pasien.

Meskipun *evidence* atau bukti yang dianggap paling kuat adalah *systematic reviews* dari penelitian *Randomized Control Trial* namun penelitian deskriptif ataupun penelitian kualitatif yang berasal dari opini leader juga dapat dijadikan landasan untuk membuat sebuah keputusan klinis, jika memang penelitian sejenis RCT tidak tersedia. Begitu juga dengan teori pilihan atau nilai pasien untuk membuat keputusan klinis guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien.

Sering kali pertanyaan dari klinisi, bagaimana sebuah *evidence* atau bukti dan jenis bukti yang bagaimana yang dibutuhkan sampai bisa merubah sebuah praktek kesehatan. Level dan kualitas dari *evidence* atau bukti dapat dijadikan dasar dan meningkatkan kepercayaan diri seorang klinisi untuk merubah praktek

E. Kekuatan dan Kelemahan Evidence Based Nursing

1. Kekuatan *Evidence Based Nursing*
 - a. Memberikan pelayanan yang terbaik
 - b. Menggunakan sumber daya yang terbaik dan terpercaya
2. Kelemahan *Evidence Based Nursing*
Membatasi autonomi professional

F. Langkah-Langkah Evidence Based Nursing (EBN)

1. Ajukan Pertanyaan
Bangun pertanyaan klinis yang dibangun dengan baik yang berasal dari kasus ini.
2. Dapatkan Bukti
Pilih sumber daya yang sesuai dan lakukan pencarian untuk mendapatkan bukti.
3. Menilai Bukti
Menilai bukti untuk validitasnya (kedekatan dengan kebenaran) dan penerapannya (kegunaan dalam praktik klinis).
4. Terapkan Bukti
Mengintegrasikan bukti dengan keahlian klinis dan preferensi pasien dan berlaku untuk praktik.
5. Nilai Efeknya
Mengevaluasi kinerja dan keberhasilan perubahan dalam praktik.

Langkah -langkah dalam Proses *Evidence Based Practice Nursing* adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan keinginan pencarian (*inquiry*). *Inquiry* adalah semangat untuk melakukan penyelidikan yaitu sikap kritis untuk selalu bertanya terhadap beberapa fenomena dan kejadian yang terjadi saat praktek dilakukan oleh seorang petugas kesehatan dalam melakukan perawatan kepada pasien. Tanpa adanya budaya yang mendukung, semangat untuk menyelidiki atau meneliti baik dalam lingkup individu ataupun institusi tidak akan bisa berhasil dan dipertahankan. Membangun budaya EBPB terdapat elemen

kunci yaitu adanya semangat dalam melakukan penyelidikan, dimana semua tenaga kesehatan didorong untuk mempertanyakan kualitas praktek yang selama ini mereka jalankan dan pada saat ini mereka jalankan. Sebuah filosofi, misi dan system promosi klinis dengan mengintergrasikan *Evidence Based Practice*, mentor yang memiliki pemahaman mengenai *Evidence Based Practice*, mampu mengatasi tantangan atau hambatan yang mungkin dapat terjadi, mampu membimbing orang lain, ketersediaan infrastruktur yang mendukung untuk mencari informasi atau literatur seperti komputer dan laptop, dukungan dari administrasi dan kepemimpinan, serta motivasi dan konsistensi individu itu sendiri dalam menerapkan *Evidence Based Practice*. Beberapa pertanyaan yang dapat diajukan seperti : Apa yang harus saya lakukan terhadap kondisi atau masalah kesehatan saudara ?; Apa penyebab masalah kesehatan saudara?; Apakah saudara merasakan mengalami masalah kesehatan?; Siapa yang akan mengalami kondisi atau masalah tersebut ? Seberapa umum atau sering masalah tersebut muncul ? Apakah jenis masalahnya?

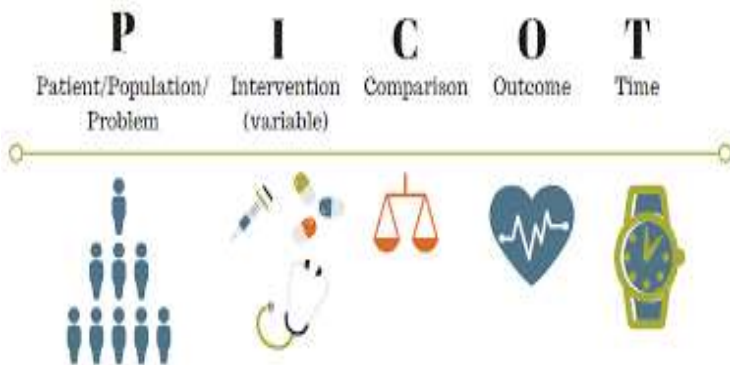
2. Mengajukan Pertanyaan PICO (T) question.

Dalam mencari jawaban untuk pertanyaan klinis yang muncul, maka diperlukan strategi yang efektif yaitu dengan membuat format PICO, sebagai berikut :

- a. P adalah pasien, populasi atau masalah baik itu umur, gender, ras ataupun penyakit. I merupakan intervensi baik itu meliputi treatment di klinis ataupun pendidikan dan *administrative*. Selain itu juga intervensi juga dapat berupa perjalanan penyakit ataupun perilaku beresiko seperti perilaku merokok. C atau comparison merupakan intervensi pembandingan bisa dalam bentuk terapi, faktor resiko, placebo ataupun non-intervensi.
- b. I adalah *Intervention, Prognostic Factor, Exposure* mewakili intervensi, prognosis, atau paparan yang ada dalam pertanyaan klinis yang diajukan, antara lain adalah terapi fisik maupun farmakoterapi, tes diagnostik, maupun paparan faktor resiko. Pertanyaan yang membantu untuk menyusun I adalah intervensi apa yang dipertimbangkan

untuk diberikan kepada pasien atau apa yang harus dilakukan pada pasien.

- c. C adalah *Comparison atau Control*
Kata-kata ini mewakili perbandingan atau kontrol yang digunakan sebagai pembanding dari intervensi yang dilakukan. Bagian C ini tidak selalu harus ada pada pertanyaan klinis yang disusun. Pertanyaan yang membantu untuk menyusun C adalah apa yang menjadi pembanding dari intervensi yang dipilih untuk pasien, yang bisa berupa obat lain, modalitas terapi lain, placebo, atau tes diagnostik lain
- d. O atau *outcome* adalah hasil yang ingin dicari dapat berupa kualitas hidup, *patient safety*, menurunkan biaya ataupun meningkatkan kepuasan pasien. *Outcome* mewakili luaran yang ingin dicapai dari pertanyaan klinis yang diajukan. Luaran ini bisa bersifat *disease oriented* atau *patient oriented*. Pertanyaan yang membantu untuk menyusun O adalah apa yang ingin dicapai dengan intervensi: ukuran, perbaikan, atau dampaknya.
- e. T (*Time frame*)/kerangka waktu dimaksudkan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai hasil yang diinginkan.



Gambar 1. Hawaii Pacific University (2023) **Levels of Evidence Based Research-Research Guides.**

Menurut Botswick et al, bahwa pada langkah selanjutnya membuat pertanyaan klinis dengan menggunakan format

PICOT yaitu P (patient atau populasi), I (intervention atau aksi/tindakan atau pokok persoalan yang menarik), C (comparison intervention atau intervensi yang dibandingkan), O (outcome atau hasil) serta T (Time frame atau kerangka waktu). Contohnya dalam membentuk pertanyaan sesuai PICOT adalah pada mahasiswa kebidanan (population) bagaimana mengatasi nyeri haid (dismenorea) dengan menggunakan kompres air hangat (intervention) dibandingkan dengan menggunakan aromaterapi (comparison atau pembanding) berakibat pada pengurangan nyeri haid (dismenorea) setelah penerapan dalam kurun satu siklus haid (time frame). Penggunaan PICOT non-intervensi juga dapat dilakukan misalnya bagaimana ibu dengan postpartum (population) payudara terkena infeksi payudara (masalah yang menarik) atas kecakapannya memberikan Air Susu Ibu (hasil) saat bayi usia 7 hari. Hasil maupun asal bukti atau literature yang diperoleh akan berbeda apabila kita memakai pertanyaan-pertanyaan yang salah maka dapat memperoleh ikhtisar yang berbeda dengan yang dibutuhkan

3. Menemukan Fakta

Menemukan fakta terbaik dengan memakai PICO (T) difungsikan guna mengawali penyelidikan data (evidence) yang unggul (terbaik), yaitu di amati dari macam dan level dalam penelitian. Beberapa tingkat penelitian yang dapat ditampilkan sebagai evidence atau bukti atau ciri yang unggul (terbaik) adalah meta-analysis dan *systematic review*. Terdapat lima jenjang yang dapat diambil sebagai bukti diantaranya:

- a. Data dari analisis statistik atau tinjauan Pustaka sistematis.
- b. Data desain Randomized Control Trial.
- c. Data kasus control dan cohort study.
- d. Data yang bermula pada deskripsi tunggal maupun studi mutu (qualitative).
- e. Informasi berawal dari pendapat atau badan ahli.

Dengan menggali bukti yang terbaik, faktor yang kerap menjadi kendala dalam jalannya penyelidikan atau pelacakan yaitu dependensi area atau asal mula sumber bukti yang bebas akses (free access) jurnal-jurnal riset. Beberapa basis data memuat berbagai referensi dari banyak

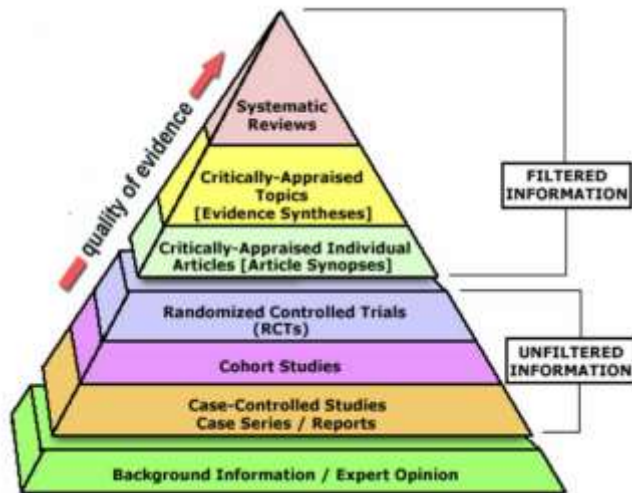
basis data serta sebagian bebas biaya. Contohnya pada Cochrane yaitu organisasi data based yang non profit, akan tetapi model data yang diinformasikan yaitu systematic review, sehingga kuantitas bukti yang diberikan terhingga dan berkisar tiga jutaan sitasi. Tetapi disarankan untuk melacak jawaban dari permasalahan klinis. Sebaliknya basis data yang paling lengkap untuk mendapatkan berbagai artikel maupun info tentang bidang kesehatan dan tingkatan bukti yaitu CINAHL dan Medline. Medline yaitu basis data yang bebas biaya dan tersambung dengan Pubmed. Artikel dari jurnal, sumber buku, maupun sumber dari disertasi dan dapat dilihat melalui sumber bukti secara langsung maupun dari Medline CINAHL. Sedangkan basis data PscycINFO yang lebih banyak memperlihatkan referensi ilmu terapan perilaku dan fungsi mental, ilmu diagnosis dan pengobatan, ilmu saraf guna persoalan klinis. Pubmed yaitu bibliografic basis data, terdiri konten bebas masuk dan memiliki tautan Medline.

Upaya melaksanakan penggalan bukti dari beberapa basis data yang tersedia yaitu :

- a. Menentukan basis data yang akan dipakai (apakah CINAHL, Medline, Pubmed etc).
- b. Mencari terminologi (istilah-istilah) atau pertanyaan ke dalam perbendaharaan kata dalam basis data.
- c. Memakai batas seperti macam data, publikasi tahun berapa serta usia sampel. Misalnya memberikan batas usia seperti usia 35 tahun atau lebih, limit atau membatasi tipe publikasi riset misalnya desain riset meta analisis dan publikasi dengan batas tahun 2014-2019.
- d. Melakukan perbandingan penggunaan basis data dengan database lainnya seperti Cochrane atau psycINFO.
- e. Melaksanakan penilaian atau evaluasi hasil yang didapatkan dan dapat kembali lagi ke prosedur yang kedua apabila dibutuhkan.

Prosedur memilih informasi melalui basis data diantaranya :

- a. Memilih istilah kunci, persamaan kata, maupun memiliki kaitan dengan persoalan yang telah diatur menggunakan format PICO.
- b. Menetapkan asal maupun basis data yang unggul dan paling baik guna memilih data akurat.
- c. Menggunakan prosedur pelaksanaan penggalian data dengan membatasi kosa kata yang dapat menuntun kita untuk memasukkan data yang ada pada database.



Gambar 2. LibGuides at Idaho State University (2023) Levels of Evidence Based Nursing .

DAFTAR PUSTAKA

- Almaskari, M. (2017). Omani Staff Nurses' and Nurse Leaders' Attitudes toward and Perceptions of Barriers and Facilitators to the Implementation of Evidence - Based Practice. Disertasi
- Chang, H. C., Jones, M. K., & Russell, C. (2013). Exploring attitudes and barriers toward the use of evidence-based nursing among nurse managers in Taiwanese residential aged care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(2), 36-42. (<https://doi.org/10.3928/00989134-20130110-02>, diakses tanggal 20 Juli 2023)
- Hawaii Pacific University (2023) *Levels of Evidence Based Research-Research Guides* (<https://hpu.libguides.com/NUR3710>, diakses tanggal 5 Agustus 2023)
- Khaghznizadeh, M., Nir, M. S., Noori, J. M., & Zicker, F. 2015. Evidence-based Nursing Education: A Scoping Review. *International Journal of Medical Reviews*, 2(3), 273-277.
- Royal J, Blythe J. (1998) *Promoting research utilisation in nursing: the role of the individual, organisation, and environment. Evidence-Based Nursing* July 1; 1(3): 71-72.
- Kittson, A. (2004). The state of the art and science of evidence-based nursing in UK and Europe. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 1(1), 6-8
- LibGuides at Idaho State University (2023) *Levels of Evidence Based Nursing* (<https://isu.libguides.com/evidence>, diakses tanggal 1 Agustus 2023)
- Rycroft-Malone, J., Bucknall, T., Melnyk, B.M., (2004). Editorial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 1(1), 1-2. www.blackwellpublishing.com/wvn.
- Sackett, David L et al. (1996) *Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't*. *BMJ*; 312: 71-72.
- Scott, K. & McSherry, R. (2009). *Evidence Based Nursing: clarifying the concepts for nurses in practice*. *Journal of Clinical Nursing*; 18(8): 1085-95.

BIODATA PENULIS



Dr. Yessy Dessy Arna, M.Kep., Sp.Kom lahir di Denpasar, pada 4 Desember 1976. Ia tercatat sebagai lulusan Fakultas Ilmu Keperawatan UI dan Program Doktorat Ilmu Kesehatan FKM-Unair. Wanita yang kerap disapa Yessy ini adalah anak dari pasangan Sudarso (ayah) dan Alm. Sri Hartini (ibu). **Yessy Dessy Arna** merupakan Dosen Bidang Ilmu Keperawatan di **Poltekkes Kemenkes Surabaya** dan Praktisi *Wound Care*. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat telah terpublikasi pada Jurnal Nasional terakreditasi dan jurnal Internasional. Bertugas sebagai Assesor LAM-PTKes dan Penyuluh Anti Korupsi LSP-KPK.

BAB 6

Falsafah dan Paradigma Keperawatan

Ns. Winasari Dewi, M.Kep.

A. Pendahuluan

Keperawatan dapat digambarkan sebagai seni dan ilmu pengetahuan; hati dan pikiran. Pada intinya, terdapat rasa hormat yang mendasar terhadap martabat manusia dan intuisi terhadap kebutuhan pasien. Hal ini didukung oleh pikiran, berupa pembelajaran inti yang ketat. Karena banyaknya spesialisasi dan keterampilan kompleks dalam profesi keperawatan, setiap perawat akan memiliki kekuatan, minat, dan keahlian tertentu.

Keperawatan mencakup perawatan otonom dan kolaboratif terhadap individu dari segala usia, keluarga, kelompok dan komunitas, sakit atau sehat dan dalam segala situasi. Keperawatan, sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan, mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang-orang yang sakit fisik, mental, dan cacat dari segala usia, di semua layanan kesehatan dan lingkungan komunitas lainnya.

Dalam spektrum pelayanan kesehatan yang luas ini, fenomena yang menjadi perhatian khusus perawat adalah “respon terhadap masalah kesehatan aktual atau potensial” individu, keluarga, dan kelompok. Respons manusia ini berkisar dari reaksi pemulihan kesehatan terhadap episode penyakit individu hingga pengembangan kebijakan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dalam jangka panjang.

Fungsi unik perawat dalam merawat individu, baik sakit maupun sehat, adalah untuk menilai respons mereka terhadap status kesehatan mereka dan membantu mereka dalam melakukan aktivitas yang berkontribusi terhadap kesehatan atau pemulihan atau kematian bermartabat yang akan mereka lakukan tanpa bantuan jika mereka harus melakukannya. kekuatan, kemauan,

atau pengetahuan yang diperlukan dan melakukan hal ini sedemikian rupa untuk membantu mereka memperoleh kemandirian parsial secepat mungkin.

Dalam menjalankan proses keperawatan tersebut, seorang perawat harus berlandaskan pada falsafah dan paradigma keperawatan. Proses keperawatan adalah sebuah pendekatan untuk pemecahan masalah yang mendukung kemampuan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Proses keperawatan mengandung elemen berpikir kritis yang memungkinkan perawat dapat melakukan penilaian dan melakukan tindakan berdasarkan nalar.

B. Falsafah Keperawatan

Menurut KBBi (2021), falsafah dimiliki setiap orang adalah adanya sebuah gagasan, anggapan, pemikiran yang mendalam tentang sesuatu dan sikap batin yang paling dasar serta mengungkapkan pemikiran yang dalam dijadikan sebagai pandangan hidup. Setiap manusia memerlukan falsafah dalam dirinya karena dengan falsafah seseorang dapat mengartikan nilai, kepercayaan dan pendapat mereka tentang dunia, dan menginformasikan ide-ide yang dimilikinya (Asmadi, 2008).

Falsafah hadir dalam diri seseorang berdasarkan pada pengalaman hidup yang dialaminya, dari cara mereka mengevaluasi suatu pengamatan dan percobaan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya (Lestari, 2018).

1. Definisi Falsafah Keperawatan

- a. Falsafah keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan nilai-nilai, etika, dan keyakinan perawat, serta motivasi mereka untuk menjadi bagian dari profesinya. Ini mencakup perspektif perawat mengenai pendidikan, praktik, dan etika perawatan pasien. Pernyataan ini dapat mempertimbangkan pendidikan perawat, pelatihan, praktik profesional, pendekatan pribadi terhadap perawatan pasien dan tujuan karir sebagai profesional keperawatan.
- b. Falsafah keperawatan adalah cerminan sistem nilai pribadi dan profesional, keyakinan, tujuan, etika, dan hubungan seseorang dengan dunia luas. Sebuah falsafah dapat

menjelaskan misi hidup seseorang, atau dorongan yang membawa mereka memasuki profesi keperawatan.

- c. Falsafah keperawatan merupakan sebuah pandangan dasar tentang hakikat seorang manusia dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam pelaksanaan praktek keperawatan. Hakikat manusia yang dimaksud disini adalah manusia sebagai makhluk hidup biologis, psikologis, sosial dan spiritual, sedangkan esensinya adalah falsafah keperawatan yang terdiri dari:
 - 1) Pertama, memandang bahwa pasien sebagai manusia holistik yang harus dipenuhi segala kebutuhannya baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spritual yang diberikan secara komprehensif dan tidak bisa dilakukan hanya secara sepihak atau sebagian dari kebutuhannya;
 - 2) Kedua, bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan harus secara langsung dengan tetap memperhatikan aspek kemanusiaan;
 - 3) Ketiga, setiap orang berhak memperoleh perawatan tanpa memandang perbedaan atas suku, kepercayaan, status sosial, agama, dan ekonomi;
 - 4) Keempat, pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem kesehatan mengingat bahwa perawat bekerja dalam lingkup tim kesehatan, bukan sendiri sendiri; dan
 - 5) Kelima, pasien adalah mitra yang selalu aktif dalam pelayanan kesehatan, bukan sebagai seorang penerima jasa yang pasif (Hidayat, 2009).
- d. Falsafah dalam keperawatan merupakan keyakinan perawat terhadap nilai-nilai yang dimilikinya, yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mengaplikasikan teori keperawatan dan memberikan ruang bagi perawat untuk lebih memahami tentang keperawatan terutama yang berkaitan dengan praktik keperawatan (Mcintyre & Mcdonald, 2013)
- e. Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu,

keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan dari setiap perawat, dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien (Budiono, 2016).

Beberapa definisi falsafah keperawatan, berfokus pada apa arti menjadi perawat bagi Anda, apa yang menurut Anda menjadikan Anda perawat yang hebat, atau apa yang menurut Anda menjadikan Anda perawat yang baik.

2. Fungsi Falsafah Keperawatan

Mengapa filosofi keperawatan penting? Hal tersebut dikarenakan dengan memiliki falsafah keperawatan maka dapat:

- a. Sebagai cara untuk meningkatkan interaksi dengan pasien, keluarga pasien, dan kolega Anda.

Memahami nilai-nilai yang berkaitan dengan keperawatan, seperti integritas, ketergantungan, dan rasa hormat, dapat membantu Anda mendekati setiap interaksi dengan tujuan menjunjung tinggi nilai-nilai tersebut. Misalnya, Anda mungkin menunjukkan ketergantungan dengan membantu sesama perawat melakukan prosedur yang rumit, atau Anda mungkin menunjukkan integritas dengan mengakui kesalahan dan berusaha memperbaikinya.

- b. Sebagai motivasi dalam menerima tantangan profesional
Sebagai seorang perawat, Anda mungkin mengalami tantangan di tempat kerja, seperti jam kerja yang panjang dan situasi pasien yang penuh tekanan. Mengingat mengapa menjadi perawat penting bagi Anda dapat membantu Anda tetap termotivasi dan fokus saat mengatasi tantangan tersebut. Misalnya, filosofi Anda mungkin berkisar pada kemampuan untuk membuat perbedaan dalam kehidupan pasien, yang dapat membantu Anda melihat perubahan jangka panjang Anda ke dalam perspektif.

