

TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN

Buku referensi ilmiah ini menyajikan analisis mendalam tentang fondasi filosofis dan model teoretis yang menjadi landasan ilmu keperawatan kontemporer. Dengan pendekatan sistematis dan integratif, karya ini mengeksplorasi paradigma caring dan lima model teoretis utama yang telah membentuk praktik keperawatan profesional.

Dimulai dengan pembahasan tentang filosofi dan paradigma caring sebagai esensi dari keperawatan, buku ini kemudian mendalam mengkaji model-model teoretis yang dikembangkan oleh para pionir keperawatan. Teori Keperawatan Transkultural Leininger memberikan kerangka untuk perawatan yang responsif secara budaya; Model Sistem Perilaku Dorothy Johnson menawarkan perspektif holistik tentang adaptasi pasien terhadap penyakit; Model Kebutuhan Dasar Virginia Henderson mengidentifikasi komponen-komponen esensial dalam kemandirian pasien; Teori Human Caring Jean Watson menekankan hubungan terapeutik dan dimensi spiritual dalam perawatan; dan Model Sistem Betty Neuman menyediakan pendekatan komprehensif terhadap stressor yang mempengaruhi kesehatan pasien.

Setiap bab mengintegrasikan konsep teoretis dengan aplikasi praktis, memungkinkan para profesional kesehatan untuk mengimplementasikan prinsip-prinsip ini dalam berbagai konteks klinis. Buku ini tidak hanya menyajikan deskripsi model-model teoretis, tetapi juga mendorong pemikiran kritis tentang bagaimana teori-teori ini dapat digunakan untuk memperbaiki hasil perawatan pasien.

TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN

TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN



Penerbit Mafy (PT MAFY MEDIA LITERASI INDONESIA)
Tanah Garam, Kota Solok, Sumatera Barat 27312
Anggota IKAPI 041/SBA/2023
penerbitmafya@gmail.com
penerbitmafya.com
Penerbit Mafy
Mafy Media Literasi



NI KETUT KARDIYUDIANI | NOVA LANGINGI | BRIGITTA AYU DWI SUSANTI |
LIA FADLILAH | SIWI IKARISTI MARIA THERESIA | TIFANY HAYUNING RATRI



TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

Undang-Undang No. 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

- I. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
- II. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- III. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- IV. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN

Ni Ketut Kardiyudiani | Nova Langingi |
Brigitta Ayu Dwi Susanti | Lia Fadlilah |
Siwi Ikaristi Maria Theresia | Tiffany Hayuning Ratri



TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN

Penulis:

**Ni Ketut Kardiyudiani | Nova Langingi |
Brigitta Ayu Dwi Susanti | Lia Fadlilah |
Siwi Ikaristi Maria Theresia | Tiffany Hayuning Ratri**

Tata Letak:

Bhaskara B.B. Barung

Desainer:

Tim SMI-Kesehatan

Sumber Gambar Cover:

www.freepik.com

Ukuran:

vii, 163 hlm., 15,5 cm x 23 cm

ISBN: 978-634-220-528-0

Cetakan Pertama:

Mei 2025

**Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-undang. Dilarang
menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian
atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.**

PT MAFY MEDIA LITERASI INDONESIA

ANGGOTA IKAPI 041/SBA/2023

Kota Solok, Sumatera Barat, Kode Pos 27312

Kontak: 081374311814

Website: www.penerbitmafy.com

E-mail: penerbitmafy@gmail.com

KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku "Teori dan Falsafah Keperawatan" ini dapat diselesaikan dengan baik. Buku ini disusun sebagai upaya untuk memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai landasan filosofis dan teoritis yang menjadi fondasi praktik keperawatan modern.

Profesi keperawatan telah berkembang pesat dari sekadar tugas bantuan medis menjadi disiplin ilmu yang mandiri dengan body of knowledge yang kuat. Perkembangan ini tidak terlepas dari kontribusi para ahli teori keperawatan yang telah merumuskan berbagai model dan teori yang memberikan kerangka kerja ilmiah bagi praktik keperawatan. Melalui pemahaman yang mendalam tentang teori-teori ini, perawat dapat memberikan asuhan yang lebih berkualitas, holistik, dan berbasis evidence.

Buku ini menghadirkan enam bab yang membahas aspek-aspek fundamental dalam teori keperawatan. Bab pertama memfokuskan pada filosofi dan paradigma caring sebagai inti dari praktik keperawatan. Selanjutnya, lima bab berikutnya menguraikan secara mendalam teori-teori dari tokoh-tokoh keperawatan terkemuka yaitu Madeleine Leininger dengan Teori Transkultural Nursing, Dorothy Johnson dengan Behavioral System Model, Virginia Henderson dengan Need Theory, Jean Watson dengan Human Caring Theory, dan Betty Neuman dengan Systems Model.

Setiap teori yang dibahas dalam buku ini memiliki keunikan dan kontribusi tersendiri dalam mengembangkan ilmu keperawatan. Teori Leininger memberikan perspektif budaya dalam asuhan keperawatan, Johnson menawarkan pendekatan sistem perilaku, Henderson menekankan pada kebutuhan dasar manusia, Watson mengangkat dimensi spiritual dan caring, sementara Neuman menggunakan pendekatan sistem dalam memahami respon klien terhadap stressor.