- c. Sebagai panduan keputusan pengembangan karier
Dampak yang ingin Anda dapatkan sebagai perawat seringkali merupakan elemen kunci dari falsafah keperawatan, dan Anda dapat menggunakan elemen ini untuk memandu Anda dalam memilih peran keperawatan,

- memajukan pendidikan Anda, mendapatkan sertifikasi profesional, dan mengambil peran kepemimpinan yang semuanya selaras dengan keyakinan Anda.
- d. Sebagai proses pemahaman diri
Falsafah keperawatan membantu perawat memahami diri mereka sendiri dengan lebih baik, mengenali bagaimana pemikiran berdampak pada tindakan, bagaimana tujuan dipandang, dan bagaimana keputusan dibuat sepanjang karier seseorang.
 - e. Sebagai proses menerapkan pengetahuan yang dimiliki
Falsafah keperawatan memungkinkan individu untuk menerapkan pengetahuan secara maksimal, yang mengarah pada pengetahuan keperawatan lebih lanjut, dan bagi sebagian perawat, inspirasi untuk menciptakan teori. Selain itu, falsafah keperawatan juga membantu untuk mengidentifikasi keyakinan dan teori yang membentuk pilihan yang dibuat dalam pekerjaan setiap hari.
 - f. Sebagai proses berpikir kritis dan refleksi diri
Falsafah membantu perawat untuk berpikir lebih kritis dan berefleksi tentang bagaimana nilai-nilai mereka memengaruhi praktik dan cara mereka makhluk. Pemahaman yang lebih baik tentang pentingnya falsafah dalam dunia perawat tidak hanya relevan tetapi juga penting untuk disiplin dan praktik profesional (Bruce, 2014).
3. Kerangka Konseptual Falsafah Keperawatan
- Bruce (2014) mendefinisikan falsafah keperawatan melalui kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup. Berikut kerangka konseptual dari falsafah keperawatan menurut Bruce (2014):
- a. Falsafah Sebagai Bagian Dari Isi Keperawatan
Falsafah merupakan bagian isi dari keperawatan yang berhubungan dengan adanya fenomena utama dalam suatu profesi dan keilmuan yang terkait dengan manusia, sehat sakit, dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan sentral dari pemikiran filosofis yaitu mengenai apa itu perawat, apa itu keperawatan, dan apa yang dimaksud dengan keperawatan yang benar. Falsafah digunakan untuk membuat keputusan yang tepat dalam praktik keperawatan.

Falsafah sebagai bagian dari keperawatan berguna untuk perawat praktik, perawat pendidik, dan mahasiswa keperawatan.

b. Falsafah Sebagai Metode Keperawatan

Falsafah sebagai metode keperawatan membantu perawat dalam melakukan analisis, kritik, menghadapi tantangan, dan mengatasi kejadian situasional terkait dengan *patient safety*, dan etika keperawatan. Falsafah keperawatan dapat membantu perawat dalam mengembangkan kapasitas dirinya sebagai perawat yang menjunjung tinggi moral. Falsafah juga dapat membantu perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan yang berkaitan dengan bidang non keilmuan yang mungkin penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan itu sendiri. Contohnya dengan menggunakan penyelidikan filosofis perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti apa saja prinsip-prinsip praktik keperawatan? Apa saja batasan keperawatan? Bagaimana cara mengembangkan hubungan perawat klien? Dengan memikirkan pertanyaan-pertanyaan tersebut perawat dapat terlatih untuk berpikir kritis dan logika dalam mendefinisikan ilmu keperawatan.

c. Falsafah Sebagai Pandangan Hidup

Perawat mewujudkan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup dalam setiap tindakan praktik keperawatan yang dilakukannya meliputi pengetahuan, etika dan lainnya. Dengan menjadikan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup perawat dapat mengembangkan teori, praktik keperawatan dan meningkatkan profesionalitas (Bruce et al. 2014).

Tabel 1 Kerangka Konseptual Falsafah Keperawatan

	Falsafah sebagai bagian dari isi keperawatan	Falsafah sebagai metode keperawatan	Falsafah sebagai pandangan hidup
KERANGKA FALSAFAH	Falsafah digunakan untuk mengidentifikasi	Perawat menggunakan falsafah untuk	Falsafah mentransformasikan manusia menjadi lebih

CONTOH	fenomena utama yang menarik dalam suatu keilmuan Perawat mengkaji tentang keperawatan, pasien, lingkungan, sehat sakit, perkembangan keperawatan, mengidentifikasi dan memvalidasi pengetahuan tentang keperawatan, etika keperawatan, fenomena keperawatan, dan praktik keperawatan.	mengkaji keberagaman dan pengalaman. Sebagai metode falsafah keperawatan berguna untuk menggali kemungkinan, analisis, kritik, tantangan dan membuat asumsi, nilai dan kepercayaan.	bijaksana. Berperan dalam mengembangkan teori, praktik keperawatan, dan profesional perorangan.
--------	---	---	---

B. Paradigma Keperawatan

Untuk dapat menciptakan filsafah keperawatan, seseorang memerlukan pemahaman tentang paradigma keperawatan. Hardy (1978) memperkenalkan penggunaan paradigma keperawatan untuk berbagi gambaran komprehensif tentang profesi keperawatan.

Paradigma merupakan suatu keyakinan yang dimiliki oleh sekumpulan peneliti yang mengatur dan mengarahkan penyelidikan dalam disiplin ilmu untuk memecahkan masalah-masalah ilmiah dan mengatur serangkaian studi di lapangan. Kategori paradigma dibedakan oleh ontologis, epistemologis dan metodologis peneliti dalam membuat konsep penelitian. Perbedaan kategori paradigma ini menyebabkan antara satu

paradigma tidak bisa dibandingkan dengan paradigma lain (Jackson, 2015 ; Bahramnezhad et al.2015).

1. Definisi Paradigma Keperawatan

a. Paradigma keperawatan adalah landasan bagi pengetahuan dan filosofi keperawatan (Fawcett, 1984) dan empat konsepnya, yang tercantum di bawah ini, mewakili elemen inti dari semua teori keperawatan.

- Manusia: penerima asuhan keperawatan
- Keperawatan: pemberian perawatan, praktik (tujuan, peran, dan fungsi)
- Lingkungan: lingkungan sekitar pasien (pengaruh internal dan eksternal, fisik dan sosial)
- Kesehatan: tingkat kesejahteraan, kesejahteraan (Fawcett, 2005)



Gambar 1. Komponen Paradigma Keperawatan

Keempat konsep paradigma tersebut saling berinteraksi dan berhubungan satu sama lain. Manusia, lingkungan, dan kesehatan berhubungan dengan orang yang menerima asuhan keperawatan, sedangkan keperawatan tentu saja berfokus pada perawat. Secara Bersama, konsep-konsep ini membantu mendefinisikan isi dan konteks apa artinya menjadi seorang perawat. Penerapan keempat komponen pada proses keperawatan memungkinkan pendekatan perawatan pasien yang lebih lengkap.

Ketika menciptakan falsafah keperawatan seseorang, individu harus mempertimbangkan bagaimana masing-masing konsep ini saling berhubungan dengan ilmu pengetahuan dan seni keperawatan, dan bagaimana

hubungan ini diterapkan pada nilai pribadi dan sistem kepercayaan seseorang.

- b. Paradigma keperawatan merupakan sesuatu yang digambarkan sebagai pondasi bangunan yang memiliki tujuan dan memiliki nilai yang berkaitan antara satu dan lainnya (Parker, 2006). Bagaimana cara individu berpikir dan pengalaman yang dimilikinya untuk membantu orang lain dapat menginspirasi terbentuknya paradigma.
 - c. Paradigma keperawatan berasal dari adanya 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 memengaruhi pemikiran individu yang didapat dari hasil observasi terhadap suatu kejadian, dan situasi (Duff, 2011).
 - d. Paradigma keperawatan berasal dari dua kata. Pertama adalah paradigma dan yang kedua adalah keperawatan. Paradigma dapat diartikan sebagai pengetahuan umum yang mana didalamnya terdapat proses ilmiah yang umum dan secara historis dapat mencerminkan berbagai keberhasilan dalam suatu disiplin (Abdul Y, 2022).
2. Komponen Paradigma Keperawatan
- a. Manusia

Komponen manusia dalam paradigma keperawatan berfokus pada beragam kebutuhan dari mereka yang menerima asuhan keperawatan, termasuk pasien individu, keluarga, atau komunitas. Area ini mendorong perawat untuk memandang pasien sebagai makhluk emosional, spiritual, dan sosial yang juga memiliki kebutuhan fisik. Manusia dapat bertindak dan juga berperilaku baik secara verbal maupun nonverbal.

Dengan pandangan holistik ini, perawat dapat membantu pasien mengambil alih berbagai aspek kesehatannya. Ini mungkin melibatkan penekanan kepada pasien pentingnya:

- 1) Mengekspresikan emosi
- 2) Mencari dukungan spiritual

3) Tetap terhubung dengan keluarga dan teman

Dalam upaya memenuhi kebutuhannya manusia akan membutuhkan pertolongan dari orang lain. Jika mereka tidak dapat melakukannya, bisa jadi mereka akan mengalami stres. Salah satu pertolongan yang mereka butuhkan saat sakit berasal dari perawat. Hal tersebut dikarenakan seorang perawat yang profesional harus berhubungan dengan seseorang yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya.

Ketika perawat melihat pasien sebagai individu yang utuh dan bukan bagan medis yang berisi daftar kondisi, hal ini tidak hanya menguntungkan pasien, namun juga memperkaya pengalaman perawat dan memberikan makna yang lebih besar pada pekerjaan mereka.

b. Keperawatan

Definisi keperawatan dalam Undang-Undang Keperawatan No 38 Tahun 2014 adalah suatu kegiatan pemberian asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat baik dalam keadaan sehat atau sakit. Keperawatan dapat diwujudkan dengan adanya pelayanan keperawatan profesional yang merupakan bagian terintegrasi yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan.

Dalam paradigma keperawatan, komponen keperawatan membahas apa yang dilakukan perawat dan apa yang mereka ketahui. Terdiri dari tindakan dan intervensi keperawatan, serta keterampilan seorang perawat, baik teknis maupun lunak. Bagaimanapun juga, keperawatan yang sukses memerlukan lebih dari sekedar kemampuan untuk melakukan tes diagnostik yang tepat. Ini juga membutuhkan kasih sayang dan kerja sama tim. Selain itu, komponen keperawatan mempertimbangkan:

- 1) Pengalaman kerja
- 2) Pengetahuan tentang teori dan praktik terbaik
- 3) Penerapan pengetahuan profesional dalam perawatan pasien secara langsung dan tidak langsung

Keperawatan memiliki fungsi yang unik, yaitu membantu individu, baik sehat maupun sakit. Fungsi ini ditampilkan dengan melakukan kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan, penyembuhan penyakit, dan membantu klien mendapatkan kematian yang damai. Hal ini dilakukan untuk membantu pasien mendapatkan kembali kemandiriannya secepat mungkin (Abdhul, 2022).

c. Lingkungan

Komponen lingkungan dalam paradigma keperawatan mempertimbangkan lingkungan sekitar pasien, menyadari bahwa lingkungan dapat memengaruhi kesejahteraan secara signifikan. Lingkungan sekitar pasien dapat mencakup ruang fisik, serta lingkungan sosial dan emosional. Lingkungan terbagi menjadi:

- 1) Lingkungan fisik, yakni lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia. Lingkungan fisik ini misalnya cuaca, musim, letak geografis, dan lain sebagainya.
- 2) Lingkungan non-fisik, lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi antarmanusia yang meliputi sosial budaya, nilai, norma, adat istiadat, dan lainnya.

Interaksi pasien dengan keluarga, teman, dan profesional kesehatan dapat memengaruhi kesehatan. Misalnya, interaksi negatif dengan perawat atau kerabat dapat membuat pasien stres, sedangkan interaksi positif seringkali memperbaiki kondisi pikiran pasien. Komponen lingkungan juga dapat mencakup hal-hal berikut:

- 1) Budaya
- 2) Keadaan ekonomi
- 3) Teknologi
- 4) Lokasi geografis

Semua aspek lingkungan seseorang ini dapat memengaruhi hasil kesehatan.

d. Kesehatan

Untuk dapat dengan mudah memahami mengenai konsep sehat, harus dimulai dengan bagaimana seseorang dapat melihat dan mengartikan apa itu sehat secara luas. Hal tersebut karena masyarakat seringkali beranggapan bahwa sehat adalah tidak sakit. Artinya apabila tidak ada gejala penyakit yang terasa, maka tubuh kita sehat. Padahal pendapat tersebut kurang tepat, karena ada beberapa penyakit yang tidak menimbulkan gejala, dan setelah cukup parah, baru menimbulkan gejala, misalnya kanker dan lain sebagainya (Abdhul, 2022).

Dalam paradigma keperawatan, komponen kesehatan mengacu pada tingkat kesejahteraan pasien saat menerima asuhan keperawatan. Namun, komponen ini juga mempertimbangkan kualitas kesehatan sepanjang masa hidup, seiring dengan fluktuasi kesehatan, dan permasalahan kesehatan di masa lalu yang dapat muncul pada berbagai tahap dan permasalahan yang ada saat ini.

Komponen paradigma tentang sehat dan kesehatan dapat berkembang menjadi suatu pemahaman yakni “terciptanya suatu kondisi fisik dan psikologis seseorang yang bebas dari tanda dan juga keluhan akibat terjadinya masalah kesehatan di mana orang tersebut dapat memperlihatkan kinerja aktif, dinamis, efektif, dan kemampuan menyesuaikan diri terhadap tantangan dan ancaman yang datang dan memiliki kemampuan untuk mempertahankan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual secara seimbang” (Abdhul, 2022). Berdasarkan hal tersebut, semua faktor yang harus dipertimbangkan perawat ketika memilih rencana perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini & Lewinita. (2019). *Konsep Dasar Keperawatan*. Universitas Kristen Indonesia
- Alligood, MR (2015). *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier.
- Anderson, E.T., & McFarlane, J.M. (2011). *Community as Partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan Komprehensif*. Jakarta: Badan.
- Budiono & Pertami. (2019). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Bahramnezhad, F., Shiri, M., Asgari, P., & Afshar, P. F. (2015). A review of the nursing paradigm. *Open Journal of Nursing*, 5(01), 17.
- Hidayat, A. A. (2009). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jackson, J. I. (2015). *Nursing paradigms and theories: A primer*.
- Kelly, M., Dowling, M., & Millar, M. (2018). The search for understanding: The role of paradigms. *Nurse researcher*, 25(4), 9-13.
- Lestari, L. (2018). *Buku Falsafah dan Teori Keperawatan*.
- McIntyre, M., & McDonald, C. (2013). *Realities of Canadian nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Patriyani, R. E. H., Ningsih, S. R., Sulistyowati, E. C., Sunaryanti, B., Setyawati, D., Aseta, P., ... & Indriati, R. (2023). *KONSEP DASAR KEPERAWATAN*. Penerbit Tahta Media.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P. & Hall, A. (2016). *Fundamentals of Nursing*. St. Louis, Missouri : Elsevier.
- Saputri, V. A. (2019). *KONSEP DASAR PROSES KEPERAWATAN DALAM FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN*. *Jurnal Kesehatan*, 4.
- Undang-Undang Republik Indonesia. (2015). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan*.

BIODATA PENULIS



Ns. Winasari Dewi, M.Keper. lahir di Garut, pada 29 September 1989. Penulis bekerja sebagai Dosen Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana. Mengajar mata kuliah Keperawatan Anak dan Praktik Klinik Keperawatan Anak. Penulis merupakan alumni dari Program Sarjana dan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran (2007-2012) serta Magister Keperawatan Anak di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014-2017).

BAB 7

Model Konsep dan Teori Keperawatan

Chatarina Suryaningsih, S. Kep., Ners., M. Kep

A. Teori Keperawatan

1. Definisi Teori

- a. Teori didefinisikan sebagai pemeriksaan sistematis peristiwa aktual melalui konstruksi hubungan tertentu dengan konsep yang digunakan untuk menjelaskan, menganalisis, dan memprediksinya.
- b. Glaser dan Strauss = Teori ini didasarkan pada fakta yang diperoleh melalui analisis dan diperoleh secara metodis melalui pendekatan perbandingan.
- c. SnelBaker 1974 = "Secara teori, yang kami maksud adalah konsep yang terintegrasi secara sintetis, atau proposisinya, yang mematuhi aturan tertentu, logis, dan juga dapat merujuk pada fakta yang diamati, dan digunakan untuk memprediksi dan menjelaskan peristiwa yang diamati."
- d. M.Laughin 1988 = "Penelitian menghasilkan teori untuk menafsirkan kepadatan, atau generalisasi evaluasi kepadatan dan kesatuan."
- e. KBBi (1997) = "Teori adalah sudut pandang yang ditawarkan sebagai penjelasan untuk suatu peristiwa." (Lestari & Ramadhaniyati, 2021)

2. Komponen Dasar Teori

a. Konsep

Konsep adalah formulasi mental yang rumit dari pandangan dunia seseorang (Stevens, 2013), Konsep membantu kita dalam membentuk objek dan situasi, serta mengacu pada hal-hal dan kejadian di lingkungan kita ketika berbicara. Teori dibentuk dengan menghubungkan

konsep. Kerangka konseptual adalah struktur yang menghubungkan konsep-konsep global dan menggambarkan seluruh jajaran realitas.

b. Proporsi

Proposisi adalah pernyataan mengenai gagasan atau hubungan antara dua atau lebih konsep. Mengatakan bahwa orang tampak lebih bahagia di musim semi adalah contoh komentar yang tidak mengasuh. Pernyataan ini menghubungkan gagasan kebahagiaan dan waktu, serta konsep ketidakberdayaan dan kehilangan, dan diungkapkan sebagai berikut: "Kehilangan berulang dan cepat mengurangi sensasi impotensi."

(Grove et al., 2015).

Teori juga bisa menjadi hubungan atau struktur intelektual antar konsep. Bahkan jika ada bukti yang bertentangan dengan hipotesis yang mapan, itu mungkin dikembangkan atau ditinggalkan. Akibatnya, hipotesis dapat diubah, diuji, atau digunakan dalam panduan penulisan ilmiah (Rofli, 2021).

3. Fungsi Teori

- a. Teori transformasi merangkum fakta dan hukum yang ada.
 - b. Teori-teori baru dapat memengaruhi atau mengubah hubungan antara hukum dan fakta.
 - c. Apa pun dengan makna yang diakui dapat diubah menjadi komponen baru dalam teori baru.
 - d. Menyegarkan konten dan bentuk pengetahuan yang diterima
- (Lee, 2014).

4. Manfaat Teori

- a. Pendidikan = pengembangan kurikulum, peningkatan pengetahuan, kerangka ilmiah, dan pemikiran analitis
- b. Melakukan penelitian, memberikan arahan dalam proses keperawatan, dan menerima ide-ide revisi adalah contoh penelitian.

- c. Praktik = metode ilmiah, model praktik, peningkatan kualitas layanan, otonomi profesional, dan pengembangan professional (Masters, 2011).

5. Teori dan Praktik

Teori dan skenario yang berkembang yang diselidiki adalah yang paling relevan dan bermanfaat. Teori, seperti teori Carter dan Wallace, sering didikte oleh aktivitas dan biasanya berlaku terutama untuk populasi yang lebih besar daripada individu. Kesenjangan teoritis berikut tidak dapat digunakan dalam praktik keperawatan:

- a. Ketidakmampuan pendidik untuk membujuk perawat praktik tentang validitas teori.
- b. Infrastruktur yang tidak efisien dan taktik manajemen perubahan yang tidak efektif
- c. Perawat klinis mencapai kesepakatan dan mengundurkan diri.
- d. Apresiasi Profesional
(Koldestam et al., 2021).

6. Tingkatan Teori

a. *Nursing Philosophy*

Ini menekankan pentingnya fenomena keperawatan. Ini memberikan perspektif praktik dengan menetapkan penekanan dan tujuan praktik, serta perspektif penelitian dengan menyoroti fenomena yang relevan dalam keperawatan.

Contoh:

- 1) Nightingale Philosophy and of Nursing Practice
- 2) Watson Philosophy and Science of Caring
- 3) Benner's Philosophy of Nursing Practice (Brandão et al., 2019).

b. *Conceptual Models*

Suatu sistem konsep yang saling berhubungan yang digunakan untuk menggambarkan, menjelaskan, dan mengantisipasi interaksi antar fenomena. Karena ini adalah anteseden atau mempunyai syarat yang cukup untuk teori besar atau teori rentang menengah, model konseptual ini menggunakan simbol dan diagram untuk

mewakili konsep dan menggambarkan metaparadigma dalam berbagai cara. Model konseptual ini menentukan metaparadigma dalam beberapa cara (McEwen & Wills, 2014).

Contoh :

- 1) *Orem Self Care Model*
- 2) *Roy Adaption Model*
- 3) *Levine Conservation Model*
- 4) *Betty Newman System Model*
- 5) *Conceptual System Imogene King*

c. *Grand Nursing Theory*

Konsep ini tidak didefinisikan secara operasional, tidak dapat diuji atau dinilai secara langsung, dan dapat diterapkan pada berbagai populasi (Evangelista et al., 2020).

Contoh:

- 1) *Culture Care Theory Leininger*
- 2) *Transition Theory Maleis*
- 3) *Health Promotion Model Pender*
- 4) *Theory of Nursing as Caring Boykin and Schoenhofer*

d. *Middle Range Theory*

Ketika fenomena atau konsep minat tertentu bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, atau memprediksi fenomena tertentu dalam praktik klinis, teori ini sangat khusus dalam bidang keperawatan, cukup mudah untuk dipahami dan diterapkan, dan spesifik. Dan itu bisa diukur (Leandro et al., 2020).

Contoh :

- 1) *Theory of Comfort Kolcaba,*
- 2) *Theory of Caring Swanson*
- 3) *Theory of Self Transcendence Pamela Reed*

7. *Empirical Indikator*

Sebuah ilustrasi menunjukkan bagaimana teori ini diimplementasikan dalam pengaturan dunia nyata. Alat pengukuran digunakan dalam tindakan empiris untuk menentukan dampak praktik keperawatan. Indikasi empiris mendukung konsep layanan dan menyoroti keunggulan teori (Novita et al., 2022).

8. Perbandingan Konsep Utama Antar Tingkatan Teori (Risnah; Irwan, 2020)
 - a. *Philosophy* = Makna dan kejadian keperawatan dijelaskan dengan menggunakan gagasan yang sangat abstrak. Contoh, *Watson Philosophy and Science of Caring*
 - b. *Conceptual models* = Konsep abstrak lebih abstrak dari teori. Contoh, *Self-Care Model dan Adaption models*
 - c. *Grand theory* = Konsep tidak spesifik dan relatif abstrak. Contoh, *Culture Care dan Transition Theory*.
 - d. *Middle Range Theory* = Konsep spesifik. Contoh, *Theory of Comfort dan Maternal Role Attainment*.
9. Teori Keperawatan

Teori keperawatan adalah sudut pandang atau pedoman yang digunakan dalam pendidikan dan praktik keperawatan. Banyak teori keperawatan memengaruhi proses keperawatan. Empat model teori keperawatan saat ini sedang dikembangkan dan diterapkan pada keperawatan, baik untuk tujuan pendidikan maupun dalam praktik keperawatan. Semua model ini menjelaskan prinsip yang sama, yaitu:

- a. Seseorang yang menjalani perawatan
- b. Lingkungan (komunitas)
- c. Kesehatan (Kesehatan/Penyakit, Sehat dan Sakit)
- d. Peran keperawatan dan perkembangan (tujuan, peran, fungsi) (Brandão et al., 2019)

Semua teori keperawatan modern didasarkan pada empat konsep yang terdiri dari model keperawatan. Setiap teori keperawatan menggunakan empat teori, masing-masing dengan seperangkat interpretasi dan hubungannya sendiri. Beberapa contoh teori keperawatan:

- a. Teori Catherine E. Barnard
 - 1) Model untuk menilai kesehatan anak-anak sedang dikembangkan.
 - 2) Kekhawatiran tentang peningkatan kesehatan bayi baru lahir dan keluarga; Temuannya tentang interaksi orang tua-anak sebagai prediktor utama perkembangan kognitif akan membantu membentuk kebijakan publik.

- 3) Perhatikan interaksi ibu-anak dengan lingkungan sekitar.
 - 4) Berkontribusi secara signifikan terhadap pendekatan yang telah mengubah cara penyedia layanan kesehatan mengevaluasi anak-anak dari perspektif orang tua-anak (Kitson, 2018).
- b. Teori Cheryl Tatano Beck
- 1) Teori depresi postpartum
 - 2) "Melahirkan bayi adalah kesempatan yang menggembarakan, namun sukacita bukanlah pilihan bagi sebagian wanita."
 - 3) Menjadi perawat berarti memiliki komitmen untuk merawat orang yang dicintai, mahasiswa keperawatan, dan satu sama lain.
 - 4) Memberikan bukti untuk membantu memahami dan menghindari depresi pasca persalinan. "Persalinan bayi adalah kesempatan untuk sukacita; Bagi wanita lain, kegembiraan bukanlah pilihan."
(McKenna, H., Pajnkhar, M., & Murphy, 2013).
- c. Teori Ramona T. Mercer
- 1) Keperawatan "Menjadi Ibu" adalah praktik promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, saran bagi orang-orang yang membutuhkan dukungan profesional untuk mencapai tingkat kesehatan dan kinerja yang optimal, dan penelitian untuk memperluas landasan pengetahuan untuk asuhan keperawatan yang tepat. Ini adalah profesi yang dinamis dengan tiga fokus utama:
 - 2) "Perawat adalah profesional kesehatan yang bekerja paling dekat dengan wanita selama siklus kelahiran."
 - 3) Memperoleh peran sebagai ibu adalah proses koneksi dan perkembangan bertahap. Ibu terikat dengan anak-anaknya, memperoleh keterampilan dalam kegiatan pengasuhan yang terkait dengan

perannya, dan menunjukkan kegembiraan dan kepuasan.

- 4) Menyediakan ibu non-tradisional dengan layanan kesehatan yang tepat untuk membantu mereka menciptakan identitas ibu yang kuat.
- 5) Perbedaan antara teori Mercer dan teori Barnado adalah bahwa Barnado berfokus pada interaksi ibu-anak dengan lingkungan, sedangkan Mercer berfokus pada bagaimana ibu memainkan peran ibu dari konsepsi melalui kelahiran anak, dan pada bayi (Leandro et al., 2020).

d. Teori Pamela G. Reed

- 1) Teori transendensi diri
- 2) Transendensi diri mengacu pada perubahan dalam batas-batas yang dirasakan yang memperluas visi seseorang (atau diri) tentang diri mereka sendiri dan dunia di luar keterbatasan mereka saat ini.
- 3) Kerentanan, transendensi diri, dan kenikmatan adalah tiga prinsip utama.
- 4) Berikan wawasan tentang sifat perkembangan dan pertumbuhan manusia yang berkaitan dengan masalah yang berhubungan dengan perawatan kesehatan.

e. Teori Carolyn L. Wiener dan Marylin J. Dodd

- 1) Model teoritis perkembangan penyakit
- 2) "Ketidakpastian yang terkait dengan penyakit kronis seperti kanker adalah sumber ketidakpastian yang signifikan dalam hidup."
- 3) Ini memberikan perawat, dasar untuk memahami bagaimana pasien kanker mengatasi ketidakpastian yang bermanifestasi sebagai kehilangan kendali. Melalui aliran dinamis dari berbagai peran yang terlibat dalam mengelola kejadian penyakit, pengaturan pengobatan, dan perawatan, pasien dan keluarga mengelola

- ketidakpastian dan bekerja secara strategis untuk mengurangi ketidakpastian.
- 4) Memberikan pemahaman baru tentang bagaimana pasien dan keluarga mengatasi ketidakpastian dan bekerja secara strategis untuk mengurangi ketidakpastian melalui aliran dinamis kejadian penyakit, pengaturan pengobatan, dan berbagai pemangku kepentingan yang terlibat dalam pemberian perawatan.
- f. Teori Kristen M. Swanson
- 1) Teori Kepedulian
 - 2) "Kebaikan memupuk hubungan dengan orang-orang terkasih yang merasakan kewajiban dan tanggung jawab pribadi."
 - 3) Keperawatan didefinisikan sebagai keperawatan yang bermanfaat bagi orang lain. Ini menyediakan kerangka kerja untuk meningkatkan praktik keperawatan, pendidikan, dan penelitian mutakhir sambil menghubungkan kembali sektor ini dengan nilai-nilai tradisional dan akar penyembuhannya.
- g. Teori Rosemarie Rizzo Parse
- 1) Penjelasan tentang bagaimana manusia menjadi manusia.
 - 2) "Keperawatan adalah ilmu dan seni pertunjukan keperawatan yang dilakukan bekerja sama dengan orang-orang dalam perjalanan mereka (individu, kelompok, dan komunitas)."
 - 3) Keperawatan adalah ilmu dan seni manusia yang menggunakan koleksi informasi abstrak untuk membantu orang.
 - 4) Tiga tema mendominasi: makna, ritme, dan transendensi.
- h. Teori Martha E. Rogers
- 1) Dalam Rogers Human Theory, ia mendefinisikan keperawatan sebagai "seni dan sains yang manusiawi dan manusiawi".

- 2) Ilmu integrasi manusia melibatkan dua aspek. Salah satunya adalah ilmu keperawatan, yaitu pengetahuan khusus di bidang keperawatan yang diperoleh dari penelitian ilmiah. Dan 'The Art of Nursing' adalah tentang memanfaatkan kreatif keperawatan untuk meningkatkan kehidupan pasien.
- 3) Ketika berhadapan dengan kesehatan atau pengobatan, pasien tidak bisa lepas dari lingkungan sekitar (Lee, 2014).

B. Model Konsep Keperawatan

1. Definisi

- a. Model konsep keperawatan adalah cara pandang terhadap lingkungan kerja yang melibatkan perawat.
- b. Suatu keyakinan terhadap suatu benda, benda, peristiwa atau hal-hal yang bersumber dari pengalaman seseorang yang berhubungan dengan pemikiran, gagasan atau keyakinan tersebut.
- c. Model keperawatan memberikan panduan bagi organisasi keperawatan untuk memperoleh informasi sehingga perawat dapat bertindak cepat terhadap apa yang terjadi dan praktik terbaik (Leandro et al., 2020).

Kumpulan konsep yang saling berhubungan yang dimaksudkan untuk menggambarkan, menjelaskan, dan meramalkan korelasi antara fenomena; Ini lebih abstrak daripada teori, menggunakan simbol atau diagram untuk mewakili ide, dan berfungsi sebagai awal dari teori besar atau teori jarak menengah. Metaparadigma didefinisikan secara berbeda oleh masing-masing Model Konseptual.

Model keperawatan diterapkan dalam praktik, penelitian, dan pendidikan. Karena keperawatan digunakan secara teoritis, model konsep keperawatan harus diperkenalkan dan dipahami oleh profesi keperawatan. Beberapa model konseptual keperawatan dipilih dan disempurnakan berdasarkan relevansinya dalam praktik keperawatan di Indonesia, yaitu:

- a. Florence Nightingale

- b. *Complementary-Supplementary* dari Henderson
 - c. *Self-Care Model* dari Orem
 - d. *Interpersonal Process Model* dari Peplau
 - e. *Health Care System Model* dari Betty Newman
 - f. *Adaptation Model* dari Roy
 - g. *Philosophy of Caring* dari Jean Watson
 - h. *Cultural Care Theory* dari Madeline Leninger (Lee, 2014)
2. Model Konseptual Florence Nightingale
3. Model Konseptual *Complementary-Supplementary* Henderson

Florence Nightingale menggarisbawahi bahwa keperawatan adalah profesi yang didedikasikan untuk menemukan dan menggunakan hukum alam dalam pengembangan dan pembangunan layanan perawatan kesehatan. Tujuan keperawatan adalah untuk mengobati, memperbaiki, dan mencegah penyakit secara alami. Manusia adalah keseluruhan tubuh, intelektual, dan metafisik yang lengkap dan potensial. Definisi kesehatan adalah keadaan bebas dari penyakit dan memegang kendali penuh atas kekuatan seseorang. Sementara Florence percaya bahwa lingkungan merupakan faktor eksternal yang berdampak pada kesehatan dan penyakit seseorang.

Menurut Henderson, tujuan asuhan keperawatan adalah kemandirian individu dalam memenuhi 14 kebutuhan dasar manusia. Bernapas, makan dan minum, eliminasi, mobilisasi, tidur dan istirahat, berpakaian, mengendalikan suhu tubuh, ironi, menghindari bahaya, berkomunikasi, bekerja, bermain, dan belajar adalah empat belas kebutuhan dasar.

Klien atau individu adalah manusia yang lengkap, lengkap, dan mandiri dengan 14 kebutuhan dasar. Tanggung jawab perawat di sini adalah untuk mempertahankan atau mengembalikan kebebasan individu dalam menangani kebutuhan dasar manusia. Tidak adanya atau kurangnya kekuatan / kemampuan, kemauan, atau

pemahaman adalah tantangan yang dihadapi dalam mencapai usia dasar. Akibatnya, tujuan kegiatan keperawatan adalah untuk mengurangi sumber utama kesulitan individu.

Intervensi perawat yang menggantikan, menambah, menambah, membangkitkan, atau meningkatkan kekuatan, kemauan, atau pengetahuan. Tujuan dari langkah-langkah tersebut adalah untuk mempromosikan kemandirian dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia dan / atau untuk memungkinkan individu untuk mati secara damai.

4. Model Konseptual *Self Care Model* Dorothea E. Orem

Menurut Orem, tujuan asuhan keperawatan adalah untuk memberikan asuhan keperawatan otonom yang optimal sehingga klien dapat mencapai dan menjaga kesehatan yang optimal. Karena lebih berfokus pada fitur pencegahan dan promosi, teori Orem sangat cocok untuk digunakan dalam keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan disesuaikan dengan tingkat ketergantungan klien serta tuntutan dan kemampuannya.

Orem percaya bahwa klien atau individu adalah unit biologis, simbolik, dan sosial yang memulai dan melakukan tindakan perawatan diri untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan. Menurut Orem, tugas perawat adalah memberikan bantuan dalam memengaruhi pertumbuhan klien dalam memperoleh tingkat perawatan / perawatan diri yang optimal. Kesulitan dapat timbul dari segala sesuatu yang mengganggu perawatan/perawatan diri seseorang, barang, kondisi, peristiwa, atau beberapa campuran dari aspek-aspek tersebut.

Intervensi berpusat pada adanya ketidakmampuan untuk mempertahankan perawatan diri. Akibatnya, lima jenis bantuan umum diperlukan: memimpin, mendukung, menciptakan lingkungan yang menguntungkan untuk pengembangan, dan pengajaran. Evaluasi ini adalah kemungkinan untuk kesehatan yang maksimal dan utuh,

dan meningkatkan kompleksitas organisasi (McEwen & Wills, 2014).

5. Model Konseptual *Interpersonal Process Model* dari Hildergard Peplau

Menurut Peplau, tujuan asuhan keperawatan adalah untuk menciptakan kepribadian melalui hubungan interpersonal yang mendidik dalam memenuhi persyaratan Mien. Klien adalah sistem yang berkembang yang terdiri dari karakteristik biologis, fisiologis, interpersonal, dan kebutuhan yang terus-menerus berusaha memenuhi keinginannya dan mengintegrasikan banyak pengalaman. Peran perawat adalah menetapkan tujuan proses partisipatif interaksi interpersonal dengan klien, dalam hal ini peran perawat sebagai orang asing, pendidik, narasumber, pengasuh pengganti, pemimpin, dan konselor sesuai fase proses interpersonal.

Masalah yang dialami selama intervensi adalah kecemasan yang dihasilkan oleh ketidakmampuan untuk menghubungkan pengalaman interpersonal lama dengan yang sekarang. Kecemasan yang terjadi ketika komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologis dan biologis seseorang. Perilakunya dimotivasi oleh kecemasan yang diciptakan oleh hubungan interpersonal yang mengubah kepribadiannya. Dalam melakukan proses interpersonal mengenal beberapa fase yaitu:

1. Fase orientasi. Dalam konteks ini, berfokus pada membantu klien dalam mewujudkan ketersediaan bantuan dan membangun keyakinan pada kemampuan perawat untuk berpartisipasi dengan sukses dalam penyediaan asuhan keperawatan.
2. Periode identifikasi. Fase ini terjadi ketika perawat memungkinkan ekspresi sentimen klien dan mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Ekspresi sentimen klien, dengan perawat secara aktif mendengarkan tanpa penolakan, akan membantu dalam mengarahkan perasaan dan memperkuat aspek positif dari kepribadian klien.

3. Tahap eksploitasi. Fase ini memungkinkan pengaturan di mana klien dapat memperoleh keuntungan dari hubungan berdasarkan pemikiran atau kesan tentang keadaan yang dihadapi.
4. Fase resolusi. Klien secara bertahap melepaskan diri dari perawat di akhir dari empat fase. Fase ini membantu seseorang untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk memenuhi keinginannya sendiri dan menyalurkan energi seseorang terhadap potensi seseorang.

Keempat fase ini adalah serangkaian proses perkembangan di mana perawat membimbing pasien dari rasa ketergantungan yang tinggi ke keterlibatan yang saling bergantung. Evaluasi sistem ini menjadi perhatian yang signifikan, ditandai dengan berkurangnya kekhawatiran sebagai akibat dari tuntutan yang terpenuhi dan fasilitas yang sesuai.

6. Model Konseptual *Health Care System Model* dari Betty Newman

Menurut Betty Newman, tujuan asuhan keperawatan adalah untuk mencapai keseimbangan sistem klien. Klien adalah sistem terbuka (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) yang terdiri dari struktur dasar atau faktor kehidupan.

Menurut Betty Newman, tanggung jawab perawat adalah mengenali stresor, baik stresor intrapersonal maupun ekstrapersonal, dan membantu klien dalam merespons stresor. Masalah yang umumnya dihadapi berasal dari tekanan interpersonal, intrapersonal, dan ekstrapersonal yang ada di lingkungan internal dan eksternal.

Tujuan dari tindakan keperawatan adalah untuk mengurangi stres dengan memperkuat garis perlindungan yang resisten, normal, dan fleksibel. Intervensi dimaksudkan untuk menjaga keseimbangan melalui intervensi promosi ketika gangguan terjadi di garis pertahanan fleksibel, pencegahan ketika garis pertahanan normal terganggu, dan pertahanan kuratif dan rehabilitatif

ketika pertahanan resistensi terjadi. Penilaian Betty Newman bergeser dari status kesehatan ke prediksi kesehatan dan stabilitas sistem klien.

7. Model Konseptual *Adaptation Model* dari Sister Calista Roy

Roy mendefinisikan tujuan asuhan keperawatan sebagai peningkatan respons adaptasi terhadap empat model adaptasi. Tingkat adaptasi, atau apakah seseorang merespons positif rangsangan internal atau eksternal, sebagian besar menentukan keadaan seseorang. Pengetahuan klien adalah unit lengkap dengan empat model adaptasi berdasarkan tuntutan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan hubungan yang saling bergantung.

Peran perawat adalah untuk meningkatkan perilaku adaptif klien dengan manipulasi stimulasi terfokus, kontekstual, dan residual. Sumber kesulitan adalah penanggulangan yang tidak memadai untuk mempertahankan integritas dalam menghadapi kekurangan atau kelebihan keinginan (Roy, 2021).

Tujuan intervensi dimaksudkan untuk mengubah atau memanipulasi rangsangan yang terfokus, kontekstual, dan residual. Intervensi dapat ditargetkan pada kemampuan koping individu atau area adaptasi, sehingga rangsangan total cocok dengan kemampuan individu untuk mengatasinya. Respon adaptif klien terhadap rangsangan digunakan untuk melakukan evaluasi (Pardede, 2018).

8. Model Konseptual Model Konseptual Philosophy of Caring dari Jean Watson

Asuhan keperawatan Watson bertujuan untuk merawat klien menggunakan 10 komponen kreatif berdasarkan kualitas spiritual transpersonal-interpersonal. Kualitas-kualitas ini adalah sebagai berikut:

- a. Pembentukan sistem nilai humanistik dan alternatif
- b. Ada optimisme dan kepercayaan diri
- c. Pengembangan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain
- d. Pembentukan koneksi saling percaya dan saling menguntungkan.

- e. Pertumbuhan dan penerimaan emosi emosional baik dan negatif
- f. Dalam membuat keputusan, metode pemecahan masalah ilmiah digunakan secara metodis.
- g. Peningkatan internasional untuk proses belajar mengajar
- h. Penciptaan lingkungan yang menguntungkan
- i. Membantu dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia
- j. Mengembangkan pemahaman tentang fenomenologi eksistensial (Evangelista et al., 2020).

Pemahaman tentang klien adalah bentuk terintegrasi dan terpadu yang terdiri dari energi psikis prima dan universal. Setiap klien memiliki ide dan emosi yang mewakili status pikiran pada saat itu dan dapat berubah seiring waktu.

Peran perawat adalah untuk memberikan bantuan kepada klien dengan mengajar mereka tentang perubahan pribadi yang dapat meningkatkan kesehatan mereka, memberikan dukungan situasional, mengajarkan keterampilan pemecahan masalah, dan memodifikasi identifikasi koping dan kemampuan beradaptasi klien. Kehadiran kesulitan interpersonal-transpersonal yang dihadapi oleh klien adalah fokus dari tindakan (Riegel et al., 2018).

Intervensi yang diberikan adalah merespon klien sebagai individu yang unik, mempersiapkan sentimennya, dan mampu menghargai keunikan orang lain. Ini juga dapat membantu pelanggan mencapai dan menjaga kesehatan yang baik atau mati dengan tenang. Kemampuan klien untuk mengembangkan koneksi interpersonal-transpersonal yang harmonis, dinamis, dan bermanfaat dievaluasi.

9. Model Konseptual *Cultural Care Theory* dari Madelline Leninger

Menurut Leninger, asuhan keperawatan berupaya memperbaiki atau memulihkan kondisi klien melalui praktik dan pengetahuan keperawatan profesional yang dikonsep,

direncanakan, dan dilaksanakan sesuai dengan sosial budaya. Menurut Leninger, klien swadaya adalah seseorang yang membutuhkan layanan keperawatan tetapi lebih suka mencari bantuan dari non-profesional seperti keluarga atau teman, dan akan mencari bantuan profesional jika klien memburuk atau mengancam kematian.

Tanggung jawab perawat adalah untuk: memberikan intervensi keperawatan berdasarkan praktik perawatan budaya klien, termasuk melestarikan, bernegosiasi, dan merestrukturisasi perawatan budaya, dan mengakui relevansi transkultural dan keperawatan anggota! Klien dan keluarga mereka diberi bantuan dalam mempertahankan praktik agama dan budaya mereka. Tantangan yang dihadapi seringkali merupakan hasil dari kurangnya pengetahuan tentang latar belakang budaya dan struktur sosial seseorang.