Buku ini ditujukan bagi mahasiswa keperawatan, perawat praktisi, educator, dan peneliti yang ingin memperdalam pemahaman tentang landasan teoritis keperawatan. Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat dalam proses pembelajaran dan pengembangan profesional di bidang keperawatan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih memiliki kekurangan dan keterbatasan. Oleh karena itu, kami sangat terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun dari para pembaca untuk perbaikan edisi selanjutnya. Semoga buku ini dapat memberikan kontribusi positif bagi pengembangan ilmu dan praktik keperawatan di Indonesia.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyelesaian buku ini. Semoga karya ini mendapat ridho Tuhan Yang Maha Esa dan bermanfaat bagi kemajuan profesi keperawatan.

Tim Penulis

DAFTAR ISI



KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi

01 Filosofi dan Paradigma Caring dalam Keperawatan (*Ni ketut kardiudiani*) (01)

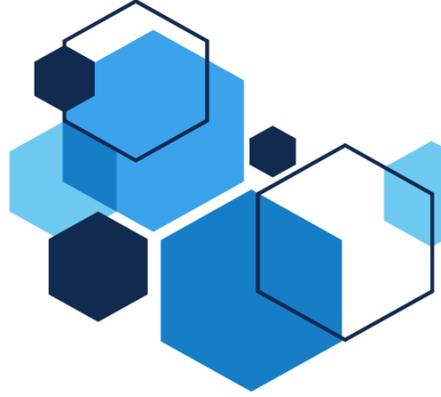
02 Teori Model Keperawatan Leininger (*Nova Langingi*) (37)

03 Teori Model Keperawatan Dorothy Johnson (*Brigitta Ayu Dwi Susanti*) (66)

04 Teori Model Keperawatan Virginia Henderson(*Lia Fadlilah*) (83)

05 Teori Model Keperawatan Jean Watson (*Siwi Ikaristi Maria Theresia*) (96)

06 Teori Model Keperawatan Betty Neuman (*Tifany Hayuning Ratri*) (126)



BAB 1

FILOSOFI DAN PARADIGMA

CARING DALAM

KEPERAWATAN

NI KETUT KARDIYUDIANI

E-mail: ketut.kardiyudi@gmail.com





PENDAHULUAN

Sejarah keperawatan mencatat evolusi signifikan dalam pemahaman tentang caring. Awalnya, praktik keperawatan sering kali berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik dan pelaksanaan tugas medis secara efisien. Kemudian, muncul kesadaran yang berkembang tentang pentingnya aspek relasional dan emosional dari kepedulian. Nightingale, pelopor keperawatan modern, menekankan pentingnya observasi, lingkungan terapeutik, dan perhatian terhadap kenyamanan pasien, yang menjadi pemahaman awal tentang caring (Gilbert, 2020). Perkembangan selanjutnya ditandai dengan munculnya tokoh lainnya seperti Hildegard Peplau dengan teori hubungan interpersonalnya, yang menekankan interaksi terapeutik antara perawat dan pasien sebagai inti dari

praktik keperawatan (Barta, 2023). Pemikiran awal ini mulai mengalihkan fokus dari memandang keperawatan sebagai serangkaian tugas teknis ke pemahaman yang lebih holistik, yang melibatkan aspek psikologis dan sosial pasien dalam caring keperawatan.

Pergeseran fokus ini diperkuat oleh pengembangan teori-teori caring yang lebih eksplisit pada pertengahan hingga akhir abad ke-20. Evolusi pemikiran ini salah satunya dipengaruhi oleh Teori caring Jean Watson (Foronda, 2023) dan konsep caring Patricia Benner sebagai praktik etika dan moral. Watson lebih memperhatikan hubungan transpersonal dan aspek kemanusiaan pasien, sementara Benner berfokus pada peran caring dalam praktik keperawatan klinis (Humairah & Nursanti, 2024). Teori-teori ini mengubah paradigma keperawatan dengan memasukkan perspektif holistik dengan mengarah pada hasil perawatan pasien yang lebih baik, menambahkan intervensi dengan elemen emosional dan spiritual selama

asuhan keperawatan holistic. *Caring* mulai dipahami sebagai filosofi dan etika keperawatan, yang mendukung semua praktik keperawatan dengan *caring* sebagai fondasinya (Karlsson & Pennbrant, 2020).

Caring menjadi jiwa dari praktik keperawatan, menempati posisi sentral sebagai esensi dan nilai inti yang membimbing setiap tindakan dan keputusan perawat. *Caring* dapat ditunjukkan dalam interaksi antara perawat dengan pasien yang memiliki dampak yang signifikan terhadap pengalaman pasien (Roos et al., 2023), dan ketika pasien merasa diperhatikan, pendapat mereka tentang standar perawatan akan terpengaruh secara positif. Di sisi lain, kurangnya perhatian dapat menyebabkan emosi pengabaian, ketidakberdayaan, dan rasa tidak aman. Dengan demikian, salah satu dasar dari pemberian layanan kesehatan berkualitas tinggi adalah membina hubungan yang positif antara pasien dan perawat, yang ditandai dengan komunikasi yang efektif, empati, dan

ketanggapan terhadap kebutuhan pasien(Karlsson & Pennbrant, 2020; Roos et al., 2023).

Filosofi dan paradigma *caring* dalam konteks keperawatan menjadi pengantar untuk memahami konsep *caring* yang memegang peranan sentral dalam disiplin ilmu dan praktik keperawatan.

PENGANTAR CARING

Memahami konsep caring dalam keperawatan secara menyeluruh dari berbagai sudut pandang caring dalam human caring oleh Watson (Humairah & Nursanti, 2024; Wagner, 2010):

- a. Caring sebagai landasan relasional dan etika: Caring melibatkan pendekatan relasional terhadap diri sendiri dan orang lain, yang didasarkan pada landasan moral, etika, dan filosofis cinta dan nilai-nilai.

- b. Caring sebagai koneksi transpersonal: caring dapat melampaui ego ke tingkat spiritual yang lebih tinggi, yang diciptakan melalui "*Caring moment*".
- c. Rasa sebagai rasa hormat dan kehormatan: Caring mencakup rasa hormat dan "ketulusan" pada pasien, menghormati kebutuhan, keinginan, rutinitas, dan ritual pasien.
- d. Caring sebagai sebuah kesadaran dan niat: caring melibatkan "Kesadaran caring" terhadap diri sendiri dan orang lain sebagai manusia, yang menekankan niat untuk "*doing*" bagi orang lain dan "*being*" dengan orang lain yang membutuhkan.
- e. Cairng sebagai kehadiran autentik: "*Kehadiran Autentik*" adalah aspek utama dari caring, yang melibatkan penghormatan dan menghubungkan manusia dengan manusia.

Maka caring dapat dipandang sebagai konsep multifaset yang mencakup nilai-nilai etika, hubungan

relasional, rasa hormat terhadap individu, niat sadar, dan kehadiran autentik. Sehingga disimpulkan bahwa Caring merupakan suatu pendekatan relasional terhadap diri sendiri dan orang lain, yang berlandaskan pada fondasi moral, etika, dan filosofis berupa cinta dan tata nilai.

Caring melibatkan hubungan transpersonal yang melampaui ego menuju tingkat spiritual yang lebih tinggi, terwujud melalui "*Caring moment*". Konsep ini mencakup komitmen moral untuk melindungi dan meningkatkan martabat manusia, serta penghormatan dan "cinta" terhadap individu dengan menghargai kebutuhan, keinginan, rutinitas, dan spiritual. Caring juga menekankan kesadaran diri sebagai perawat dan orang lain sebagai sesama manusia, dengan fokus pada koneksi antar manusia, caring yang berpusat pada ketulusan dan penyembuhan, kehadiran serta niat dalam "*doing*" sesuatu untuk orang lain dan "*being*" dengan orang lain yang membutuhkan.

Bagaimana *Caring* dapat diaplikasikan lebih mendalam sebagai bagian integral dari praktik keperawatan terdapat dalam teori Benner. Patricia Benner, terkenal dengan model "*Novice to Expert*", sangat menekankan *caring* sebagai hal yang mendasar dalam praktik keperawatan. Menurutnya, *caring* bukan hanya sekadar emosi atau sikap, melainkan aspek inti dari cara perawat berinteraksi dengan pasien dan memberikan asuhan (Humairah & Nursanti, 2024):

- a. **Caring sebagai Tema Sentral:** Benner menegaskan bahwa *caring* adalah fondasi dari praktik keperawatan.
- b. **Keutamaan Caring:** Buku Benner "*The Primacy of Caring*" (1989) menyoroti pentingnya *caring* dalam membantu pasien mengatasi penyakit.
- c. **Pengembangan Keterampilan dan Caring:** Model "*Novice to Expert*" Benner menunjukkan bagaimana

kemampuan perawat dalam memberikan *caring* berkembang seiring dengan pengalaman dan pengembangan keterampilan mereka. Seiring dengan perkembangan perawat dari pemula hingga ahli, pemahaman dan perwujudan *caring* mereka menjadi lebih bernuansa dan terintegrasi ke dalam praktik mereka.

- d. **Keahlian Klinis dan Caring:** Benner menghubungkan keahlian klinis dengan *caring*, menunjukkan bahwa perawat ahli menunjukkan pemahaman yang lebih mendalam tentang kebutuhan pasien dan memberikan asuhan dengan cara yang terampil secara teknis dan penuh perhatian.

Maka teori Benner tidak menyajikan *caring* sebagai konsep yang terpisah, tetapi lebih mengintegrasikannya ke dalam praktik keperawatan dan pengembangan

profesional perawat. Ilmu keperawatan memiliki banyak definisi tentang caring lainnya diantaranya adalah

- a. Florence Nightingale: Meskipun tidak memberikan definisi ringkas, konsep "*caring*" Nightingale sangat terkait dengan menciptakan lingkungan yang optimal untuk penyembuhan. Ini mencakup penyediaan udara segar, cahaya, kehangatan, kebersihan, ketenangan, dan nutrisi yang tepat untuk memungkinkan alam bekerja dalam diri pasien.
- b. Hildegard Peplau: Peplau menekankan pada hubungan interpersonal antara perawat dan pasien. Caring diwujudkan dalam proses terapeutik di mana perawat membantu pasien mengidentifikasi masalah mereka, mengembangkan mekanisme koping baru, dan tumbuh sebagai individu. Ini melibatkan empati, rasa hormat, dan komunikasi yang efektif.