Fokus tindakan adalah menjembatani kesulitan atau konflik budaya. Intervensi dilakukan dengan membangun hubungan saling percaya melalui penghormatan terhadap norma-norma budaya, agama, dan masyarakat, serta menyelesaikan masalah melalui pendekatan budaya. Menurut evaluasi, praktik keperawatan transkultural dapat diadopsi dan menjadi salah satu yang paling signifikan dan relevan dalam menjunjung tinggi kepercayaan dan nilai-nilai budaya orang lain (Kitson, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L. de, Caniçali Primo, C., Bispo, G. S., & Lopes, R. O. P. (2019). Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 577–581. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Evangelista, C. B., Lopes, M. E. L., da Nóbrega, M. M. L., de Vasconcelos, M. F., & Viana, A. C. G. (2020). An analysis of jean watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–6.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2015). Understanding Nursing Research Building an Evidence-Based Practice. In *American Speech* (Vol. 15, Issue 3).
- Kitson, A. L. (2018). The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing Research*, 67(2), 99–107. <https://doi.org/10.1097/NNR>.
- Koldestam, M., Broström, A., Petersson, C., & Knutsson, S. (2021). Model for Improvements in Learning Outcomes (MILO): Development of a conceptual model grounded in caritative caring aimed to facilitate undergraduate nursing students' learning during clinical practice (Part 1). *Nurse Education in Practice*, 55. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103144>
- Leandro, T. A., Nunes, M. M., Teixeira, I. X., Lopes, M. V. de O., Araújo, T. L. de, Lima, F. E. T., & Silva, V. M. da. (2020). Development of middle-range theories in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170893.
- Lee, S. (2014). Overview of nursing theory. *Japanese Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(2), 58–67. https://doi.org/10.20705/jjnhs.12.2_58
- Lestari, L., & Ramadhaniyati. (2021). Falsafah Dan Teori Keperawatan. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2013–2015.
- Masters, K. (2011). Framework for Professional Nursing Practice. *Nursing Theories*, 47–87.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2014). Theoretical Basis for Nursing (4th edn). In *Theoretical basis for nursing*. http://zu.edu.jo/UploadFile/Library/E_Books/Files/Librar

yFile_171030_28.pdf

- McKenna, H., Pajnkhar, M., & Murphy, F. (2013). How to select a suitable model or theory. In *Fundamentals of Nursing Models, Theory, and Practice*. <http://www.amazon.co.uk/Fundamentals-Infection-Prevention-Control-Practice/dp/1118306651>
- Novita, R. V. T., Santi, F. N., Wahyuni, S., Rakhmawati, N. E., Ningsih, R., Sarwinanti, & Karyati, S. (2022). *Teori Model Keperawatan*.
- Pardede, J. A. (2018). Teori Dan Model Adaptasi Sister Calista Roy : Pendekatan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, November 2018*, 18. https://www.researchgate.net/profile/Jek-Amidos/publication/347208243_Teori_Dan_Model_Adaptasi_Sister_Calista_Roy_Pendekatan_Keperawatan/links/5fdce78a45851553a0cde803/Teori-Dan-Model-Adaptasi-Sister-Calista-Roy-Pendekatan-Keperawatan.pdf
- Riegel, F., Crossetti, M. da G. O., & Siqueira, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2072–2076. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>
- Risnah; Irwan, M. (2020). Falsafah Dan Teori Keperawatan Dalam Integritas Keilmuan. In *Alauddin University Press*.
- Rofli, M. (2021). Teori dan Falsafah Keperawatan. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), 40–51.
- Roy, S. C. (2021). *The Roy Adaption Model: The Definitive Statement*.

BIODATA PENULIS



Chatarina Suryaningsih, S.Kep., Ners., M.Kep Lahir di Kuningan Jawa Barat. Penulis menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan Borromeus Bandung dan lulus tahun 2003. Pada tahun 2003 bekerja sebagai perawat di RS Borromeus, kemudian menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan, Profesi Ners di Universitas Padjdjaran Bandung pada tahun 2007. Penulis menempuh pendidikan S-2 Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2012-2014 jurusan keperawatan anak, dan pada Tahun 2022 sd sekarang sedang menempuh Pendidikan lanjut Doctoral di Philippine Woman's University School of Nursing. Pekerjaan saat ini adalah dosen FITKES UNJANI sejak tahun 2007 sampai dengan sekarang dengan jabatan fungsional adalah lektor. Penulis mengajar di departemen keperawatan anak dan sebagai koordinator mata Ajar Falsafah dalam Keperawatan di prodi keperawatan S1, (Keperawatan) D3, Ners dan (Keperawatan) S2. Pengalaman organisasi sebagai anggota di PPNI, IPANI, anggota himpunan akupresur Jawa Barat, anggota HPHI Jawa Barat. Penulis memiliki riwayat publikasi produktif baik pada jurnal nasional maupun internasional. Aktif melakukan penelitian setiap satu tahun sekali baik hibah internal dan eksternal dari LLDIKTI dengan jenis penelitian adalah kuantitatif dan kualitatif.

BAB 8

Peran, Fungsi dan Tugas Perawat

Ns. Gilang Rahmatulloh, S.Kep, M.Kep

A. Pendahuluan

Perawat merupakan seorang tenaga kesehatan sebagai garda terdepan pemberi pelayanan kesehatan. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perawat merupakan suatu profesi yang memiliki peran, fungsi dan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan baik individu, kelompok dan Masyarakat (Wirentanus, 2019).

Perawat memiliki peran, fungsi dan tugas penting. Di fasilitas pelayanan kesehatan terutama di Rumah sakit, Perawat bertanggungjawab atas 24 jam mendampingi pasien, sehingga perawat adalah tenaga kesehatan yang memiliki peran mengetahui informasi kondisi pasien. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan tidak hanya memberikan asuhan keperawatan saja, namun perawat memiliki peran fungsi dan tugas lain dalam upaya peningkatan derajat kesehatan (Syukur et al., 2023).

B. Peran Perawat

Peran adalah bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu, berikut peran perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan (Setyawan, 2021).

1. Pemberi Asuhan Keperawatan

Pemberi asuhan keperawatan merupakan peran utama yang dilaksanakan oleh perawat. Pemberian asuhan keperawatan berfokus pada pemenuhan kebutuhan manusia yang komprehensif. Baik pemenuhan kebutuhan klien dalam pemberian asuhan keperawatan tidak hanya kebutuhan

biologis (makan, minum, BAB, BAK dan Bernafas). Pemenuhan Kebutuhan psikologis (memberikan rasa aman), sosial dan spiritual.

Pemberian kebutuhan dasar manusia dalam asuhan keperawatan dilakukan oleh perawat melalui proses keperawatan, dimulai dengan melakukan pengkajian (fisik, psikologis, sosial dan spiritual), penyusunan diagnosis keperawatan, pemberian intervensi atau perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan kemudian dilakukan evaluasi terhadap pemberian asuhan keperawatan yang perawat sudah lakukan pada klien.

2. Advokat Pasien

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan memiliki peran sebagai advokat pasien. Perawat membantu mempertahankan kondisi dan lingkungan yang aman bagi pasien maupun keluarga. Perawat membantu dalam pengambilan keputusan yang tepat dalam pemilihan tindakan dan pengobatan. Peran perawat sebagai advokat merupakan peran yang dilakukan oleh perawat dalam menjembatani antara dokter, tenaga kesehatan lain, pasien dan keluarga dalam membantu memberikan informasi, sehingga pasien dan keluarga dapat mengambil keputusan tepat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami.

3. Edukator

Perawat dalam menjalankan perannya, memiliki tanggung jawab meningkatkan pengetahuan dan memberikan informasi kesehatan yang jelas terhadap kondisi dan kebutuhan pasien. Pemberian edukasi atau pengetahuan tidak diberikan pada saat klien sudah mengalami masalah kesehatan. Pemberian edukasi juga dapat diberikan dalam Upaya pencegahan, sehingga dengan pengetahuan informasi kesehatan yang baik dapat memiliki perilaku dan sikap dalam mendukung dalam meningkatkan derajat kesehatan. Perawat sebagai edukator merupakan peran yang dijalankan harus dimiliki oleh seorang perawat yang dianggap memiliki ilmu mengenai masalah kesehatan dan diharapkan informasi yang diberikan dapat

diterima dengan baik, bagi individu, keluarga maupun masyarakat (Setiyawati et al., 2022).

4. Koordinator dan Kolaborator

Perawat sebagai koordinator dan kolaborator merupakan peran perawat yang dimiliki oleh seorang perawat dalam melakukan koordinasi serta melakukan kolaborasi tim dalam Upaya meningkatkan derajat kesehatan klien. Perawat melakukan koordinasi, melakukan komunikasi serta bekerja sama dalam mengatasi permasalahan yang pasien alami (Jumbri et al., 2023).

5. Konselor

Perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan memiliki peran sebagai konselor. Perawat dapat menjadi konselor atau konsultan pada individu, keluarga dan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami. Perawat sebagai konselor mampu memberikan solusi terhadap masalah kesehatan. Kegiatan konsultasi yang dilakukan berkaitan dengan bidang ilmu keperawatan, seperti perawatan luka, pencegahan infeksi, kehamilan, kesehatan reproduksi, kesehatan anak, kesehatan jiwa dan masalah kesehatan lainnya.

6. Peneliti

Sebagai seorang perawat dalam memberikan perawatan yang optimal, memiliki peran sebagai peneliti. Penelitian yang dilakukan oleh seorang perawat berkaitan dengan kesenjangan antara teori dan realita yang terjadi pada Masyarakat. Hasil penelitian yang dilakukan oleh perawat dapat menjadi keperawatan berbasis bukti (*evidence base nursing practice*). Hasil penelitian dapat digunakan sebagai praktik sebagai Upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan sehingga dapat memberikan manfaat bagi Masyarakat. Penelitian dalam keperawatan dapat membuktikan eksistensi akan keterbaruan ilmu keperawatan dan perawat sebagai profesi itu sendiri.

7. Pembaharu

Perawat dalam melaksanakan pelayanan kepada individu, kelompok maupun Masyarakat diharapkan sebagai agen perubahan atau agen pembaharu yang dapat melakukan tranformasi, inovasi, kreatifitas atau ide dan memberikan

solusi terkait masalah kesehatan. Perawat sebagai pembaharu merupakan peran yang dimiliki oleh perawat dalam melakukan adaptasi terhadap perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Wulandari, 2021).

Perawat sebagai pembaharu dapat melakukan perubahan yang cepat menyiapkan setting pelayanan perawatan. Contoh kasus pandemi COVID-19: dalam Upaya mengurangi penyebaran infeksi, seorang agen pembaharu harus dapat melakukan suatu perubahan dengan cepat, seperti melakukan setting ruang perawatan isolasi, penggunaan alat pelindung diri, skrining COVID-19, pendidikan kesehatan, penyediaan alat alat dalam penunjang, apabila perubahan tidak dilakukan berisiko memperburuk suatu kondisi di layanan kesehatan (Mellita & Elpanso, 2020).

C. Fungsi Perawat

Fungsi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang utama adalah memfasilitasi individu, kelompok maupun Masyarakat dalam kondisi sakit maupun sehat, untuk meningkatkan derajat kesehatan. Terdapat tiga fungsi perawat yaitu fungsi independen, fungsi dependen dan fungsi interdependen (Desy dan Arly, 2020).

1. Fungsi Independen

Fungsi independen merupakan fungsi dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dilakukan secara mandiri. Fungsi mandiri merupakan fungsi yang dilakukan perawat tanpa tergantung pada perawat lain. Fungsi independen perawat dalam melaksanakan tugasnya, dapat melakukan tugasnya secara mandiri. Tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam fungsi independen seperti: pemenuhan kebutuhan fisiologis, seperti: pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit (pemberian minum), pemenuhan kebutuhan nutrisi (pemberian makan), mengkaji nyeri, distraksi nyeri nafas dalam, batuk efektif, Penyuluhan dan Pendidikan kesehatan (Tuasikal, 2020).

2. Fungsi Dependen

Fungsi dependen merupakan fungsi dilakukan perawat bergantung pada perawat lain dalam memberikan asuhan keperawatan. Fungsi dependen memiliki sifat saling ketergantungan atas instruksi perawat lainnya. Misal Perawat pelaksana yang menerima instruksi dan tugas dari perawat primer. Perawat primer menerima tugas dan intruksi yang bergantung pada perawat spesialis. Fungsi dependen perawat dimana dalam menjalankan peranya bergantung terhadap instruksi atau pelimpahan wewenang dari profesi lain seperti dokter: pemasangan infus, pemberian obat dan pemasangan kateter urin (Purwadi et al., 2022).

3. Fungsi Interdependen

Fungsi interdependen merupakan fungsi yang dilakukan dalam tim, dimana perawat memiliki kecenderungan saling ketergantungan antar anggota kelompok. Perawat dalam menjalankan tugasnya saling bergantung dengan rekan satu tim, saling membantu, berkoordinasi, dan kerjasama dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas (Prabasari, 2021).

D. Tugas perawat

Tugas perawat memiliki tugas yang dapat dilakukan secara Bersama maupun dilakukan secara mandiri. Perawat dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, perawat berwenang: melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik, menetapkan diagnosis Keperawatan, merencanakan tindakan Keperawatan, melaksanakan tindakan Keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan (Kemenkes, 2019).

Tugas lainnya yang dapat dilakukan perawat secara perorangan adalah: melakukan rujukan, memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi, memberikan konsultasi Keperawatan. melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling, melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas (Wahyudi, 2020).

Tugas perawat dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang antara lain: melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok Masyarakat, menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan Masyarakat, membantu penemuan kasus penyakit, merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan Masyarakat, melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan Masyarakat, melakukan rujukan kasus, mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan Masyarakat, melakukan pemberdayaan Masyarakat, melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan Masyarakat, menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan Masyarakat dan melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling kepada Masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Desy dan Arly, A. (2020). Response time dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di unit gawat darurat rumah sakit Dr. A. K .Gani Palembang. *In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*, 6(1), 202–206. <http://conference.unsri.ac.id/index.php/SNK/article/view/1793>
- Jumbri, M., Setiawan, H., & Rizany, I. (2023). Peran Perawat Sebagai Edukator , Kolaborator , dan Koordinator dalam Integrated Discharge Planning sesuai SNARS di RSD Idaman Kota Banjarbaru. *Nerspedia*, 1(3), 48–59.
- Kemenkes, R. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.
- Mellita, D., & Elpanso, E. (2020). Model Lewin Dalam Manajemen Perubahan Teori Klasik Menghadapi Disrupsi Dalam Lingkungan Bisnis. *Mbia*, 19(2), 142–152. <https://doi.org/10.33557/mbia.v19i2.989>
- Prabasari, N. A. (2021). Application of the Role and Function of Nurses in Nursing Care for Elderly With Hypertension in the Community (Phenomenology Study). *Jurnal Keperawatan Malang*, 6(2), 115–126. <https://doi.org/10.36916/jkm.v6i2.145>
- Purwadi, H., Kesuma, E. G., & Sanjaya, D. G. (2022). Explorasi Pengalaman, Peran Dan Fungsi Perawat Dalam Pelaksanaan End-of-Life Care Pada Pasien Covid-19 Di Rs Rujukan Provinsi Ntb: Studi Kualitatif. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(4), 1425–1432.
- Setiyawati, Y., Tutik, R., Hariyati, S., Anisah, S., Indonesia, U., Sakit, R., Pusat, K., Darat, A., & Soebroto, G. (2022). Melalui Terbentuknya Tim Perawat Edukator Di Rumah Sakit: a Pilot Study. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(1), 297–310. <https://doi.org/10.31539/joting.v4i1.3235>
- Setyawan, dodiet aditya. (2021). *Konsep Dasar Keperawatan* (Setyaawan (ed.)). Tahta Media Group.

- Syukur, S. B., Nur, A., Sudirman, A., Harun, S. R., Studi, P., Keperawatan, I., Gorontalo, U. M., & Gorontalo, K. (2023). Peran advokasi perawat di ruang rawat inap RSUD dr. hasri Ainun Habibie. *Journal of Education Innovation and Public Health*, 1(2), 154–164.
- Tuasikal, H. (2020). Hubungan Pengalaman, Beban Kerja, Dan Kemampuan Perawat Dengan Tindakan Mandiri Di Rumah Sakit. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 6(1), 515. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v6i1.752>
- Wahyudi, I. (2020). Pengalaman Perawat Menjalani Peran Dan Fungsi Perawat Di Puskesmas Kabupaten Garut. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 2(01), 36–43. <https://doi.org/10.32938/jsk.v2i01.459>
- Wirentanus, L. (2019). Peran Dan Wewenang Perawat Dalam Menjalankan Tugasnya Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. *Media Keadilan: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(2), 148. <https://doi.org/10.31764/jmk.v10i2.2013>
- Wulandari, C. I. (2021). Peningkatan Upaya Patient-Centered Care (Pcc) Oleh Perawat Melalui Optimalisasi Peran Perawat Penanggung Jawab Asuhan (Ppja). *Asawika: Media Sosialisasi Abdimas Widya Karya*, 6(02). <https://doi.org/10.37832/asawika.v6i02.65>

BIODATA PENULIS



Ns. Gilang Rahmatulloh, S. Kep., M.Kep lahir di Subang Provinsi Jawa Barat, pada 10 November 1994. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia dan menyelesaikan S2 ilmu keperawatan, peminatan Kepemimpinan dan manajemen keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program profesi Ners di STIKes Widya Dharma Husada Tangerang.

BAB 9

Sistem Pelayanan Kesehatan

Stefanny Zulisty Wenno, SKM, M.Kes

A. Sistem Pelayanan Kesehatan

Undang-undang nomor 36 tahun 2009 menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh layanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Negara dengan layanan kesehatan primer yang kuat dan berkualitas akan mampu menciptakan sistem layanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan merupakan pondasi dan bagian terpenting dari sistem pelayanan kesehatan yang berfungsi sebagai mitra masyarakat dalam menerapkan perilaku hidup sehat, oleh karena itu tempat pelayanan kesehatan harus sedekat mungkin dengan masyarakat dan dilayani oleh sumber daya manusia yang berkualitas agar dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yaitu upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Sistem pelayanan kesehatan merupakan salah satu multidisipliner yang bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Sistem pelayanan kesehatan adalah bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan sehingga tujuan Pembangunan kesehatan dapat tercapai secara efektif, efisien dan tepat sasaran. Pelayanan kesehatan yang berkualitas dapat dilihat dari perilaku maupun keterampilan yang ditunjukkan oleh pemberi pelayanan kesehatan.

Pemberian layanan kesehatan yang baik merupakan faktor yang sangat penting dari kualitas suatu pelayanan kesehatan. Pemberian layanan kesehatan adalah input yang mendasar untuk melihat kualitas dari suatu pelayanan

kesehatan. Layanan kesehatan merupakan sesuatu yang tidak berwujud secara fisik, tidak dapat disentuh, dirasakan, dilihat, dihitung ataupun diukur seperti halnya layanan manufaktur. Akan tetapi layanan kesehatan dapat diukur berdasarkan pada proses layanan dan interaksi penyedia layanan terhadap pemakai layanan.

Pelayanan kesehatan merupakan hak dari setiap orang yang dijamin oleh negara yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan baik perorangan, kelompok maupun masyarakat secara keseluruhan.

B. Tujuan Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan memiliki beberapa tingkatan yang masing-masing memiliki hasil yang berbeda di setiap tingkatannya. Pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan tingkat pertama yang ditujukan untuk pelayanan kesehatan Masyarakat yang bersifat pencegahan dan promotif. Layanan yang diberikan pada layanan kesehatan primer berfokus pada upaya promotif dengan tujuan meminimalisir terjadinya suatu penyakit dan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Pelayanan kesehatan tingkat dua ditujukan kepada masyarakat yang membutuhkan perawatan rawat inap atau monitoring kesehatan yang lebih memerlukan tersedianya tenaga kesehatan. Pelayanan kesehatan tingkat tiga ditujukan kepada masyarakat yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan tingkat pertama dan kedua serta membutuhkan Upaya dan tenaga spesialis untuk mengatasi masalah kesehatan yang terjadi.

Layanan kesehatan harus dibentuk sesuai dengan kebutuhan kesehatan dalam sudut pandang masyarakat dan berfokus pada pencegahan penyakit, cedera dan pemeliharaan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan juga harus mendukung pendekatan terpadu sebagai upaya mempromosikan standar gaya hidup sehat, pencegahan penyakit dan pengobatan penyakit pada masa perawatannya. Penyediaan layanan kesehatan, input pelayanan, manajemen kesehatan dan pembiayaan pelayanan adalah empat fungsi pelayanan

kesehatan yang utama. Perilaku pelayanan dan tata kelola manajemen kesehatan secara keseluruhan sangat menentukan bagaimana fungsi dari sistem pelayanan kesehatan ini bekerja dan menentukan sejauh mana pelayanan kesehatan tersebut berkualitas atau tidak. Empat fungsi utama pelayanan kesehatan sebagai berikut :

1. Penyediaan layanan kesehatan

Pengawasan layanan secara komprehensif merupakan penetapan konsep dan kerangka kerja kebijakan untuk seluruh pelayanan kesehatan. Penyediaan pelayanan kesehatan adalah suatu capaian yang paling terlihat dari pelayan kesehatan. Sistem yang baik juga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2. Input pelayanan kesehatan

Input layanan kesehatan adalah kumpulan sumber daya yang penting untuk digunakan dalam memberikan layanan kesehatan. Input ini berupa sumber daya manusia, obat-obatan dan peralatan medis.

3. Manajemen kesehatan

Manajemen kesehatan adalah proses mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi dan identifikasi sumber daya dalam rangka pencapaian layanan kesehatan yang optimal. Perencanaan dan manajemen yang tepat diperlukan untuk membentuk kualitas pelayanan kesehatan. Manajemen pelayanan yang berkualitas akan sangat berpengaruh terhadap tingkat kepuasan dan perilaku kesehatan pasien di masa yang akan datang.

4. Pembiayaan pelayanan

Banyak faktor yang memengaruhi pembiayaan kesehatan seperti pendapatan, risiko keuangan dan alokasi pendapatan. faktor pendapatan mencakup pengumpulan sejumlah dana untuk membayar pelayanan perawatan kesehatan, risiko keuangan mengacu pada tahapan pengelolaan sumber daya keuangan yang merupakan fungsi inti dari mekanisme asuransi kesehatan sedangkan alokasi pendapatan yaitu

mengumpulkan sumber-sumber keuangan untuk pembiayaan pelayanan perawatan.

Sistem pelayanan kesehatan terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan perorangan dilakukan secara mandiri, keluarga dan masyarakat yang bertujuan untuk memberikan pelayanan yang bersifat pengobatan serta pemulihan dari sakit. Pelayanan kesehatan masyarakat adalah upaya pelayanan yang dilakukan untuk pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang mengacu kepada kuratif dan preventif.