- c. Jean Watson: Watson mendefinisikan caring sebagai "*transpersonal human caring.*" Ini melibatkan hubungan caring yang melindungi, meningkatkan, dan mempertahankan martabat, kemanusiaan, dan keutuhan pasien. Caring berfokus pada memelihara jiwa, mempromosikan penyembuhan, dan menghormati orang yang dirawat dan orang yang merawat.
- d. Kristen Swanson: Swanson mengidentifikasi lima proses caring:
- *Knowing*: Berusaha untuk memahami peristiwa dari sudut pandang orang lain.
 - *Being with*: Hadir secara emosional dengan orang lain.
 - *Doing for*: Melakukan untuk orang lain apa yang akan dia lakukan untuk dirinya sendiri jika mungkin.

- *Enabling*: Memfasilitasi orang lain melewati transisi kehidupan dan menghadapi peristiwa yang tidak dikenal.
 - *Maintaining belief*: Mempertahankan keyakinan dalam kemampuan orang lain untuk melewati peristiwa dan menghadapi masa depan dengan makna.
- e. *American Nurses Association (ANA)*: ANA menekankan bahwa caring adalah inti dari keperawatan. Ini terwujud dalam tindakan dan sikap yang menunjukkan empati, rasa hormat, kepercayaan, dan perhatian terhadap martabat manusia.

Definisi-definisi tersebut menyoroti berbagai aspek penting dari caring, termasuk lingkungan fisik, hubungan interpersonal, dimensi spiritual, dan tindakan praktis. Caring menjadi konsep multidimensional yang sangat

penting untuk praktik keperawatan yang efektif dan berpusat pada pasien.

Elemen-elemen esensial dalam *caring* meliputi :

- a. Landasan Etika: *Caring* berakar pada nilai-nilai etika internal dan pemahaman bersama tentang keperawatan (Foronda, 2023)
- b. Pendekatan Relasional: *Caring* melibatkan pendekatan relasional terhadap diri sendiri dan orang lain, menekankan hubungan antar manusia (Barta, 2023)
- c. *Respect and Attentiveness*: Elemen penting dari *caring* mencakup sikap penuh perhatian, terbuka, hormat, dan memperlakukan pasien sebagai seorang pribadi (Wagner, 2010)
- d. *Compassion and Empathy*: *Caring* melibatkan empati, kasih sayang, dan komitmen tulus terhadap kesejahteraan pasien.

- e. *Presence and Connection: "Authentic Presence" and "Caring Consciousness"* merupakan "Kehadiran Otentik" dan "Kesadaran *Caring*" menyoroti pentingnya hubungan perawat dengan pasien.
- f. *Intentionality* Niat: *Caring* mencakup niat untuk "melakukan" sesuatu untuk orang lain dan "bersama" dengan orang lain yang membutuhkan.

Caring yang efektif membutuhkan perpaduan antara pemahaman kognitif, keterlibatan afektif, dan tindakan terampil. Berikut ini **karakteristik dari caring** menurut Watson (Ernawati & Tumanggor, 2020; Pardede, 2020; Wagner, 2010):

- a. *Be ourself*: Jadilah diri sendiri karena orang harus dapat dipercaya, jujur, dan bergantung pada orang lain.
- b. *Clarity* Kejelasan, atau keinginan untuk berkomunikasi secara jujur dengan orang lain.

- c. *Respect*/Selalu menunjukkan rasa hormat kepada orang lain.
- d. *Separateness*: Dalam keperawatan welas asih, perawat tidak diliputi oleh kesedihan atau kecemasan sosial.
- e. *Freedom*/Kebebasan, yang memungkinkan orang untuk mengekspresikan perasaan mereka secara bebas.
- f. Empati, yang merupakan kapasitas untuk merasakan dan berpikir sebagaimana orang lain dan untuk mengalami emosi yang sebanding dengan emosi orang lain.
- g. Komunikasi verbal dan nonverbal harus konsisten, dan evaluasi dilakukan bersama-sama.

FILOSOFI DAN PARADIGMA CARING DALAM KEPERAWATAN

Dalam keperawatan, filosofi sangatlah penting, terutama ketika memahami bagaimana praktik

keperawatan dan prinsip ilmiah berhubungan satu sama lain. Tulisan ini menekankan betapa pentingnya Filosofi ilmu keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menghadirkan realitas yang signifikan dan meningkatkan kapasitasnya untuk merawat pasien. Perawat dapat memperoleh pemahaman lebih dalam tentang subjeknya dan ide-ide ilmiah yang mendasarinya dengan menggabungkan teknik artistik dengan proses ilmiah. Pada akhirnya, mereka yang ingin menjadi ilmuwan perawat dan mempromosikan praktik keperawatan terbaik harus memiliki pemahaman yang kuat tentang filosofi, sains, dan ilmu keperawatan (Choakprasanchai & Akbar, 2019).

Dari sudut pandang manusia, filosofi dianggap sebagai cara berpikir atau cara untuk menemukan kebenaran tentang dunia fenomenal. Di sisi lain, filosofi keperawatan mengacu pada sudut pandang atau cara berpikir yang digunakan perawat saat menerapkan ilmu

pengetahuan keperawatan kepada pasien, keluarga, atau masyarakat. Ilmu keperawatan didasarkan pada penelitian metodis yang dimaksudkan untuk mengembangkan kumpulan pengetahuan atau teori dan berfungsi sebagai panduan untuk praktik keperawatan, dengan menggabungkan dan mensintesis dasar-dasar fisika, biologi, dan ilmu-ilmu relevan lainnya dalam upaya untuk memahami pengalaman, kesehatan, bagaimana orang bereaksi terhadap penyakit, dan pengobatan terapeutik(Choakprasanchai & Akbar, 2019).