C. Standar Pelayanan Kesehatan

Standar pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan suatu kondisi yang dinamis, yang sangat berhubungan dengan produk jasa, manusia dan lingkungan yang mendukung yang biasanya memenuhi atau melebihi harapan. Untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, perlu adanya kriteria khusus yang ditetapkan untuk menilai pelayanan yang diberikan dapat dikatakan berkualitas atau tidak.

Tolak ukur penilaian dalam pelayanan adalah sebagai berikut:

1. *Tangible* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan tersedia dan memadai dari segi sumber daya.
2. *Realiabile* adalah kemampuan unit layanan dalam upaya mewujudkan kualitas layanan yang dijanjikan.
3. *Responsiveness* adalah kemampuan untuk memberikan bantuan kepada pengguna layanan serta bertanggung jawab terhadap segala bentuk layanan yang diberikan.
4. *Competence* adalah tuntutan yang diberikan kepada tenaga pemberi layanan kesehatan untuk mampu memiliki pengetahuan serta keterampilan yang baik dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas.
5. *Courtesy* adalah mampu bersikap atau berperilaku ramah dan bersahabat terhadap kemauan pengguna layanan serta bersedia melakukan kontak dengan pengguna layanan.

6. *Credibility* adalah sikap jujur dan dapat dipercaya dalam setiap upaya dalam menarik kepercayaan masyarakat.
7. *Security* adalah jasa pelayanan yang diberikan harus aman dan bebas dari resiko bahaya.
8. *Access* adalah upaya kemudahan untuk melakukan kontak dalam pelayanan.
9. *Communication* adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan, mendengarkan informasi dari pengguna layanan serta dapat memberikan informasi bagi masyarakat.
10. *Understanding the customer* adalah memiliki sikap memahami dan berupaya untuk mengetahui kebutuhan pengguna layanan.

Untuk mencapai pelayanan kesehatan yang profesional, pelayanan yang diberikan harus akuntabel dan responsibel. Pelayanan kesehatan yang profesional memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

1. Efektif yaitu layanan yang diberikan mengutamakan pada pencapaian apa yang telah menjadi sasaran dan tujuan.
2. Sederhana berarti pelayanan yang dilaksanakan dengan cepat, mudah dan tidak berbelit-belit sehingga proses layanan mudah dipahami dan dilaksanakan oleh pengguna layanan.
3. Kejelasan dan kepastian di mana berfokus pada prosedur pelayanan. Kejelasan mengenai unit kerja yang memberikan pelayanan serta kejelasan informasi tentang rincian biaya pelayanan yang diberikan.
4. Transparansi terkait prosedur pelayanan yang diterima beserta rincian waktu dan tarif pelayanan. Semua info terkait pelayanan harus diinformasikan secara terbuka agar dapat diketahui oleh masyarakat luas.
5. Efisiensi pelayanan terkait persyaratan untuk pengguna layanan hanya sebatas dengan yang ada kaitannya dengan pencapaian sasaran pelayanan.
6. Ketepatan waktu pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan standar pelayanan minimal.
7. Responsif yaitu upaya untuk tanggap dan cepat menanggapi apa yang menjadi masalah, kebutuhan dan aspirasi masyarakat.

8. Adaptif yaitu menyesuaikan apa yang menjadi kebutuhan masyarakat selaku pengguna layanan dan juga bersedia bertumbuh dalam rangka peningkatan kualitas layanan kesehatan.

D. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah jumlah penggunaan layanan oleh individu, keluarga maupun masyarakat dengan tujuan untuk mempromosikan kesehatan, mencegah masalah kesehatan atau untuk memperoleh informasi mengenai kesehatan. Pemberian pelayanan kesehatan yang baik merupakan elemen yang sangat penting dari pelayanan kesehatan. Pemberian pelayanan kesehatan merupakan input penting untuk melihat status atau derajat kesehatan masyarakat. Suatu bentuk pelayanan kesehatan akan sangat berbeda dari layanan lainnya dilihat dari segi pemanfaatan layanan kesehatan, akan tetapi dalam sistem pelayanan kesehatan dikatakan berfungsi baik apabila layanan yang disediakan tersedia secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Pemanfaatan layanan kesehatan bergantung kepada layanan kesehatan yang dapat diakses secara langsung dan kapan saja tanpa ada hambatan yang tidak semestinya. Layanan kesehatan yang dekat dengan Masyarakat akan memberikan kemudahan pada masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan yang tersedia. Pemberian pelayanan kesehatan hendaknya berkelanjutan bagi pengguna layanan untuk memastikan status kesehatan pengguna layanan. Kualitas layanan kesehatan merupakan indikator yang sangat penting dan berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan kesehatan. Oleh karena itu layanan kesehatan yang diberikan harus efektif, aman dan berfokus kepada kebutuhan masyarakat dan dapat diberikan secara tepat waktu.

Pelayanan kesehatan hendaknya berfokus pada pengguna layanan bukan pada pembiayaan ataupun masalah kesehatan yang dialami oleh pengguna layanan. Layanan kesehatan yang dikelola dengan baik dalam rangka pencapaian inti dari

pelayanan kesehatan yang mana dapat dinilai dari angka partisipasi masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut.

E. Evaluasi Sistem Pelayanan Kesehatan

Evaluasi merupakan bagian yang penting dari proses manajemen dan didasarkan pada sistem informasi manajemen. Evaluasi didasarkan pada dorongan untuk mengukur pencapaian hasil kerja atau kegiatan pelaksanaan pelayanan kesehatan terhadap tujuan yang telah ditetapkan. Hasil evaluasi dapat dijadikan umpan balik terhadap sistem pelayanan kesehatan. Tanpa adanya evaluasi sulit untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang sudah ditetapkan telah tercapai atau belum.

Evaluasi adalah suatu cara sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan menggunakan hasilnya untuk memperbaiki sistem yang sedang berjalan serta dapat meningkatkan perencanaan yang lebih baik secara seksama untuk pelayanan kesehatan nantinya. Evaluasi merupakan suatu proses yang memungkinkan administrator mengetahui hasil dari sistem pelayanan kesehatan yang sedang berjalan dan mengadakan penyesuaian untuk mencapai tujuan secara efektif.

Evaluasi terdiri atas dua macam yaitu evaluasi formatif dan summatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan pada tahap pelaksanaan dengan tujuan untuk mengubah atau memperbaiki sistem pelayanan kesehatan yang sedang berjalan. Manfaat dari evaluasi formatif adalah memberikan umpan balik tentang hasil yang telah dicapai beserta hambatan yang dihadapi dalam pemberian layanan kesehatan. Evaluasi summatif dilakukan untuk melihat hasil keseluruhan dari sistem pelayanan kesehatan yang telah selesai dilaksanakan. Evaluasi ini dilakukan guna menilai keberhasilan program.

Tujuan evaluasi dilaksanakan adalah untuk menetapkan penilaian terhadap sistem pelayanan kesehatan yang sedang berjalan apakah telah berjalan secara efektif dan efisien. Evaluasi juga dilaksanakan untuk memperbaiki kebijakan pelaksanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang dan sebagai alat

untuk memperbaiki alokasi sumber daya, dana dan manajemen agar tidak terjadi pemborosan. Evaluasi juga dapat memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan sistem pelayanan kesehatan serta dapat menilai manfaat pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Afniwati. (2011) *Analisis Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gratis di Kota Padang*.
- Agus Suprpto. (2015) *Pedoman Umum Riset Pembiayaan Kesehatan di Era JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama*. Pusat Humaniora Surabaya.
- Efendi. (2014) *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Aeng Towa Kabupaten Takalar*. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Eliana dan Sri Sumiati. (2016) *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Gustaviani, S. (2013) *Kendala Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sebagai Penggunaan Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*. Padang: Fakultas Sospol Unand.
- Istiono dan Kuntooro. (2017) *Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Puskesmas Kretek Bantul Yogyakarta*. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2 (1).
- Notoatmodjo, S. (2011) *Kesehatan Masyarakat Ilmu & Seni*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional. (2012) Jakarta
- Supriantoro. (2013) *Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI.

BIODATA PENULIS



Stefanny Zulistya Wenno, SKM, M.Kes. dilahirkan di Wahai, September 1986. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu pada tahun 2007 di Universitas Sam Ratulangi Manado. Pada tahun 2017 menyelesaikan Program Magister Kesehatan di Universitas Airlangga Surabaya. Tahun 2008 lulus sebagai ASN pada Poltekkes Kemenkes Manado. Aktif mengajar pada tahun 2017 sampai sekarang di Poltekkes Kemenkes Manado dengan *homebase* Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan. Buku *Chapter* yang telah terbit adalah Keperawatan Komunitas dan Kesehatan Masyarakat.

BAB 10

Konsep Stres dan Adaptasi

Dra Neni Heryani, M.Kes

A. Pendahuluan

Kata stress sering kita dengar dalam kehidupan sehari-hari stress merupakan salah satu gejala psikologis dan dapat menyerang setiap orang. Stres dapat timbul karena adanya konflik dan frustrasi. Sebagian besar orang beranggapan bahwa yang dimaksud stres adalah sesuatu yang tidak menyenangkan dan membuat orang tersebut merasa tidak nyaman, bingung, marah-marah, tekanan darah meningkat, detak jantung lebih cepat, gangguan pencernaan dsb.

Pemahaman yang baik terhadap stress akan membantu kita dalam menghadapi stres ketika stres menyerang kita, melalui penanganan yang tepat dengan adanya pemahaman yang baik mengenai stres, maka individu tidak akan terkena dampak negative dari stress tersebut (Kaakinen, JR., *et al*, 2018).

B. Konsep Stres

1. Pengertian Stres

Stres adalah segala situasi dimana tuntutan non- spesifik mengharuskan seorang individu untuk merespon atau melakukan tindakan (Selye. 1 976). Merupakan respons tubuh yang tidak yang bersifat tidak spesifik terhadap setiap tuntutan atas beban atasnya. Berdasarkan pengertian diatas dapat dikatakan stress apabila seseorang mengalami beban atau tugas yang berat tidak dapat mengatasi tugas yang dibebankan itu, maka tubuh akan berespons dengan tidak mampu terhadap tugas tersebut, sehingga orang tersebut dapat mengalami stress. Sebaliknya apabila seseorang yang dengan beban tugas yang berat tetapi mampu mengatasi beban dengan tubuh berespon dengan baik, maka orang itu tidak

mengalami stress. Terjadinya Stres dapat disebabkan oleh sesuatu yang dinamakan stressor, bentuk stressor ini bisa didapat dari lingkungan, maupun yang berasal dari diri sendiri, dalam pengertian stress itu sendiri juga dapat dikatakan sebagai stimulus dimana penyebab stress dianggap sebagai sesuatu hal yang biasa, stress juga dikatakan sebagai respon artinya dapat merespon apa yang terjadi juga sebagai transaksi yakni hubungan antara stressor dianggap positif karena adanya interaksi antara individu dengan lingkungan.

C. Macam -Macam Stres

Pembagian Stres menurut penyebabnya diantaranya :

1. Stres Fisik

Stres yang disebabkan karena adanya keadaan fisik seperti karena temperatur tinggi atau rendah , suara yang bising, sinar matahari atau karena tegangan arus listrik,

2. Stres kimiawi

Stres yang disebabkan zat kimia seperti obat-obatan, zat beracun, asam basa, factor hormone, gas, karena pengaruh senyawa kimia.

3. Stres mikrobiologik

Stres ini disebabkan karena kuman, seperti virus, bakteri atau parasit.

4. Stres fisiologik.

Stres yang disebabkan karena gangguan fungsi organ tubuh diantaranya gangguan dan struktur tubuh, fungsi jaringan, organ dan lain-lain.

5. Stres proses pertumbuhan dan perkembangan

Stres yang disebabkan karena proses pertumbuhan seperti pada pubertas, perkawinan dan proses lanjut usia.

6. Stres psikis atau emosional

Stres yang disebabkan karena gangguan situasi psikologis atau ketidakmampuan kondisi psikologis untuk menyesuaikan diri hubungan interpersonal, social budaya.

D. Sumber Stressor

Sumber stressor merupakan penyebab stres yang dapat memengaruhi sifat dari stressor seperti lingkungan baik secara fisik, psikososial maupun spiritual. Sumber stressor lain adalah diri

sendiri seperti perubahan fisiologis dalam tubuh, sedangkan sumber stressor dari pikiran adalah berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap status kesehatan yang dialami serta pengaruh terhadap dirinya.

1. Sumber stress di dalam diri

Sumber stres dalam diri sendiri pada umumnya dikarenakan konflik yang terjadi antara keinginan dan kenyataan berbeda, berbagai permasalahan yang terjadi tidak sesuai dengan dirinya dan tidak mampu diatasi maka dapat menimbulkan stress.

2. Sumber stres dalam keluarga

Sumber stres bersumber dari masalah keluarga yang ditandai dengan adanya perselisihan masalah keluarga, masalah keuangan serta adanya tujuan yang berbeda permasalahan ini akan menimbulkan suatu keadaan stress.

3. Sumber Stres di Masyarakat dan lingkungan

Sumber stress dapat terjadi di lingkungan atau masyarakat pada umumnya, seperti lingkungan pekerjaan, secara umum disebut stres pekerja karena lingkungan fisik, dikarenakan hubungan interpersonal serta kurangnya pengakuan di masyarakat sehingga tidak dapat berkembang

E. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Respons Terhadap Stres

Respon individu terhadap stressor berbeda-beda berdasarkan factor-faktor yang akan memengaruhi dari stressor tersebut, dan coping yang dimiliki individu, diantaranya:

1. Sifat Stresor

Sifat stressor bias secara tiba-tiba atau berangsur-angsur, sifat ini pada setiap individu dapat berbeda tergantung dari pemahaman tentang arti stressor

2. Durasi Stresor

Lamanya stressor yang dialami individu akan memengaruhi respon tubuh.

3. Jumlah Stresor

Jumlah stressor yang dialami individu dapat menentukan respon tubuh. Semakin banyak stressor yang dialami individu akan semakin besar dampaknya bagi fungsi tubuh dan sebaliknya.

4. Pengalaman masa lalu
Semakin banyak pengalaman dan stressor yang dialami dan mampu menghadapinya, maka akan semakin baik kemampuan mengadaptasinya.
5. Tipe kepribadian
Seseorang yang memiliki tipe kepribadian A (yang memiliki ciri ambisius, agresif, kompetitif, kurang sabra, mudah tegang, mudah marah, mudah tersinggung, bicara cepat, bekerja tidak kenal waktu) lebih rentan terkena stres dibandingkan dengan tipe kepribadian B yang memiliki ciri (tidak agresif, penyabar, tenang, tidak mudah marah dan tersinggung, kerjasama, cara kerja tidak tergesa-gesa, mudah bergaul)
6. Tingkat perkembangan
Tingkat perkembangan pada individu dapat memengaruhi respon tubuh dimana semakin matang matang dalam perkembangannya, maka semakin baik pula kemampuan mengatasi stres.

F. Tahapan Stres

Gejala stres sering tidak disadari karena perjalanan awal tahapan stres timbul secara lambat dan baru dirasakan bilamana tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupannya sehari-hari di rumah, di tempat kerja, ataupun pergaulan lingkungan sosialnya. Dr. Robert J. An Amberg dalam penelitiannya terdapat dalam Hawari (2001) membagi tahapan-tahapan stres sebagai berikut:

1. Stress tahap I
Tahapan ini merupakan tahapan stress yang paling ringan dan biasanya disertai dengan perasaan-perasaan sebagai berikut:
 - a. Semangat bekerja besar, berlebihan (*over acting*)
 - b. Penglihatan “tajam” tidak sebagaimana biasanya.
 - c. Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya, namun tanpa disadari cadangan energi semakin menipis
2. Stress tahap II
Dalam tahapan ini dampak stress yang semula “menyenangkan” sebagaimana diuraikan dalam tahap I mulai menghilang, dan timbul keluhan-keluhan yang disebabkan

karena cadangan energi yang tidak lagi cukup sepanjang hari, karena tidak cukup waktu untuk beristirahat, istirahat yang dimaksud antara lain dengan tidur yang cukup, bermanfaat untuk mengisi atau memulihkan cadangan energi yang mengalami defisit. Keluhan- keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang yang berada pada stress tahap II adalah sebagai berikut:

- a. Merasa letih sewaktu bangun pagi yang seharusnya merasa segar
 - b. Merasa mudah lelah sesudah makan siang
 - c. Lekas merasa capai menjelang sore hari
 - d. Sering mengeluh lambung/perut tidak nyaman (bowl discomfort)
 - e. Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar)
 - f. Otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang.
 - g. Tidak bisa santai
3. Stress Tahap III

Apabila seseorang tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan pada stress tahap II, maka akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu yaitu:

- a. Gangguan lambung lambung dan usus semakin nyata, misalnya keluhan maag (gastritis),buang air besar tidak teratur
- b. Ketegangan otot semakin terasa
- c. Perasaan ketidaktenangan dan ketegangan emosional semakin meningkat
- d. Gangguan pola tidur (insomnia), misalnya sukar untuk mulai masuk tidur(early insomnia), atau terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur (middle insomnia), atau bangun terlalu pagi atau dini hari dan tidak dapat kembali tidur (Late Insomnia)
- e. Koordinasi tubuh terganggu (badan terasa loyo dan serasa mau pingsan)
- f. Pada tahapan ini seseorang harus sudah berkonsultasi pada dokter untuk memperoleh terapi, atau mengurangi beban

stres dan tubuh memperoleh kesempatan untuk beristirahat guna menambah suplay energi yang mengalami deficit.

4. Stress Tahap IV

Gejala Stress tahap VI, akan muncul ditandai hal- hal sebagai berikut:

- a. Merasa sulit untuk bertahan sepanjang hari
- b. Aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit
- c. Semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespon secara memadai.
- d. Ketidakmampuan untuk menjalankan kegiatan rutin sehari- hari
- e. Gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan
- f. Sering kali menolak ajakan (negativism) karena tidak ada semangat dan tidak ada kegairahan
- g. Daya konsentrasi dan daya ingat menurun
- h. Timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.

5. Stres Tahap V

Bila keadaan berlanjut, maka seseorang itu akan jatuh dalam stress tahap V, yang ditandai hal-hal sebagai berikut:

- a. Kelelahan fisik mental yang semakin mendalam (*physical* dan *psychological exhaustion*)
- b. Ketidakmampuan untuk menyelesaikan pekerjaan sehari-hari yang ringan dan sederhana
- c. Gangguan sistem pencernaan semakin berat (gastrointestinal disorder)
- d. Timbul perasaan ketakutan, kecemasan yang semakin meningkat, mudah bingung dan panik

6. Stres Tahap VI

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks , seseorang mengalami serangan panik (*panic*) dan perasaan takut mati . Tidak jarang orang yang mengalami stres tahap VI inistres tahap VI ini adalah sebagai berikut:

- a. Debaran jantung sangat keras
- b. Susah bernapas(sesak dan megap-megap)
- c. Sekujur badan terasa gemetar, dingin dan keringat bercucuran
- d. Ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan
- e. Pingsan atau kolaps

G. Konsep Adaptasi

1. Pengertian

Manusia dalam merespon sesuatu , baik langsung maupun tidak langsung, baik adekuat maupun tidak adekuat, pada hakikatnya bermaksud mengadakan *adjustment* (penyesuaian diri)guna mencapai integrasi dan keseimbangan (*ekuilibrium*) adaptasi memiliki beberapa definisi yang diungkap para ahli Soerjono Soekanto memberikan beberapa batasan adalah:

- a. Proses mengatasi halangan- halangan dari lingkungan
- b. Penyesuaian terhadap norma-norma untuk menyalurkan
- c. Proses perubahan untuk menyesuaikan dengan situasi yang berubah
- d. Mengubah agar sesuai dengan kondisi yang diciptakan
- e. Memanfaatkan sumber-sumber yang terbatas untuk kepentingan lingkungan dan sistem
- f. Penyesuaian budaya dan aspek lainnya sebagai hasil seleksi alamiah.
- g. Proses adaptasi dapat dibedakan menjadi beberapa macam antara lain:

1) Adaptasi secara Fisiologis

Adaptasi fisiologis dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

a) LAS (Lokal Adaptation Syndrom)

Proses adaptasi terjadi secara lokal seperti ketika kulit terkena infeksi, maka akan terjadi daerah sekitar kulit kemerahan, bengkak, nyeri, panas, yang sifatnya lokal pada daerah sekitar yang terkena.

b) GAS (General Adaptation Syndrom)

Bila reaksi lokal tidak dapat diatasi dapat menyebabkan gangguan secara sistemik tubuh akan melakukan proses penyesuaian seperti panas seluruh tubuh, berkeringat.

Pada adaptasi Fisiologis, melalui tiga tahap alarm reaction, tahap resistensi, dan tahap akhir yaitu:

a) Tahap alarm reaction

Merupakan tahap awal dari proses adaptasi, dimana individu siap untuk menghadapi stresor yang akan masuk kedalam tubuh, tahap ini diawali dengan kesiapsiagaan, dimana terjadi perubahan fisiologis yaitu pengeluaran hormon oleh hipotalamus yang dapat menyebabkan kelenjar adrenal mengeluarkan adrenalin yang dapat meningkatkan denyut jantung dan pernapasan menjadi cepat dan dangkal, kemudian hipotalamus dapat melepaskan hormon ACTH yang dapat merangsang adrenal untuk mengeluarkan kortikosteroid yang akan memengaruhi fungsi tubuh.

b) Tahap Resistensi

Merupakan tahap kedua dari fase adaptasi dimana secara umum tubuh akan melakukan proses penyesuaian dengan mengadakan berbagai perubahan dalam tubuh yang berusaha untuk mengatasi stresor yang ada, seperti jantung bekerja lebih keras untuk mendorong darah yang pekat untuk melewati arteri dan vena yang menyempit.

c) Tahap akhir (Stage of exhaustion)

Tahap ini ditandai dengan adanya kelelahan, apabila selama proses adaptasi tidak mampu menghadapi stresor yang ada, maka dapat menyebar ke seluruh tubuh

2) Adaptasi secara Psikologis

Merupakan proses penyesuaian diri secara psikologis akibat stresor yang ada dengan cara memberikan mekanisme pertahanan diri dengan harapan dapat melindungi atau bertahan dari serangan-serangan atau hal-hal yang tidak menyenangkan.