Pentingnya filosofi dan paradigma keperawatan

Hubungan antara filosofi dan caring dalam keperawatan adalah bahwa ilmu keperawatan dan filosofi ilmu sangat penting, terutama bagi perawat. filosofi membantu perawat menemukan kebenaran dan meningkatkan kesadaran tentang penerapan seni untuk meningkatkan perawatan pasien dan penggunaan pendekatan ilmiah untuk memperluas pengetahuan. Lebih

jauh lagi, menjadi ilmuwan perawat untuk memajukan praktik perawatan terbaik memerlukan pemahaman yang mendalam tentang ilmu dan filosofi keperawatan (Choakprasanchai & Akbar, 2019).

Filosofi dan paradigma *caring* akan membimbing perawat untuk memberikan asuhan yang etis, efektif, dan berpusat pada pasien karena:

- a. Memberikan Landasan Etika dan Moral: Filosofi *caring* menekankan nilai-nilai kemanusiaan, rasa hormat, dan kasih sayang sebagai inti dari praktik keperawatan. Ini memberikan landasan etika yang kuat bagi perawat dalam memberikan asuhan, memastikan bahwa tindakan mereka didasarkan pada prinsip-prinsip moral yang baik (Wagner, 2010).
- b. Meningkatkan Kualitas Asuhan: Paradigma *caring* mengarahkan perawat untuk melihat pasien sebagai individu yang utuh, dengan kebutuhan fisik,

emosional, dan spiritual yang saling terkait. Dengan berfokus pada hubungan terapeutik dan memberikan asuhan yang berpusat pada pasien, *caring* dapat meningkatkan kepuasan pasien, mempercepat penyembuhan, dan meningkatkan hasil kesehatan secara keseluruhan (Karlsson & Pennbrant, 2020; Roos et al., 2023).

- c. Mengatasi Kompleksitas Perawatan Kesehatan: Dalam lingkungan perawatan kesehatan modern yang sering kali didominasi oleh teknologi dan prosedur medis yang kompleks, filosofi *caring* mengingatkan perawat akan pentingnya sentuhan manusiawi, memastikan bahwa pasien diperlakukan dengan hormat dan empati (Ernawati & Tumanggor, 2020)
- d. Membentuk Identitas Profesional: *Caring* bukan hanya sekedar serangkaian tindakan, tetapi juga merupakan bagian integral dari identitas

profesional perawat. Filosofi *caring* membantu perawat untuk mengembangkan rasa makna dan tujuan dalam pekerjaan mereka, meningkatkan kepuasan kerja dan retensi.

- e. Mendorong Pengembangan Teori dan Praktik: Paradigma *caring* telah mendorong pengembangan teori-teori keperawatan yang berfokus pada hubungan perawat-pasien dan pentingnya *caring* dalam proses penyembuhan. Ini juga menginformasikan praktik keperawatan di berbagai bidang, mulai dari perawatan akut hingga perawatan komunitas.

Hubungan caring dengan etika keperawatan

Etika keperawatan merupakan **Landasan Etika dari Caring**: *Caring* digambarkan berakar pada "nilai-nilai etika internal". Teori Jean Watson didasarkan pada "fondasi moral/etika/filosofis cinta dan nilai-nilai". Etika keperawatan menjadi **Komitmen Moral**: *Caring* melibatkan

"komitmen moral untuk melindungi dan meningkatkan martabat manusia". **Kesadaran Etika:** "Kesadaran akan nilai-nilai etika internal dan pemahaman umum tentang keperawatan dan *caring* dibutuhkan" dalam praktik keperawatan. **Rasa Hormat dan Martabat:** *Caring* mencakup "rasa hormat/'cinta' untuk orang tersebut—menghormati kebutuhan, keinginan, rutinitas, dan ritualnya". Perawat harus fokus pada hubungan dengan manusia, bersikap penuh perhatian, terbuka, hormat, dan memperlakukan pasien sebagai seorang pribadi. Maka etika memberikan kerangka kerja mendasar untuk *caring* dalam keperawatan. *Caring* bukan hanya sekedar serangkaian tindakan, tetapi sangat terkait dengan prinsip-prinsip moral, rasa hormat terhadap martabat manusia, dan kesadaran etika.

Aplikasi *caring* dalam ranah Kognitif, afektif dan psikomotor perawat

Dalam praktik keperawatan, aplikasi *caring* termanifestasi dalam tiga ranah utama: kognitif, afektif, dan psikomotor, yang saling berintegrasi untuk memberikan asuhan yang holistik.

- a. Ranah **kognitif**, perawat dituntut untuk memiliki kesadaran dan pemahaman mendalam tentang nilai-nilai etika serta prinsip-prinsip keperawatan. Hal ini mencakup kemampuan berpikir kritis dalam menganalisis situasi pasien yang kompleks dan membuat keputusan klinis yang tepat. Selain itu, aplikasi pengetahuan teoretis dan empiris terkini merupakan komponen esensial dalam memberikan *caring* yang efektif.
- b. Ranah **afektif** menekankan pada aspek emosional dan relasional dalam asuhan keperawatan. Empati dan kasih sayang menjadi fondasi dalam memahami

serta merespons pengalaman pasien dan keluarganya. Membangun hubungan terapeutik yang didasarkan pada rasa hormat, kepercayaan, dan komunikasi yang efektif adalah krusial dalam memberikan *caring* yang berpusat pada pasien. Lebih lanjut, perawat perlu menghayati nilai *caring* sebagai bagian integral dari identitas profesional mereka, yang tercermin dalam sikap dan prioritas asuhan.

- c. Ranah **psikomotor**, *caring* diwujudkan melalui tindakan dan keterampilan praktis. Kompetensi teknis dalam melaksanakan prosedur keperawatan secara aman dan efisien adalah manifestasi dari *caring*. Tindakan *caring* yang spesifik, seperti memberikan kenyamanan fisik, membantu aktivitas sehari-hari, dan menciptakan lingkungan yang terapeutik, juga termasuk dalam ranah ini. Perawatan holistik yang mencakup aspek fisik,

emosional, dan spiritual pasien memerlukan integrasi dari ketiga ranah tersebut dalam praktik keperawatan.

Dengan demikian, aplikasi *caring* dalam keperawatan merupakan integrasi yang kompleks dan dinamis antara kognisi, afeksi, dan keterampilan psikomotor, yang berorientasi pada peningkatan kesejahteraan pasien secara komprehensif.

SIMPULAN

Sejarah keperawatan mencatat evolusi yang signifikan dalam pemahaman tentang *caring*. Awalnya, praktik keperawatan sering kali berfokus pada pemenuhan kebutuhan fisik dan pelaksanaan tugas medis secara efisien. Kemudian, muncul kesadaran yang berkembang tentang pentingnya aspek relasional dan emosional dari *caring*. Tokoh-tokoh kunci seperti Nightingale dan Peplau berkontribusi pada pergeseran ini, dengan Nightingale

menekankan pentingnya lingkungan terapeutik dan Peplau menyoroti pentingnya hubungan perawat-pasien. Teori-teori yang lebih baru, seperti yang dikemukakan oleh Watson dan Benner, semakin menekankan sifat holistik dari caring, menggabungkan dimensi emosional, spiritual, dan etika. Caring sekarang dipandang sebagai pusat dari praktik keperawatan, memengaruhi pengalaman pasien dan persepsi tentang kualitas perawatan. Caring adalah konsep multifaset yang mencakup nilai-nilai etika, hubungan relasional, rasa hormat terhadap individu, niat sadar, dan kehadiran autentik. Caring yang efektif melibatkan pemahaman kognitif, keterlibatan emosional, dan tindakan terampil, serta ditunjukkan melalui berbagai karakteristik seperti empati, rasa hormat, dan komunikasi yang jelas. Filosofi caring sangat penting dalam keperawatan, membimbing perawatan yang etis dan berpusat pada pasien,

meningkatkan kualitas perawatan, dan membentuk identitas profesional perawat.

.

DAFTAR PUSTAKA



- Barta, W. (2023). Research & Reviews : Journal of Nursing & Health Sciences Hildegard Peplau ' s Interpersonal Relations Theory: Enhancing Therapeutic Nurse-patient Relationships Research & Reviews : Journal of Nursing & Health Sciences. *Journal of Nursing & Health Sciences*, 9(4), 4–5. <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.90>
- Choakprasanchai, T., & Akbar, A. (2019). The Importance Of Philosophical Thinking In Nursing Science Discussion Paper/ Philosophical Paper. *International Journal of Nursing and Midwifery Science (IJNMS)*, 3(2), 73–79.
- Ernawati, E., & Tumanggor, B. E. (2020). Hubungan Karakteristik individu dan Perilaku Caring Perawat Dengan Kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Abdul Manap Jambi Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(3), 996. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i3.1090>
- Foronda, C. (2023). Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences Jean Watson ' s Caring Theory: Fostering Compassion in Contemporary Nursing Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences. *Research&Reviews : Journal Nursing&Health Sciences*, 9(4), 4–5. <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.93>

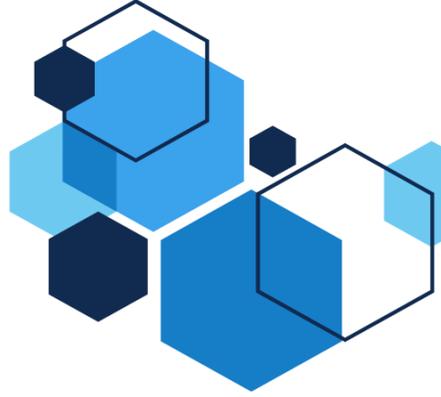


- Gilbert, H. A. (2020). Florence Nightingale's Environmental Theory and its influence on contemporary infection control. *Collegian*, 27(6), 626–633. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.09.006>
- Humairah, F., & Nursanti, I. (2024). Penerapan dan Analisis Phylosophical Theory Patricia Banner “Novice To Expert” pada Asuhan Keperawatan Chf. *SAINTEKES: Jurnal Sains, Teknologi Dan Kesehatan*, 3(1), 80–85. <https://doi.org/10.55681/saintekes.v3i1.301>
- Karlsson, M., & Pennbrant, S. (2020). Ideas of caring in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 21(4), 1–5. <https://doi.org/10.1111/nup.12325>
- Pardede, J. A. (2020). *Caring in Nursing*. 1–6.
- Roos, A. K. Ø., Skaug, E. A., & Helgesen, A. K. (2023). The Importance of Being Taken Care of—Patients' Experience with the Quality of Healthcare in a Norwegian Hospital. *Nursing Reports*, 13(4), 1742–1750. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040144>
- Wagner, A. . (2010). Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science. *Journal of Nursing & Health Sciences*, 1–7