Dalam proses adaptasi secara psikologis terdapat dua cara untuk mempertahankan diri dari berbagai stresor yaitu;

- a) Task Oriented reaction (reaksi berorientasi pada tugas)
Reaksi ini merupakan koping yang digunakan yang digunakan dalam mengatasi masalah dengan berorientasi pada proses penyelesaian masalah, meliputi afektif (perasaan), kognitif (pengetahuan), dan psikomotor (keterampilan)
- b) Ego Oriented reaction (reaksi berorientasi pada ego)
Reaksi ini dikenal dengan reaksi pertahanan diri secara psikologis agar tidak mengganggu psikologis yang lebih dalam, diantaranya:
- (1) Rasionalisasi
Memberikan keterangan/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga dirinya
 - (2) Kompensasi
Menutupi kelemahan dengan menonjolkan kemampuannya atau kelebihanannya
 - (3) Displacement
Mengalihkan emosi, arti simbolik, fantasi dari sumber sebenarnya kepada orang lain.
 - (4) Represi
Penyingkiran unsur psikis (suatu efek, pemikiran, motif, konflik sehingga menjadi tidak sadar dilupakan/tidak diingat lagi.
 - (5) Denial
Menolak untuk menerima atau menghadapi kenyataan yang tidak menyenangkan.

DAFTAR PUSTAKA

- language, S. H. (1991). New York oxvord univescity .
- muslih, M. (2011). *Pendidikan karakter* . Jakarta : Bumi Aksara .
- pieter, H. (2011). *Pengantar psikologi dalam keperawatan* . Jakarta : Kencana .
- Siswanto. (2017). *Kesehatan mental cakupan dan perkembangan* . Jakarta : Cv
adioffect .
- Soekanto, S. (2009). *Sosiologi suatu pengantar* . Jakarta : Rajawali press .
- sumantri, S. (2012). *Psikologi anak luar biasa* . Bandung : Rafika .

BIODATA PENULIS



Dra. Neni Heryani, M.Kes. lahir di Tasikmalaya, pada 3 November 1959. Beliau lulusan Magister Kesehatan Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta. Wanita yang kerap disapa Neni, merupakan salah satu dosen dengan jabatan fungsional Lektor Kepala di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Jambi. Bidang penelitian dan pengabdian yang ditekuni beliau, berkaitan dengan program penurunan stunting, kesehatan ibu dan anak , dan perundungan atau bullying.

A. Pendahuluan

Pada hakekatnya manusia adalah makhluk yang tidak dapat hidup sendiri serta memiliki karakter yang unik, berbeda satu dengan yang lain. Manusia dikatakan sebagai makhluk sosial karena selalu memiliki naluri ingin berinteraksi dengan manusia lainnya, bahkan sejak seseorang dilahirkan ke dunia sampai kembali dipanggil oleh Tuhan-nya. Adanya naluri tersebut serta memiliki kepentingan dan tujuan yang sama mendorong seseorang untuk terlibat dalam suatu kelompok atau berinteraksi dengan sesamanya. Proses sosialisasi akan terjalin dimana setiap manusia bisa beradaptasi, berbagi pengalaman, serta menjadi dewasa dalam berbagai situasi dan kondisi. Proses ini akan terus berjalan secara alami sesuai dengan reputasi dan perkembangannya (Yusliyadi & Norhadi, 2020)

Dalam melaksanakan praktek keperawatan, perawat secara profesional melakukan tindakan mandiri melalui kerjasama dengan pasien baik sebagai individu, keluarga, kelompok/komunitas dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup dan tanggung jawabnya (Fallen & Budi Dwi, 2017)

B. Konsep Dinamika Kelompok

1. Pengertian Umum Dinamika Kelompok

Berdasarkan asal katanya dinamika kelompok terdiri dari dinamika dan kelompok. Dimana menurut (Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kementerian Pendidikan Kebudayaan, 2018) dinamika berarti gerak dalam, tenaga yang menggerakkan, dan semangat. Selain itu juga berarti adanya interaksi dan interdependensi antara

anggota kelompok dengan kelompok secara keseluruhan. Sedang kelompok adalah kumpulan individu yang saling berinteraksi dan mempunyai tujuan bersama, karena manusia merupakan makhluk sosial yang akan selalu berinteraksi satu dengan yang lain sehingga membentuk kelompok-kelompok tertentu, (Trimawartinah, 2020)

Bila kedua kata tersebut digabungkan maka dinamika kelompok dapat didefinisikan sebagai suasana kehidupan dalam kelompok yang ditandai oleh semangat bekerja sama antar anggota kelompok untuk mencapai tujuan kelompok. Dalam suasana seperti ini seluruh anggota kelompok menampilkan dan membuka diri serta memberikan sumbangan bagi suksesnya kegiatan kelompok. (David Ari Setyawan, 2022)

2. Tujuan Dinamika Kelompok Dalam Keperawatan.

Kelompok menjadi sebuah unit ketika terdapat berbagai sasaran yang umum dan kemudian bersepakat untuk secara bersama meraih atau mencapai tujuan yang telah disepakati bersama. (Cherie, 2013)

Menurut (Fallen & Budi Dwi, 2017) dinamika kelompok memiliki beberapa tujuan yaitu:

- a. Menumbuhkan kepekaan diri dari setiap anggota kelompok terhadap anggota kelompok lainnya sehingga dapat menciptakan rasa saling menghargai.
- b. Menimbulkan kebersamaan diantara setiap anggota sehingga sikap saling menghargai dan menghormati dapat terjalin.
- c. Menciptakan komunikasi yang terbuka terhadap sesama anggota kelompok.
- d. Menimbulkan kepastian diantara sesama anggota kelompok

3. Proses Dinamika Kelompok

Metode & proses dinamika kelompok

- a. Metode Dinamika kelompok membuat setiap anggota kelompok menyadari siapa dirinya dan siapa orang lain yang hadir bersamaan dalam suatu kelompok, dengan segala kelebihan dan kekurangannya masing-masing.

b. Proses

Dinamika kelompok berupaya menciptakan suatu situasi sedemikian rupa sehingga membuat seluruh anggota kelompok merasa terlibat secara aktif dalam setiap tahap perkembangan kelompok. (Trimawartinah, 2020)

Proses dinamika kelompok dimulai dari individu sebagai pribadi menyatakan diri masuk ke dalam sebuah kelompok yang memiliki latar belakang yang berbeda-beda, belum saling mengenal diantara individu yang ada dalam kelompok. Situasi yang ada diantar mereka masih sangat kaku/membeku seperti es. Selanjutnya diantara setiap individu yang ada akan berusaha untuk melakukan pengenalan terhadap individu yang lain. Sehingga situasi yang kaku/ membeku seperti es lama-kelamaan akan mulai mencair, proses ini sering disebut sebagai "*ice breaking*". Setelah situasi mencair/ telah terjadi saling mengenal, maka berbagai kegiatan/ diskusi kelompok dapat segera dimulai, kadang diskusi bisa sampai memanas, proses ini sering disebut "*storming*". Aktivitas *Storming* sangat berdampak pada setiap anggota kelompok dimana mereka akan mengalami proses "*forming*" yaitu terjadi perubahan pada sikap dan perilaku. Dalam setiap kelompok harus ada aturan main yang disepakati bersama oleh semua anggota kelompok dan pengatur perilaku semua anggota kelompok, proses ini disebut "*norming*". Berdasarkan aturan inilah individu dan kelompok akan mulai melakukan berbagai kegiatan, proses ini disebut "*performing*" (Fallen & Budi Dwi, 2017)

Menurut prayitno (1995:32) dalam (David Ari Setyawan, 2022), mengatakan bahwa terdapat beberapa peranan yang harus dilakukan oleh anggota kelompok agar dinamika kelompok dapat benar-benar terwujud, yaitu:

- a. Menciptakan suasana keakraban diantar setiap anggota kelompok.
- b. Senantiasa berusaha maksimal diri agar terlibat dalam setiap kegiatan kelompok.

- c. Selalu mengupayakan agar setiap hal yang dilakukan senantiasa berhubungan dengan tercapainya tujuan bersama
 - d. Senantias terlibat dalam mewujudkan sistem aturan kelompok serta berusaha untuk mematuhi dengan baik
 - e. Komunikasi secara terbuka kepada setiap anggota kelompok
 - f. Selalu berusaha membantu anggota yang benar-benar membutuhkan bantuan.
 - g. Memberikan kesempatan kepada anggota lain untuk menjalani perannya juga
 - h. Senantias menyadari bahwa setiap kegiatan kelompok merupakan hal yang penting.
4. Fungsi Dinamika Kelompok
- Menurut (Duraissy, n.d.) bahwa dinamika kelompok memiliki fungsi sebagai berikut:
- a. Terbentuknya kerjasama dan rasa saling membutuhkan diantara individu satu dengan yang lain (individu tidak dapat hidup sendiri di dalam masyarakat)
 - b. Mempermudah segala pekerjaan karena dalam dinamika kelompok ada saling bantu diantara anggota satu dengan anggota lainnya)
 - c. Mengatasi pekerjaan yang membutuhkan pemecahan masalah dan mengurangi beban pekerjaan yang terlalu besar sehingga selesai lebih cepat, efektif dan efisien. (pekerjaan besar dibagi-bagi sesuai bagian kelompoknya masing-masing / sesuai keahlian) (Fallen & Budi Dwi, 2017)
 - d. Menciptakan iklim demokratis dalam kehidupan masyarakat (setiap individu bisa memberikan masukan dan berinteraksi dan memiliki peran yang sama dalam masyarakat)

Gelombang kedinamisan suatu kelompok sangat dipengaruhi oleh 6 faktor yaitu: (Trimawartinah, 2020)

1. *Group Goals*, seluruh anggota kelompok wajib mengetahui dengan jelas tentang tujuan yang akan dicapai oleh kelompok dan tujuan tersebut relevan dengan tujuan dari setiap anggota

sehingga memungkinkan tercapainya tujuan secara maksimal.

2. *Group Structure*, menggambarkan garis otoritas dan wewenang dalam pengambil keputusan serta terkait proses komunikasi dalam menyampaikan instruksi atau informasi dari atas ke bawah maupun sebaliknya
3. *Group task function*, yaitu berbagai hal yang terkait dengan aktivitas yang harus dilakukan oleh kelompok seperti kejelasan aturan, komunikasi, kelengkapan dan kejelasan komunikasi, dll.
4. *Group Building and Maintenance*, untuk tetap menjaga agar keberadaan kelompok terpelihara maka terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu (a) adanya pembagian tugas secara merata diantara anggota kelompok yang sesuai dengan fungsi dan kemampuan anggota. (b) terlaksananya semua kegiatan yang sesuai dengan yang telah direncana dan sesuai dengan aturan yang telah disepakati bersama. (c) Dalam pencapaian tujuan diperlukan peraturan kelompok yang tumbuh dan berkembang, (d) Proses sosialisasi kelompok berjalan lancar sesuai ketentuan (e) adanya rekrutmen dan terpeliharanya anggota dan (f) tersedianya fasilitas penunjang yang memadai dalam pelaksanaan kegiatan kelompok
5. *Group Atmosphere*, situasi/ keadaan yang ada di dalam kelompok memengaruhi kegairahan anggota melakukan kegiatan kelompok. Selain itu situasi kelompok memengaruhi keberadaan anggota untuk bertahan menjadi anggota atau keluar dari kelompok.
6. *Group Pressure*, Adanya tekanan dalam kelompok bertujuan untuk menjaga ketaatan anggota terhadap aturan, meningkatkan motivasi & kedisiplinan anggota, serta membangun kesatuan kelompok.

C. Dinamika Kelompok Dalam Keperawatan

Dalam pelaksanaan praktik keperawatan perawat mengatasi masalah keperawatan sejalan dengan masalah kesehatan dan dikelola secara bersama-sama dengan tenaga kesehatan lain. Kondisi ini menuntut perawat untuk bekerja sama dalam menyelesaikan masalah yang dialami pasien sesuai dengan kapasitas profesi masing-masing. Profesi dokter berusaha

menyelesaikan masalah penyakit dan profesi perawat mendampingi pasien dalam menyelesaikan masalah yang timbul akibat respon dari penyakit. (Rukmini, 2021).

Bantuan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri. Selanjutnya dalam pelaksanaannya pemberian pelayanan dilakukan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Pelayanan keperawatan yang dilakukan secara professional bersifat humanistik terintegrasi didalam pelayanan kesehatan dan dilaksanakan dengan berorientasi kepada kebutuhan objektif pasien serta sesuai dengan tingkat kemampuan perawat (intelektual, teknikal, interpersonal dan moral) bertanggungjawab dan sesuai dengan kewenangan dan aturan yang berlaku. (Fallen & Budi Dwi, 2017)

Pelayanan keperawatan mencakup seluruh rentang pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lain untuk mencapai tujuan promosi dan pembinaan kesehatan, pencegahan penyakit, diagnosa dini, penyembuhan dan kesembuhan dari penyakit atau kecelakaan dan rehabilitasi, dengan menggunakan metoda keperawatan yang selanjutnya disebut sebagai proses keperawatan. Proses ini mempunyai kerangka dasar ilmiah, dengan pendekatan pemecahan masalah, yang intinya adalah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dengan demikian terjadi pergeseran dari tindakan yang didasarkan atas penugasan atau perintah dokter, menjadi tindakan yang lebih bersifat mandiri dengan menggunakan metoda pendekatan dan tindakan keperawatan yang bersifat logik dan sistematis (Rukmini, 2021)

Tercapainya asuhan keperawatan yang bermutu diperlukan sikap dari setiap anggota kelompok untuk memahami tugas yang dibebankan pada dirinya. Dinamika kelompok mengarahkan setiap individu untuk memiliki hubungan interpersonal dengan anggota kelompok yang lainnya untuk saling berbagi pengetahuan, pengalaman, dan bahkan perasaan sehingga memungkinkan terjadinya pola proses belajar dalam kelompok yang biasanya terdiri atas pasien, perawat, dokter dan tenaga medis lainnya (fisioterapi, ahli gizi, laboratorium, rekam medis, laboran, anatesi dan tenaga radiologi) (Trimawartinah, 2020)

Selanjutnya menurut Supriadi 2009 dalam (Rukmini, 2021) menjelaskan bahwa untuk memberikan pelayanan keperawatan yang optimal dapat dilakukan dengan beberapa upaya antara lain:

1. Meningkatkan komunikasi yang terintegrasi dan terkoordinasi di setiap unit rumah sakit.
2. Mengoptimalkan peran tenaga keperawatan disertai peningkatan motivasi melalui pemberian penghargaan.
3. Memfasilitasi peningkatan kualitas perawat melalui kesempatan mengikuti pendidikan ataupun pelatihan di dalam maupun di luar rumah sakit dengan melibatkan tenaga medik sebagai nara sumber.
4. Merumuskan standar dan prosedur keperawatan yang diintegrasikan dengan standar dan prosedur pelayanan medik yang ada di rumah sakit..
5. Memaksimalkan kualitas pelayanan keperawatan melalui audit keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa Kementerian Pendidikan Kebudayaan. (2018). *KBBI* (5th ed.). Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa.
- Cherie, A. (2013). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Kyta.
- David Ari Setyawan, M. P. (2022). *Dinamika Kelompok dalam Bimbingan dan Konseling*. <https://alqalammedialestari.com>
- Duraisy, Ba. R. (n.d.). *Dinamika kelompok*. 1-29.
- Fallen & Budi Dwi. (2017). *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*. Nuha Medika.
- Rukmini. (2021). *Konsep Dasar Keperawatan*. CV. Literasi Nusantara Abadi.
- Trimawartinah. (2020). *Buku Ajar Dinamika Kelompok* (Vol. 1).
- Yusliyadi, & Norhadi, A. (2020). *Dinamika Kelompok Dalam Pendidikan Perspektif Syaikh Al-Zarnuji*. *Al-Fikrah*, 3, 17. [file:///D:/Documents/Downloads/59-Article Text-330-1-10-20200912.pdf](file:///D:/Documents/Downloads/59-Article%20Text-330-1-10-20200912.pdf)

BIODATA PENULIS



Juliana NR Sarman, Ns., M.Kep, lahir di Palu, tanggal 2 Juli 1972. Menyelesaikan pendidikan S1/ Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dan S2. Keperawatan jurusan Keperawatan Medical Bedah STIK Sint Carolus Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen tetap di STIKes Bala Keselamatan Palu Prodi Diploma Tiga Keperawatan.

A. Pendahuluan

Proses keperawatan merupakan metode pemberian asuhan kepada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada respon pasien atau klien terhadap penyakitnya. Melalui metode ini, maka tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap klien dapat diberikan. Proses keperawatan juga mampu memberikan kerangka yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan sehingga mampu untuk memberikan pemecahan masalah, baik pemecahan masalah aktual maupun potensial (Tarwoto and Wartona, 2015). Mengaplikasikan proses keperawatan merupakan sebuah kompetensi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien/klien. Dalam mengimplementasikan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien/klien, perawat harus mampu untuk berpikir kritis dalam memenuhi kebutuhan pasien/klien yang memiliki sifat atau karakter yang unik (Potter *et al.*, 2017). Berpikir kritis oleh perawat dapat dilihat dari bagaimana analisis yang dilakukan pada setiap tahapan proses keperawatan.

Proses keperawatan dapat memberikan manfaat dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien/klien. Beberapa manfaat tersebut adalah pemberian asuhan menjadi lebih sistematis, memberikan kepuasan pada pasien/klien, membantu perawat dalam berkoordinasi dengan rekan perawat ataupun tenaga kesehatan yang lain terhadap rencana keperawatan (Tarwoto and Wartona, 2015)

Karakteristik dari proses keperawatan ini berupa suatu proses yang legal, berbasis pada pengetahuan, berdasarkan perencanaan, berpusat pada pasien/klien serta keluarganya, berbasis pada

pencapaian tujuan, berdasarkan prioritas masalah, serta bersifat dinamis (Tarwoto and Wartonah, 2015).

B. Langkah dalam Proses Keperawatan

Langkah-langkah proses keperawatan terdiri atas 5 tahapan, diantaranya adalah

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data secara komprehensif dan valid sehingga dapat digunakan untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Pengumpulan data dilakukan secara sistematis, dapat dilakukan dengan data subjektif maupun data objektif. Data subjektif merupakan data yang didapatkan langsung dari pasien berdasarkan apa yang dialami atau dikeluhkan oleh pasien tersebut, dan disampaikan secara verbal/lisan. Sedangkan data objektif merupakan data yang didapatkan dari catatan medis, hasil pemeriksaan fisik dan tes diagnostik. Data objektif merupakan data dari hasil observasi atau dokumen lain (Tarwoto and Wartonah, 2015). Teknik dan metode pengumpulan data dapat dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta tes diagnostik. Data-data yang telah terkumpulkan perlu dilakukan validasi selanjutnya di lakukan dokumentasi (Tarwoto and Wartonah, 2015).

Dimensi dalam mengumpulkan data riwayat kesehatan adalah sebagai berikut (Potter *et al.*, 2017):

a. Fisik dan perkembangan

- 1) Persepsi status kesehatan
- 2) Masalah kesehatan dan perawatan masa lalu
- 3) Perawatan kesehatan saat ini
- 4) Faktor risiko
- 5) Aktivitas dan koordinasi
- 6) Tinjauan sistem (*review of system*)
- 7) Tahapan perkembangan
- 8) Pengaruh status kesehatan terhadap tahapan perkembangan
- 9) Masalah perkawinan antara anggota keluarga
- 10) Pertumbuhan dan kematangan (*maturase*)
- 11) Pekerjaan
- 12) Kemampuan untuk melakukan aktivitas harian

- b. Emosional
 - 1) Perilaku dan status emosional
 - 2) Sistem pendukung
 - 3) Konsep diri
 - 4) Citra tubuh
 - 5) *Mood*
 - 6) Seksualitas
 - 7) Mekanisme koping
 - c. Sosial
 - 1) Status finansial
 - 2) Aktivitas reaksional
 - 3) Bahasa utama
 - 4) Warisan budaya
 - 5) Pengaruh budaya
 - 6) Sumber daya di Masyarakat
 - 7) Faktor resiko lingkungan
 - 8) Hubungan sosial
 - 9) Struktur dan dukungan keluarga
 - d. Spiritual
 - 1) Keyakinan dan makna
 - 2) Pengalaman dan keagamaan
 - 3) Ritual dan praktik
 - 4) Persahabatan
 - 5) Keberanian
 - e. Intelektual
 - 1) Kinerja intelektual
 - 2) Penyelesaian masalah
 - 3) Tingkat pendidikan
 - 4) Pola komunikasi
 - 5) Rentang perhatian
 - 6) Memori jangka panjang dan saat ini
2. Diagnosis

Diagnosis keperawatan merupakan pernyataan atas kondisi kesehatan pasien/klien baik yang aktual, potensial, ataupun resiko, dan dapat digunakan sebagai dasar dalam merencanakan intervensi keperawatan. Dalam merumuskan diagnosis keperawatan, ada tiga komponen yang perlu

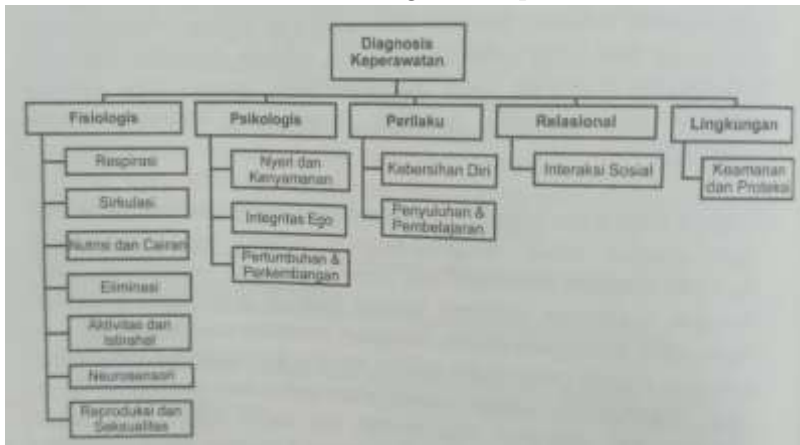
dicantumkan, yaitu *problem* (P), etiologi (E), dan *symptom* (S) (Tarwoto and Wartonah, 2015). *Problem* (masalah) merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon pasien/klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kesehatannya. Etiologi dan *sign symptom* merupakan indikator diagnostik. Komponen terakhir dalam diagnosis keperawatan adalah faktor resiko yang merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pasien/klien untuk mengalami masalah kesehatan (Pokja SDKI, 2017).

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis dari respon pasien/klien terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan atau kerentanan terhadap respon tersebut oleh individu, keluarga, atau komunitas yang ditangani oleh perawat yang berkompeten (Potter et al., 2017).

Berdasarkan status kesehatan pasien/klien, diagnose keperawatan dibagi menjadi 5 yaitu 1) *Diagnosis actual*, merupakan masalah yang dialami oleh pasien/klien disertai dengan tanda dan gejala yang nyata misalnya gangguan pola nafas; 2) *Diagnosis resiko*, merupakan kondisi klinis dari pasien/klien yang rentan untuk mengalami perkembangan masalah di masa depan misalnya resiko cedera; 3) *Diagnosis kemungkinan/potensial*, merupakan gambaran kondisi klinis dari pasien/klien yang memerlukan tambahan data pendukung agar hasilnya lebih akurat; 4) *Diagnosis sindrom*, merupakan gabungan dari *Diagnosis actual* dengan *diagnosis resiko* atau yang lainnya yang menyebabkan *diagnosis* dapat menggambarkan kondisi tertentu yang lebih serius, misalnya *disuse syndrome*, dan 5) *Diagnosis wellness*, merupakan gambaran dari adanya kondisi pasien dari tingkat tertentu ke tingkat yang lebih serius atau adanya keinginan untuk meningkatkan ke status yang lebih baik (Tarwoto and Wartonah, 2015). *Diagnosis* yang kelima tersebut bisa juga disebut dengan *diagnosis promosi kesehatan* yang menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien/klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal (Pokja SDKI, 2017).

Klasifikasi diagnosis keperawatan telah dikembangkan sejak tahun 1991. Klasifikasi ini tidak hanya pada diagnosis keperawatan namun juga pada intervensi dan tujuan keperawatan.

Gambar 1. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan



Diagnosis keperawatan ditegakkan dengan mengacu pada beberapa hal sehingga akan mudah dalam pengelompokkannya. Pada gambar 1 dapat dilihat bahwa diagnosis keperawatan diklasifikasikan berdasarkan pada masalah fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan.

Penegakan diagnosis keperawatan terdiri atas 3 tahapan yaitu (Pokja SDKI, 2017):

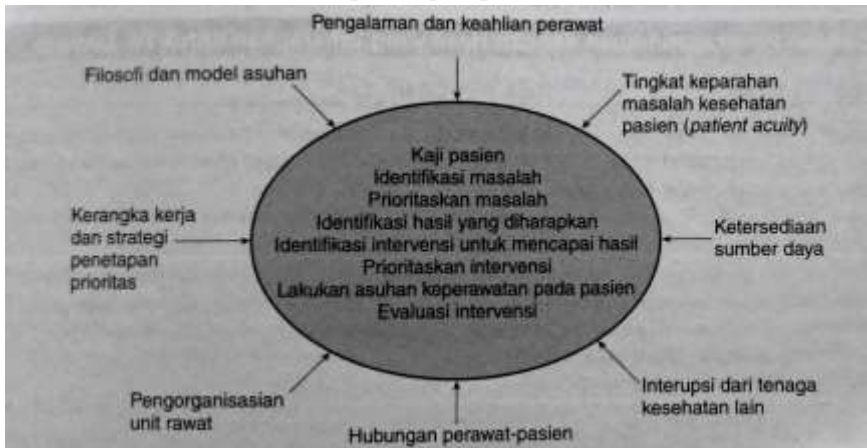
- a. Analisis data
 - Analisa data dilakukan dengan membandingkan data yang ada dengan nilai normal, setelah itu melakukan pengelompokkan data
- b. Identifikasi masalah
 - Identifikasi masalah apakah permasalahan masuk dalam masalah aktual, risiko dan/atau promosi kesehatan
- c. Perumusan diagnosis
 - Beberapa cara perumusan diagnosis yang dapat dilakukan adalah:
 - 1) Aktual: masalah b.d penyebab d.d. tanda/gejala

- 2) Risiko: masalah d.d. faktor risiko
 - 3) Promkes: masalah d.d. tanda/gejala
3. Rencana Keperawatan
- Perencanaan asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan beberapa tahapan di antaranya adalah menentukan prioritas, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi.
- a. Menentukan prioritas masalah
Menentukan prioritas masalah dapat menggunakan dua cara, yang pertama adalah dengan berdasarkan *Hierarki Maslow* (mulai dari kebutuhan fisiologis, keselamatan dan keamanan, dicintai dan mencintai, harga diri, aktualisasi diri) dan yang kedua adalah berdasarkan *Griffith-Kenney Christensen* (dengan urutan ancaman kehidupan dan kesehatan, sumber dana dan dana yang tersedia, peran serta pasien/klien, prinsip pilihan dan praktik keperawatan).
 - b. Menentukan tujuan
Tujuan merupakan kondisi yang diharapkan setelah diberikannya asuhan keperawatan
 - c. Menentukan kriteria hasil
Dalam menentukan kriteria hasil, perlu diperhatikan beberapa hal diantaranya adalah harus bersifat spesifik, bersifat realistik, data diukur, mempertimbangkan keadaan dan keinginan pasien, serta berpusat pada pasien.
Sedangkan menurut Tim Pokja SLKI komponen luaran keperawatan ada 3 (Pokja SLKI, 2022) yaitu:
 - 1) Label, merupakan kondisi, perilaku, atau persepsi dari pasien/klien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan
 - 2) Ekspektasi, merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Terdapat tiga kemungkinan terhadap ekspektasi yaitu meningkat, menurun, atau membaik.
 - 3) Kriteria hasil, merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan.

d. Merumuskan intervensi

Salah satu rumusan intervensi yang dapat digunakan adalah dengan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Gambar 2. Model penetapan prioritas (Potter *et al.*, 2017)



Dalam menentukan prioritas masalah dipengaruhi oleh banyak faktor. Berdasarkan gambar 2 tersebut maka pengalaman dan keahlian perawat, tingkat keparahan masalah kesehatan pasien, ketersediaan sumber daya, interupsi dari tenaga kesehatan lain, hubungan perawat-pasien, pengorganisasian unit perawat, kerangka kerja dan strategi penetapan prioritas, serta filosofi dan model asuhan dapat memberikan pengaruh terhadap penetapan prioritas masalah keperawatan pasien/klien.

Komponen intervensi keperawatan mencakup (Pokja SIKI, 2018):

- 1) Label, merupakan kata kunci yang digunakan untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut
- 2) Definisi, menjelaskan tentang makna dari label intervensi keperawatan
- 3) Tindakan, aktivitas yang dilakukan oleh perawat baik observasi, terapeutik, edukasi maupun kolaborasi

Penentuan intervensi keperawatan perlu untuk mempertimbangkan beberapa faktor diantaranya adalah:

- 1) Karakteristik diagnosis keperawatan
Intervensi diberikan untuk mengatasi etiologi masalah, jika intervensi tidak bisa secara langsung mengatasi etiologi masalah maka diarahkan untuk dapat mengatasi tanda/gejala diagnosis keperawatan
 - 2) Luaran (*outcome*) keperawatan yang diharapkan
Luaran merupakan hasil akhir yang diharapkan dari adanya intervensi keperawatan
 - 3) Kemampulaksanaan intervensi keperawatan
Intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada klien/pasien harus mempertimbangkan ketersediaan waktu, tenaga, dan sebagainya.
 - 4) Kemampuan perawat
Perawat harus mampu merasionalisasikan intervensi yang direncanakan kepada klien atau pasien
 - 5) Penerimaan pasien
Intervensi keperawatan harus dapat diterima oleh pasien/klien berdasarkan nilai-nilai yang diyakini oleh pasien/klien tersebut
 - 6) Hasil penelitian
Bukti penelitian akan memberikan keefektifan pada intervensi yang diberikan kepada pasien/klien
4. Implementasi
- Implementasi merupakan tindakan yang dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat. Implementasi/tindakan mencakup 2 jenis yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaboratif. Tindakan mandiri merupakan aktivitas yang dilakukan oleh perawat atas keputusannya sendiri, sedangkan tindakan kolaboratif merupakan aktivitas perawat yang dilakukan atas dasar keputusan bersama dengan tenaga kesehatan lain misalnya dokter, ahli gizi, ataupun yang lainnya (Tarwoto and Wartolah, 2015).
5. Evaluasi
- Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan untuk menentukan apakah asuhan keperawatan tersebut berhasil atau tidak. Evaluasi keperawatan merupakan

aktivitas untuk membandingkan antara hasil yang sudah dicapai dengan kriteria hasil dari tujuan asuhan keperawatan (Tarwoto and Wartonah, 2015). Hasil evaluasi perlu adanya tindaklanjut agar pasien/klien bisa lebih meningkat kondisinya dari sakit menjadi sehat, kemudian menjadi sejahtera. Hasil evaluasi juga bisa dijadikan sebagai data untuk memperbaiki proses asuhan keperawatan kepada pasien/klien.

DAFTAR PUSTAKA

- Pokja SDKI, T. (2017) *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Pokja SIKI, T. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Pokja SLKI, T. (2022) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Potter, P. A. *et al.* (2017) *Dasar-Dasar Keperawatan*. 9th edn. Edited by E. Novieastari et al. Winsland: Elsevier Ltd.
- Tarwoto and Wartonah (2015) 'Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan', in Lestari, P. P. (ed.). Jakarta: Salemba Medika, pp. 1-16.

BIODATA PENULIS



Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep. dilahirkan di Yogyakarta, 06 Agustus. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu dan Profesi Ners pada tahun 2009 di STIKES Aisyiyah Yogyakarta. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Keperawatan di UGM tahun 2014. Tahun 2010 hingga saat ini aktif mengajar pada program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Alma Ata.

BAB 13

Dokumentasi Keperawatan

Ns. Gita Adelia, M.Kep

A. Tujuan Dokumentasi

Adapun tujuan dokumentasi klien meliputi komunikasi, perencanaan perawatan klien, audit lembaga kesehatan, penelitian, pendidikan, penggantian biaya, dokumentasi hukum, dan analisis perawatan kesehatan.

1. Komunikasi

Catatan tersebut berfungsi sebagai sarana untuk berkomunikasi dengan satu sama lain antara para tenaga kesehatan. Hal ini mencegah fragmentasi, pengulangan, dan penundaan dalam perawatan klien

2. Merencanakan Perawatan Klien

Setiap tenaga kesehatan profesional menggunakan data catatan klien untuk merencanakan perawatan klien tersebut. Tenaga Kesehatan, misalnya, dapat meresepkan antibiotik tertentu setelah mengetahui bahwa suhu tubuh klien terus meningkat dan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya mikroorganisme tertentu. Perawat menggunakan data awal dan data yang sedang berjalan untuk mengevaluasi keefektifan rencana asuhan keperawatan.

3. Audit Lembaga Kesehatan

Audit adalah peninjauan catatan klien untuk tujuan penjaminan mutu. Lembaga akreditasi: The Joint Commission (JCI) dapat meninjau catatan klien untuk menentukan apakah lembaga kesehatan tertentu memenuhi standar yang ditetapkan

4. Penelitian

Informasi yang terkandung dalam sebuah catatan dapat menjadi sumber data yang berharga untuk penelitian. Rencana perawatan untuk sejumlah klien dengan masalah kesehatan

yang sama dapat menghasilkan informasi yang berguna dalam merawat klien lain.

5. Pendidikan

Mahasiswa dalam disiplin ilmu kesehatan sering menggunakan catatan klien sebagai alat pendidikan. Sebuah catatan sering kali dapat memberikan pandangan yang komprehensif mengenai klien, penyakit, strategi pengobatan yang efektif, dan faktor-faktor yang memengaruhi hasil penyakit

6. Penggantian biaya

Dokumentasi juga membantu fasilitas menerima penggantian biaya dari pemerintah. Agar fasilitas dapat memperoleh pembayaran melalui Medicare, catatan klinis klien harus berisi kode kelompok terkait diagnosis yang benar dan menunjukkan bahwa perawatan yang tepat telah diberikan. Diagnosis yang dapat dikodekan, didukung oleh pencatatan yang akurat dan menyeluruh oleh perawat. Hal ini tidak hanya memfasilitasi penggantian biaya dari pemerintah federal, tetapi juga memfasilitasi penggantian biaya dari perusahaan asuransi dan pembayar pihak ketiga lainnya. Jika perawatan, pengobatan, atau lama rawat inap tambahan diperlukan untuk kesejahteraan klien, pemetaan yang menyeluruh akan membantu menjustifikasi kebutuhan-kebutuhan ini.

7. Dokumentasi Hukum

Catatan klien adalah dokumen hukum dan biasanya dapat diterima di pengadilan sebagai bukti. Di beberapa yurisdiksi, Namun, di beberapa yurisdiksi, catatan tersebut dianggap tidak dapat diterima sebagai bukti ketika klien mengajukan keberatan, karena informasi yang diberikan klien kepada penyedia layanan primer bersifat rahasia.

8. Analisis Layanan Kesehatan

Informasi dari catatan dapat membantu perencana layanan kesehatan untuk mengidentifikasi kebutuhan lembaga, seperti layanan rumah sakit yang terlalu banyak digunakan dan yang kurang digunakan. Catatan dapat digunakan untuk menentukan biaya berbagai layanan dan untuk mengidentifikasi layanan yang menghabiskan uang lembaga dan yang menghasilkan pendapatan

B. Sistem Dokumentasi

Sejumlah sistem dokumentasi yang digunakan saat ini: catatan yang berorientasi pada sumber; rekam medis yang berorientasi pada masalah; model Masalah, Intervensi, Evaluasi; pembuatan bagan fokus; pembuatan bagan berdasarkan pengecualian; dokumentasi terkomputerisasi; dan manajemen kasus. Sistem dokumentasi ini dapat diimplementasikan dengan menggunakan catatan tertulis atau dengan EHR

1. Pencatatan Berorientasi pada masalah

Catatan tradisional adalah catatan yang berorientasi pada sumber. Setiap penyedia layanan kesehatan atau departemen membuat catatan di bagian atau beberapa bagian yang terpisah. Misalnya, departemen penerimaan pasien memiliki lembar penerimaan masuk; penyedia layanan primer memiliki formulir perintah dokter dokter, lembar riwayat kesehatan, dan catatan perkembangan; perawat menggunakan catatan perawat; dan departemen lain atau departemen atau personel lain memiliki catatan sendiri. Dalam jenis catatan ini, informasi tentang masalah tertentu didistribusikan ke seluruh catatan. Sebagai contoh, jika seorang klien mengalami hemiplegia (kelumpuhan sisi kiri tubuh), data tentang masalah ini dapat ditemukan di lembar riwayat dokter, di formulir pesanan dokter, di catatan perawat catatan perawat, dalam catatan terapis fisik, dan dalam catatan layanan sosial. sosial, dan dalam catatan layanan. Mencantumkan komponen-komponen dari catatan yang berorientasi pada sumber

Bagan naratif adalah bagian tradisional dari catatan berorientasi sumber. Catatan ini terdiri dari catatan tertulis yang mencakup perawatan rutin, temuan normal, dan masalah klien. Tidak ada urutan yang benar atau salah untuk informasi, meskipun urutan kronologis sering digunakan. Saat ini, hanya sedikit institusi yang hanya menggunakan catatan naratif. Pencatatan naratif mulai digantikan oleh sistem lain, seperti pencatatan berdasarkan pengecualian dan pencatatan fokus. Banyak lembaga yang menggabungkan pencatatan naratif dengan sistem lain. Sebagai contoh, sebuah lembaga yang menggunakan sistem pencatatan berdasarkan pengecualian (dibahas nanti)

dapat menggunakan pencatatan naratif ketika menjelaskan temuan abnormal. Ketika menggunakan bagan naratif, penting untuk mengatur informasi dengan cara yang jelas dan koheren. Menggunakan proses keperawatan sebagai kerangka kerja adalah salah satu cara untuk melakukannya. Catatan yang berorientasi pada sumber akan lebih mudah karena penyedia layanan penyedia layanan dari setiap disiplin ilmu dapat dengan mudah menemukan formulir yang digunakan untuk mencatat data dan mudah untuk melacak informasi yang spesifik untuk disiplin ilmu masing-masing. Kerugiannya adalah bahwa informasi tentang masalah klien tertentu adalah tersebar di seluruh bagan, sehingga sulit untuk ditemukan informasi kronologis tentang masalah klien dan kemajuan. Ketika menggunakan bentuk bagan ini, penting untuk menjaga tingkat komunikasi yang tinggi di antara semua disiplin ilmu kesehatan

2. Rekam Medis Berorientasi Masalah

Dalam rekam medis berorientasi masalah data disusun berdasarkan masalah yang dimiliki klien, bukan berdasarkan sumber informasinya. Anggota tim perawatan kesehatan berkontribusi terhadap masalah, rencana perawatan, dan catatan kemajuan. Rencana untuk setiap masalah aktual atau potensial disusun, dan catatan kemajuan dicatat untuk setiap masalah.

Keuntungan dari rekam medis berorientasi masalah adalah (a) mendorong kolaborasi dan (b) daftar masalah di bagian depan bagan memberi tahu pengasuh tentang kebutuhan klien dan memudahkan untuk melacak status setiap masalah. Kekurangannya adalah bahwa (a) pengasuh berbeda dalam kemampuan mereka untuk menggunakan format bagan, (b) dibutuhkan kewaspadaan yang konstan untuk mempertahankan daftar masalah yang terbaru, dan (c) agak tidak efisien karena penilaian dan intervensi yang berlaku untuk lebih dari satu masalah harus diulang

Rekam medis berorientasi masalah memiliki empat komponen dasar:

a. Data dasar

Data dasar terdiri dari semua informasi yang diketahui tentang klien ketika klien pertama kali memasuki ruang perawatan. Mencakup pengkajian keperawatan, riwayat pelayanan kesehatan, data sosial dan keluarga, serta hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik awal. Data terus diperbarui seiring dengan perubahan status kesehatan klien.

b. Daftar masalah

Daftar masalah berasal dari data dasar. Daftar ini biasanya disimpan di bagian depan bagan dan berfungsi sebagai indeks untuk entri bernomor dalam catatan kemajuan. Masalah-masalah didaftar berdasarkan urutan identifikasi masalah, dan daftar ini terus diperbarui ketika masalah-masalah baru masalah baru diidentifikasi dan masalah lainnya diselesaikan. Semua tenaga kesehatan dapat berkontribusi pada daftar masalah, yang mencakup masalah kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, budaya, spiritual, perkembangan, dan lingkungan klien. Penyedia layanan primer menulis masalah sebagai diagnosis medis, prosedur pembedahan, atau gejala; perawat menulis masalah sebagai diagnosis keperawatan.

Ketika kondisi klien berubah atau lebih banyak data yang diperoleh, mungkin perlu dilakukan "pendefinisian ulang" masalah.

c. Rencana perawatan

Rencana perawatan dibuat dengan mengacu pada masalah aktual. Rencana perawatan dibuat oleh individu yang membuat daftar masalah. Tenaga kesehatan menulis perintah dokter atau rencana asuhan medis; perawat menulis perintah keperawatan atau rencana asuhan keperawatan. Rencana tertulis dalam catatan tersebut dicantumkan di bawah setiap masalah dalam catatan kemajuan dan tidak dipisahkan sebagai daftar perintah yang terpisah.

d. Catatan kemajuan

Catatan kemajuan dalam rekam medis berorientasi masalah adalah entri grafik yang dibuat oleh semua profesional kesehatan yang terlibat dalam perawatan klien; mereka semua menggunakan jenis lembar yang sama untuk catatan. Catatan kemajuan adalah diberi nomor sesuai dengan masalah yang ada dalam daftar masalah dan mungkin diberi huruf untuk jenis datanya. Untuk Sebagai contoh, format SOAP sering digunakan. SOAP adalah singkatan dari data subyektif, data obyektif, penilaian, dan perencanaan

S : **Data subyektif** terdiri dari informasi yang diperoleh dari apa yang dikatakan klien. Ini menggambarkan persepsi klien dan pengalaman klien dengan masalahnya. Jika memungkinkan, perawat mengutip kata-kata klien; jika tidak, kata-kata tersebut diringkas. Data subyektif dimasukkan hanya jika penting dan relevan dengan masalah

O : **Data objektif** terdiri dari informasi yang diukur atau diamati dengan menggunakan indera (misalnya, tanda-tanda vital, hasil laboratorium dan rontgen)

A : **Assessment**. Pengkajian adalah interpretasi atau kesimpulan yang diambil tentang data subyektif dan objektif. Selama pengkajian awal, daftar masalah dibuat dari data dasar, sehingga entri "A" harus merupakan pernyataan masalah.

Dalam semua catatan SOAP berikutnya untuk masalah tersebut, "A" harus menggambarkan kondisi klien dan tingkat kemajuannya, bukan hanya menyatakan kembali diagnosis atau masalahnya.

P : **Plan**. Rencana adalah rencana asuhan yang dirancang untuk menyelesaikan masalah yang dinyatakan. Rencana awal ditulis oleh staf yang memasukkan masalah ke dalam catatan.