BIODATA PENULIS



Ni Ketut Kardiyudiani, M.Kep., Sp.Kep.MB., PhDNS
dosen pengajar di Sekolah Tinggi Kesehatan Notokusumo Yogyakarta. Penulis telah menyelesaikan study S3 di Program Doctor Of Philosophy In Nursing Science di St Paul University Philippines tahun 2023. Sebelumnya penulis juga telah menyelesaikan pendidikan magister keperawatan tahun 2012 di FIK-UI dan mengambil peminatan Spesialis Medikal Bedah di FIK-UI pada tahun 2013. Jenjang akademik S1 penulis juga di FIK-UI pada tahun 2001, dan lulus tahun 1997 dari Akper Gatot Soebroto Jakarta. Penulis memulai karirnya sebagai dosen di Akademi Keperawatan Hangtuah Jakarta pada tahun 1997 hingga 2002 dan pada tahun 2003 hingga sekarang penulis menjadi dosen di Sekolah Tinggi Kesehatan Notokusumo Yogyakarta.



BAB 2
MADELEINE M. LEININGER:
TEORI PERAWATAN
KERAGAMAN DAN
UNIVERSALITAS BUDAYA

NOVA LINA LANGINGI

E-mail: nova_langingi@unklab.ac.id





PENDAHULUAN

Madeleine Leininger adalah pendiri dan pemimpin bidang keperawatan transkultural. Pendidikan keperawatan awal Dr. Leininger adalah di St. Anthony School of Nursing di Denver, Colorado. Gelar sarjananya diperoleh dari Mt. St. Scholastic College di Atchison, Kansas, dan gelar masternya diperoleh di Catholic University of America di Washington, D.C. Dia menyelesaikan gelar Ph.D. dalam antropologi sosial dan budaya di Universitas Washington. Dr. Leininger adalah dekan dan profesor keperawatan di Universitas Washington dan Utah serta membantu memulai dan mengarahkan program doktoral di bidang keperawatan di Universitas Utah dan Washington, serta di Universitas Wayne State. Dia memfasilitasi pengembangan program

serupa di institusi-institusi Amerika dan luar negeri lainnya (Alligood, 2014; Parker, 2001).

Latar belakangnya yang unik dalam keperawatan dan antropologi memungkinkannya untuk mengenali peran penting budaya dalam perawatan kesehatan dan mengembangkan kerangka teoritis yang menekankan perawatan yang kompeten dan kongruen secara budaya. Pekerjaan Leininger telah berperan penting dalam menyoroti pentingnya memahami dan menghormati keragaman budaya dalam praktik keperawatan, pendidikan, dan penelitian (Seisser, 2002).

Dedikasi Leininger untuk perawatan yang relevan secara budaya membawanya untuk menciptakan istilah "perawatan yang kongruen secara budaya" pada tahun 1960-an (Seisser, 2002). Konsep ini menekankan pentingnya memberikan perawatan yang selaras dengan kepercayaan, praktik, dan nilai budaya individu atau kelompok (Nashwan et al., 2013). Dengan menciptakan

istilah ini, Leininger memberikan cara yang jelas dan ringkas untuk mengartikulasikan tujuan keperawatan transkultural, yaitu untuk memastikan bahwa perawatan tidak hanya efektif tetapi juga menghormati dan bermakna bagi pasien (Curcio et al., 2024).

Penekanan pada perawatan yang kongruen secara budaya memiliki implikasi yang luas untuk praktik keperawatan, pendidikan, dan penelitian (Fabry et al., 2024). Ini menantang perawat untuk bergerak melampaui asumsi dan budaya mereka sendiri dan untuk mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang efektif kepada beragam populasi (Sagar, 2015). Ini termasuk memahami pengaruh faktor-faktor seperti pandangan dunia, struktur sosial, dan konteks lingkungan terhadap keyakinan dan perilaku kesehatan. Pada akhirnya, tujuan dari perawatan yang kongruen secara budaya adalah untuk mempromosikan kesehatan, penyembuhan, dan

kesejahteraan dengan memastikan bahwa perawatan kesehatan sensitif secara budaya, hormat, dan responsif terhadap kebutuhan setiap pasien secara individu (Lima et al., 2023).