Semua rencana selanjutnya, termasuk revisi, dimasukkan ke dalam catatan kemajuan Selama bertahun-tahun, format SOAP telah dimodifikasi. Akronim SOAPIE dan SOAPIER Akronim SOAPIE dan SOAPIER mengacu pada format yang menambahkan intervensi, evaluasi, dan revisi:

- I : **Intervensi** mengacu pada intervensi spesifik yang telah benar-benar dilakukan oleh perawat
- E : **Evaluasi** mencakup respons klien terhadap intervensi keperawatan dan perawatan medis. Hal ini terutama merupakan data pengkajian ulang
- R : **Revisi** mencerminkan modifikasi rencana perawatan yang disarankan oleh evaluasi. Perubahan dapat dilakukan pada hasil yang diinginkan, intervensi, atau tanggal target

3. Model Dokumentasi PIE

Model dokumentasi PIE mengelompokkan informasi ke dalam tiga kategori. PIE adalah singkatan dari Problems, Interventions, dan Evaluation asuhan keperawatan. Sistem ini terdiri dari lembar alur pengkajian asuhan keperawatan dan catatan perkembangan klien. Lembar alur tersebut menggunakan kriteria penilaian khusus dalam format tertentu, seperti kebutuhan manusia atau fungsional pola kesehatan. Parameter waktu untuk lembar alur dapat bervariasi dari beberapa menit hingga beberapa bulan. Di unit perawatan intensif rumah sakit, misalnya, tekanan darah klien dapat dipantau setiap menit, sedangkan di klinik rawat jalan, kadar glukosa darah klien dapat dicatat sebulan sekali.

Setelah pengkajian, perawat menetapkan dan mencatat masalah spesifik pada catatan perkembangan, sering kali menggunakan diagnosis keperawatan untuk menyatakan masalah. Jika tidak ada diagnosis keperawatan yang disetujui untuk suatu masalah, perawat mengembangkan pernyataan masalah dengan menggunakan format tiga bagian: respons klien, penyebab atau kemungkinan penyebab respons, dan karakteristik yang ditunjukkan oleh klien.

Setelah pengkajian, perawat menetapkan dan mencatat masalah spesifik pada catatan perkembangan, sering kali menggunakan diagnosis keperawatan untuk menyatakan masalah. Jika tidak ada diagnosis keperawatan yang disetujui untuk suatu masalah, perawat mengembangkan pernyataan masalah dengan menggunakan format tiga bagian: respons klien, penyebab atau kemungkinan penyebab respons, dan karakteristik yang ditunjukkan oleh klien. Pernyataan masalah diberi label "P" dan dirujuk dengan nomor (misalnya, P #5). Intervensi yang digunakan untuk menangani masalah diberi label "I" dan diberi nomor sesuai dengan masalahnya (misal, I #5). Evaluasi efektivitas intervensi juga diberi label dan nomor sesuai dengan masalahnya (misalnya, E #5).

Sistem PIE menghilangkan rencana perawatan tradisional dan menggabungkan rencana perawatan yang sedang berlangsung ke dalam catatan perkembangan. Oleh karena itu, perawat tidak perlu membuat dan memperbarui rencana yang terpisah. Kerugiannya adalah perawat harus meninjau semua catatan keperawatan sebelum memberikan perawatan untuk menentukan yang mana masalah yang sedang terjadi dan intervensi mana yang efektif

a. Bagan Informasi

Pembuatan bagan dimaksudkan untuk menjadikan klien dan masalah serta kekuatan klien sebagai fokus perawatan. Tiga kolom untuk pencatatan biasanya digunakan: tanggal dan waktu, fokus, dan catatan kemajuan. Informasi dapat berupa kondisi, diagnosis keperawatan, perilaku, tanda atau gejala, perubahan akut pada kondisi klien, atau kekuatan klien. Catatan kemajuan disusun menjadi (D) Data, (A) Action/tindakan, dan (R) Respons, yang disebut sebagai DAR. Kategori data mencerminkan fase penilaian proses keperawatan dan terdiri dari pengamatan status dan perilaku klien, termasuk data dari lembar alur (misalnya, tanda-tanda vital, reaktivitas pupil). Perawat mencatat data subjektif dan objektif di bagian ini.

Kategori tindakan mencerminkan perencanaan dan implementasi serta mencakup tindakan keperawatan segera

dan di masa mendatang. Kategori ini juga dapat mencakup perubahan apa pun pada rencana perawatan. Kategori respons mencerminkan fase evaluasi dari proses keperawatan dan menggambarkan respons klien terhadap setiap asuhan keperawatan dan medis.

Sistem bagan informasi memberikan perspektif holistik tentang klien dan kebutuhan klien. Sistem ini juga menyediakan kerangka kerja proses keperawatan untuk catatan perkembangan. Ketiga komponen tersebut tidak perlu dicatat secara berurutan, dan setiap catatan tidak perlu memiliki ketiga kategori tersebut. Lembar alur dan daftar periksa sering digunakan pada klien bagan untuk mencatat tugas-tugas keperawatan rutin dan data pengkajian

b. Dokumentasi Terkomputerisasi

Rekam medik elektronik digunakan untuk mengelola catatan informasi yang sangat besar yang dibutuhkan dalam perawatan kesehatan kontemporer. dapat mengintegrasikan semua informasi klien yang terkait ke dalam satu catatan. Perawat menggunakan komputer untuk menyimpan data dasar klien, menambahkan data baru, membuat dan merevisi rencana perawatan, dan mendokumentasikan kemajuan klien. Beberapa institusi memiliki terminal komputer di samping tempat tidur klien, atau perawat membawa genggam kecil, yang memungkinkan perawat mendokumentasikan perawatan segera setelah diberikan

Komputer membuat perencanaan dan dokumentasi perawatan menjadi relatif mudah. Untuk mencatat tindakan keperawatan dan respons klien respon klien, perawat dapat memilih dari daftar standar istilah atau mengetikkan informasi naratif ke dalam komputer. Teknologi pengenalan suara otomatis sekarang memungkinkan perawat untuk memasukkan data dengan suara untuk dikonversi ke tulisan dokumentasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR (2015). *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier
- Amigo (2012). Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Aggregator Lansia Dengan Hipertensi di Kecamatan Jetis Yogyakarta : Tesis, UI
- Anderson, E,T., & McFarlane, J,M. (2011). *Community as Partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Blakeley, S (2021). Family Structure. Study the definition of a family structure and explore examples of the different types of family structures in the United States. <https://study.com/learn/lesson/family-structure-different-types-of-family-us.html>

BIODATA PENULIS



Ns. Gita Adelia, M.Kep lahir di Tempuling, pada tanggal 10 Desember 1988. Tercatat sebagai Dosen di Program Studi S1 Keperawatan STIKes Payung Negeri Pekanbaru dari tahun 2011 s.d 2023. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Riau pada Tahun 2011 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan Universitas Sumatera Utara Tahun 2019. Riwayat organisasi sebagai anggota Komisariat DPK PPNI STIKes Payung Negeri Tahun 2012 sampai sekarang

BAB 14

Berpikir Kritis dalam Keperawatan

* Dr. Getruida Banon H Alow, SPd., M.Kes *

A. Pendahuluan

Berpikir kritis merupakan proses berpikir dengan terperinci dalam memikirkan suatu peristiwa, tindakan dan pemecahan suatu masalah dengan tujuan mewujudkan hasil berpikir yang baik, dan berpikir kritis dalam keperawatan adalah proses berpikir dalam keperawatan dengan terperinci dengan benar benar mempertimbangkan baik buruknya dalam memberikan layanan kesehatan, yaitu memberi layanan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan. Perawat yang selalu berpikir kritis atau kreatif akan selalu melihat dan memecahkan masalah dengan sudut pandang yang berbeda dan mempertimbangkan dengan mendalam setiap masalah yang akan diambil demi kebaikan pasien dan diri sendiri agar tidak terjadi kejadian yang tidak diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Sebagai seorang perawat kita tentu sering dihadapkan pada situasi yang menuntut kita untuk berpikir kritis dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien atau pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.

Berpikir kritis dalam keperawatan bertujuan untuk menganalisis penggunaan bahasa, perumusan masalah, penjelasan, dan ketegasan asumsi, kuatnya bukti bukti, menilai kesimpulan, membedakan antara yang baik dan buruknya argument, serta mencari kebenaran fakta dan nilai dari hasil yang diyakini benar, serta tindakan yang dilakukan dalam keperawatan. (Deswani, 2009). Kajian ini bertujuan agar asuhan keperawatan yang kita berikan cepat, tepat, tidak membahayakan pasien dan adanya hubungan kerja sama antara pasien dan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan, kemudian bertujuan untuk mendapatkan kejelasan yang akurat tentang

keadaan pasien dari pihak keluarga pasien sendiri dan juga sebagai standar keperawatan di rumah sakit.

B. Tinjauan Tentang Berpikir Kritis

Berpikir kritis merupakan suatu proses yang berjalan secara berkesinambungan mencakup interaksi dari suatu rangkaian pikiran dan persepsi, sedangkan berpikir kritis merupakan konsep dasar yang terdiri dari konsep yang berhubungan dengan proses belajar dan kritis itu sendiri berbagai sudut pandang, sebagai seorang perawat yang merupakan bagian dari pemberi layanan kesehatan, yaitu memberi layanan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan akan selalu dituntut untuk berpikir kritis dalam berbagai situasi. Penerapan berpikir kritis dalam proses keperawatan dengan kasus yang nyata akan memberikan gambaran kepada perawat tentang pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif dan bermutu (Budiono dan Sumirah, 2015).

Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan komponen penting dari akuntabilitas profesional dalam memberikan asuhan keperawatan berkualitas. Perawat diharapkan dapat berpikir kritis untuk memproses data yang kompleks dan membuat keputusan yang cerdas mengenai perencanaan dan pengelolaan mengingat pentingnya hal tersebut dalam pembuatan keputusan, problem solving dan clinical judgment, sedangkan kepercayaan diri memengaruhi hampir setiap aspek kehidupan individu, dari kemampuan individu untuk berpikir optimis dan bertahan melalui kesulitan, serta pengembangan rasa percaya diri adalah komponen yang sangat penting dalam pengambilan keputusan keperawatan (Carlos and all, 2014 dalam jurnal Tri ayunda 2018)

Berpikir kritis penting dilakukan oleh perawat sebelum mengambil keputusan dalam asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan satu metode ilmiah dalam penyelesaian masalah klien. Kemampuan perawat mengidentifikasi masalah klien dan memilih solusi intervensi yang tepat tidak lepas dari kemampuan perawat berpikir kritis, yaitu kemampuan perawat menggali alasan berdasarkan evidence base dari setiap problem dan solusi yang teridentifikasi. Kemampuan berpikir kritis dapat digunakan ketika menyelesaikan masalah keperawatan (Zori & Morrison, 2009).

Perawat melakukan pengambilan keputusan dalam setiap tindakan, merencanakan dan memberikan asuhan. Efektifitas dan

ketepatan pengambilan keputusan membutuhkan kemahiran dalam mengumpulkan data dan keterampilan berpikir kritis. Berpikir kritis dalam keperawatan merupakan komponen yang sangat penting dari akuntabilitas profesional dan salah satu penentu kualitas asuhan keperawatan. Perawat yang memiliki kemampuan berpikir kritis akan menunjukkan sikap percaya diri, berpandangan konseptual, kreatif, fleksibel, rasa ingin tahu, berpikiran terbuka, tekun dan reflektif (Ingram, 2008).

Strategi dalam peningkatan berpikir kritis dalam keperawatan ini dapat dilakukan dengan cara mengikuti pelatihan dalam masalah-masalah klinis sebagai kompetensi, melalui pembelajaran, dan pengalaman, melalui hal tersebut perawat diharapkan dapat lebih ketat untuk berpikir kritis dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien dengan banyak mempertimbangan baik buruknya.

Dalam penerapan pembelajaran berpikir kritis dalam keperawatan dapat digunakan tiga model, yaitu feeling model, vision model, dan examine model (Deswani, 2009).

1. Feeling Model

Model ini menekankan pada rasa, kesan, dan data atau fakta yang ditemukan, Pemikir kritis mencoba mengedepankan perasaan dalam melakukan pengamatan, kepekaan dalam melakukan aktivitas keperawatan, dan perhatian/kewaspadaan. Misalnya terhadap aktivitas dalam pemeriksaan tanda tanda vital, perawat merasakan gejala, petunjuk, serta perhatian kepada pernyataan dan perasaan pasien.

2. Vision Model

Model ini digunakan untuk membangkitkan pola pikir, mengorganisasi dan menerjemahkan perasaan untuk merumuskan hipotesis, analisis, dugaan, dan ide tentang permasalahan perawatan kesehatan klien. Berpikir kritis ini digunakan untuk mencari prinsip prinsip pengertian dan peran sebagai pedoman yang tepat untuk merespons ekspresi, baik perasaan perawat maupun perasaan pasien.

3. Examine Model

Model ini digunakan untuk merefleksi ide, pengertian, dan visi. Perawat menguji ide dengan bantuan kriteria yang relevan. Model ini digunakan untuk mencari peran yang tepat untuk analisis, mencari, menguji, melihat konfirmasi,

kolaborasi, menjelaskan, dan menentukan suatu yang berkaitan dengan ide.

Keterampilan perawat diperlukan untuk mengaplikasikan berpikir kritis. Beberapa keterampilan seperti interpretasi, analisis, inferensi, evaluasi, penjelasan, regulasi dini. Penalaran klinis memungkinkan perawat untuk merefleksikan perawatan yang diberikan selama fase proses keperawatan (Berman, Snyder and Frandsen, 2020).

1. Berpikir Kritis dalam Pengkajian

Berpikir kritis adalah bagian penting dari pengkajian. Saat mengumpulkan data tentang pasien, perawat mensintesis pengetahuan yang relevan, mengingat pengalaman klinis sebelumnya, menerapkan standar dan sikap berpikir kritis, dan gunakan standar praktik profesional untuk mengarahkan pengkajian dengan cara yang bermakna dan terarah. Menerapkan pengetahuan dari ilmu fisika, biologi, dan sosial untuk mengajukan pertanyaan yang relevan dan mengumpulkan riwayat dan dan fisik yang lengkap (Potter et al., 2020).

Pengambilan keputusan klinis itu kompleks, membutuhkan basis pengetahuan yang luas dan akses ke sumber informasi yang andal, serta bekerja di lingkungan yang mendukung (Björk dan Hamilton, 2011). Terdapat tiga macam pengkajian yaitu wawancara yang berpusat pada pasien (dilakukan selama riwayat keperawatan), pengkajian berkala (dilakukan selama kontak berkelanjutan dengan pasien), dan pemeriksaan fisik (dilakukan selama riwayat keperawatan dan kapanpun pasien menunjukkan gejala). Tujuan akhir dalam pengkajian adalah untuk mengumpulkan semua informasi yang diperlukan untuk mengungkap kebutuhan perawatan kesehatan pasien. Pengkajian melibatkan pengumpulan, pengorganisasian, validasi, dan pendokumentasian data (Berman, Snyder and Frandsen, 2020).

2. Berpikir Kritis dalam Diagnosis

American Nurses Association mendefinisikan keperawatan sebagai “perlindungan, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan kemampuan, pencegahan penyakit dan cedera, pengentasan penderitaan melalui diagnosis dan pengobatan respon manusia, dan advokasi

dalam perawatan individu, keluarga, masyarakat, dan populasi” (ANA, 2015).

Sebuah kata kunci dalam definisi ini adalah diagnosis. Diagnosis keperawatan dibuat ketika seorang perawat mengidentifikasi masalah yang berhubungan dengan kesehatan atau potensi untuk mengembangkan masalah berdasarkan data pasien. Saat mengumpulkan informasi tentang seorang pasien, seorang perawat terusmenerus memilah data untuk menentukan apa arti data tersebut. Apa pola data yang pada akhirnya mengarah ke masalah atau fenomena yang jelas. Menggunakan pemikiran kritis untuk membuat diagnosa keperawatan yang secara akurat mengidentifikasi respon pasien terhadap penyakit (Potter et al., 2020).

Mendiagnosis adalah menganalisis data, mengidentifikasi masalah kesehatan potensial atau aktual klien, dan merumuskan pernyataan diagnostik (Berman, Snyder and Frandsen, 2020).

3. Berpikir Kritis dalam Proses Perencanaan, Menetapkan Tujuan, dan Hasil yang Diharapkan

Proses perencanaan melibatkan penerapan pengetahuan perawat, pengetahuan tentang pasien tertentu, pengalaman klinis, standar, dan sikap berpikir kritis. Ini adalah proses yang dinamis, berubah seiring perubahan kebutuhan pasien.

Selama perencanaan, membuat keputusan klinis dengan memilih intervensi keperawatan yang paling tepat untuk diagnosis keperawatan pasien dan masalah kolaboratif. Memilih intervensi keperawatan yang sesuai melibatkan pemikiran kritis dan menerapkan bukti terbaik untuk masalah kesehatan pasien. Intervensi keperawatan adalah setiap perawatan atau tindakan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan yang dilakukan perawat untuk meningkatkan hasil pasien (Butcher et al., 2018).

Pada perencanaan memilih intervensi yang dirancang untuk membantu pasien berpindah dari tingkat kesehatan mereka saat ini ke tingkat yang dijelaskan dalam tujuan dan diukur dengan hasil yang diharapkan.

4. Berpikir Kritis pada Implementasi

Memilih intervensi keperawatan untuk pasien adalah bagian dari pengambilan keputusan klinis. Keterampilan penalaran klinis dan pengambilan keputusan yang kuat membantu secara akurat mengidentifikasi intervensi keperawatan yang tepat untuk diagnosis keperawatan pasien. Mengimplementasikan intervensi keperawatan cukup kompleks. Didasarkan pada pengetahuan yang dimiliki tentang seorang pasien dan konteks sosial dari layanan kesehatan tempat bekerja.

Hubungan interprofessional antara perawat dan penyedia layanan kesehatan berkontribusi pada penilaian keperawatan untuk memahami masalah pasien dan melakukan intervensi secara efektif. Konteks dimana memberikan perawatan kepada setiap pasien dan banyaknya intervensi yang diperlukan menghasilkan pendekatan pengambilan keputusan untuk setiap situasi klinis. Pemikiran kritis memungkinkan untuk mempertimbangkan kompleksitas intervensi, mengubah prioritas, pendekatan alternatif, dan jumlah waktu yang tersedia untuk bertindak. Selalu persiapkan dengan baik sebelum memberikan intervensi apa pun (Potter et al., 2020).

Implementasi adalah melaksanakan intervensi keperawatan. Ini termasuk menilai kembali klien, menentukan kebutuhan perawat akan bantuan, mengawasi perawatan yang didelegasikan, dan mendokumentasikan kegiatan keperawatan (Berman, Snyder and Frandsen, 2020).

5. Berpikir Kritis pada Evaluasi

Berpikir kritis adalah kunci evaluasi. Mengevaluasi adalah proses membandingkan data dengan hasil untuk menentukan status masalah. Ini termasuk review dan modifikasi rencana perawatan (Berman, Snyder and Frandsen, 2020).

Pengambilan keputusan klinis itu kompleks, membutuhkan fleksibilitas dan kemampuan untuk mengetahui dan mengenali perubahan halus atau aspek dari kondisi pasien (Potter et al., 2020). Tinjauan literatur studi yang memeriksa indikator berpikir kritis mengidentifikasi empat tindakan yang menunjukkan seorang perawat kompeten untuk melakukan evaluasi (Shu-Yuan et al., 2013):

- a. Memeriksa hasil perawatan sesuai dengan data klinis yang terkumpul.
- b. Bandingkan efek atau hasil yang dicapai dengan tujuan dan hasil yang diharapkan.
- c. Mengenali kesalahan atau kelalaian.
- d. Memahami situasi pasien, merefleksikan situasi, dan memperbaiki kesalahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alec fisher. (2017) *Berpikir kritis sebuah pengantar*. Jakarta: Erlangga.
- Bambang sudono. (2017). *Gambaran kemampuan berpikir kritis perawat primer dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit islam Surakarta*. *Jurnal ilmu keperawatan Indonesia*,10(1),81- 93.
- Berman, A., Snyder, S.J. and Frandsen, G. (2022) *Kozier & Erb's Fundamental of Nursing: Concepts, Process , and Practice*. 11th edn. Essex: Pearson Education
- Budiono & Budi. (2015). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Bumi medika.
- Deswani. (2009). *Proses keperawatan dan berpikir kritis*. Jakarta: Salemba medika
- Fathi, A., & Simamora, R. H. (2019, March). *Investigating nurses' coping strategies in their workplace as an indicator of quality of nurses' life in Indonesia: a preliminary study*. In *IOP Conference Series (Vol. 248, No 1, p.012031)*. IOP Publishing.
- Feng and all. (2010). *Critical thinking competence and disposition of clinical nurse in a medical center*. *Journal of Nursing Rearch*, 18(2), 77- 8.
- Ilfa, and all .(2018). *Faktor faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan perawat dalam ketepatan triase di kota Padang*, *jurnal for health sciences*, 2(1),1-2.
- Maryam, R., Setiawati, S., & Ekasari M. F. (2007). *Buku ajar berfikir kritis dalam proses keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Mulyaningsih. (2013). *Peningkatan perilaku caring melalui kemampuan berpikir kritis perawat*. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, I(2), 100-106.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktek (edisi 4)*. Jakarta : EGC
- Priharjo, R. (2008). *Konsep & perspektif praktik keperawatan professional (edisi 2)*, Jakarta: EGC.
- Rubinfeld. (2005). *Berpikir kritis untuk perawat*. jakarta : EGC.
- Shu-Yuan C, et al (2013). *Identifying critical thinking indicators and critical thinker atributes in nursing practice*. *J Nurs Res*. 21(3):204.
- Siti, Santun, & Mia,(2007). *Buku ajar berpikir kritis dalam keperawatan*. Jakarta: EGC.

- Try Ayu, & Ariyanti, Syahrul. (2018). Efektivitas metode pembelajaran klinik terhadap kemampuan berpikir kritis dan kepercayaan diri mahasiswa keperawatan : A literature review. jurnal keperawatan muhamadiyah, 3(2), 89-91.
- Yanti, mulyadi, (2019). Analisis faktor faktor yang memengaruhi penerapan berpikir kritis perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit. Jurnal keperawatan reflesia,1(1), 21-31.

BIODATA PENULIS



Dr. Getruida Banon H Alow, SPd. MKes, menyelesaikan studi Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Pajajaran Bandung, melanjutkan Program Sarjana di Institut Keguruan Ilmu Pendidikan, menyelesaikan Program Magister Manajemen Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Kesehatan Ibu & Anak/ Kesehatan Reproduksi UGM Yogyakarta, selanjutnya menyelesaikan Program S3 minat Manajemen Sumber Daya Manusia di Universitas Negeri Jakarta, saat ini sebagai Dosen Tetap di Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado



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