KONSEP UTAMA TEORI KEPERAWATAN KERAGAMAN DAN UNIVERSALITAS BUDAYA

Perawatan dan Kepedulian. Konsep perawatan manusia dan kepedulian merujuk pada fenomena abstrak dan manifest dengan ekspresi cara-cara asistif, suportif, memfasilitasi, dan memungkinkan untuk membantu diri sendiri atau orang lain dengan kebutuhan yang jelas atau yang diperkirakan untuk meningkatkan kesehatan, kondisi manusia, atau cara hidup, atau untuk menghadapi disabilitas atau kematian (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021). (Farmer et al., 2015) mengatakan bahwa perawatan adalah domain pusat dan dominan keperawatan dan keperawatan transkultural. Teori ini menekankan bahwa

perawatan (care) adalah inti dari keperawatan, membentuk kesehatan dan kesejahteraan di berbagai budaya. Teori ini berpendapat bahwa perawatan lebih dari sekadar tugas; itu adalah fenomena yang tertanam dalam budaya yang mempengaruhi bagaimana individu memandang dan mengalami kesehatan, penyakit, dan penyembuhan. Perawat transkultural, oleh karena itu, bertujuan untuk memahami pola perawatan yang beragam ini guna memberikan perawatan kesehatan yang sesuai dengan budaya.

Budaya. Budaya merujuk pada cara hidup yang terpolakan, nilai-nilai, kepercayaan, norma, simbol, dan praktik individu, kelompok atau institusi yang dipelajari, dibagikan dan biasanya ditransmisikan dari satu generasi ke generasi berikutnya (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021). Lebih lanjut lagi, Ares (2020) mengatakan budaya adalah konsep yang multifaset yang diidentifikasi sebagai elemen penting, namun sebelumnya diabaikan, dalam

pengetahuan dan praktik keperawatan. Itulah sebabnya Fabry et al. (2024) mengatakan memahami budaya sangat penting karena budaya membentuk keyakinan kesehatan, nilai-nilai, dan praktik individu, mempengaruhi bagaimana mereka memandang penyakit, mencari perawatan, dan merespons pengobatan.

Perawatan Budaya. Perawatan Budaya mengacu pada tindakan perawatan yang disintesis dan dibentuk secara budaya yang bersifat membantu, mendukung, memberdayakan, atau memfasilitasi terhadap diri sendiri atau orang lain yang berfokus pada kebutuhan yang jelas atau yang diantisipasi untuk kesehatan atau kesejahteraan klien, atau untuk menghadapi disabilitas, kematian, atau kondisi manusia lainnya (Alligood, M., 2014; Yava & Tosun, 2021). Itulah sebabnya Wehbe-Alamah (2008) mengatakan, memahami elemen-elemen ini memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk mengantisipasi hasil kesehatan dan menyesuaikan

pendekatan mereka untuk memenuhi kebutuhan unik dari berbagai populasi. Tujuan utamanya adalah memberikan perawatan yang tidak hanya secara klinis tepat tetapi juga sesuai dengan budaya, memastikan bahwa perawatan tersebut selaras dengan nilai-nilai dan keyakinan individu yang menerimanya (Wehbe-Alamah, 2008).

Keberagaman Perawatan Budaya. Keberagaman Perawatan Budaya /mengacu pada variabilitas budaya atau perbedaan dalam keyakinan perawatan, makna, pola, nilai, simbol, dan cara hidup dalam dan antar budaya serta manusia (Alligood, M., 2014; Yava & Tosun, 2021). Fabry et al. (2024) mengatakan keberagaman ini dibentuk oleh berbagai faktor, termasuk latar belakang budaya, pengalaman sejarah, dan konteks sosial, yang mengarah pada pendekatan yang beragam terhadap kesehatan, penyakit, dan perawatan. Memahami keberagaman ini sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang sesuai secara budaya yang

menghormati dan selaras dengan kebutuhan dan preferensi unik setiap pasien.

Universalitas Perawatan Budaya (Culture Care Universality). Universalitas Perawatan Budaya mengacu pada kesamaan atau makna perawatan berbasis budaya yang serupa (“kebenaran”), pola, nilai, simbol, dan cara hidup yang mencerminkan perawatan sebagai kemanusiaan universal (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021). Universalitas perawatan budaya menyoroti aspek-aspek perawatan yang umum bagi semua orang. Memahami aspek-aspek universal ini sangat penting untuk mengembangkan pemahaman yang komprehensif tentang perawatan dan untuk memberikan perawatan yang efektif dan penuh kasih kepada individu dari latar belakang mana pun.

Pandangan dunia. Pandangan dunia mengacu pada cara individu atau kelompok memandang dan memahami dunia di sekitar mereka sebagai nilai, sikap, gambaran,

atau perspektif tentang kehidupan dan dunia (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021). Pandangan dunia adalah komponen utama dari Model Sunrise Leininger. Dengan memahami pandangan dunia seseorang, penyedia layanan kesehatan dapat memperoleh wawasan tentang bagaimana mereka memandang kesehatan, penyakit, dan kesejahteraan mereka (Ares, 2020).

Dimensi Struktur Budaya dan Sosial. Dimensi struktur budaya dan sosial merujuk pada pola dinamis, holistik, dan saling terkait dari fitur-fitur terstruktur suatu budaya (atau subkultur), termasuk agama (atau spiritualitas), kekerabatan (sosial), karakteristik politik (hukum), ekonomi, pendidikan, teknologi, nilai-nilai budaya, filsafat, sejarah, dan bahasa (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021).

Konteks Lingkungan. Konteks lingkungan mengacu pada keseluruhan lingkungan (fisik, geografis, dan sosiokultural), situasi, atau peristiwa dengan pengalaman

terkait yang memberikan makna interpretatif untuk membimbing ekspresi dan keputusan manusia dengan merujuk pada lingkungan atau situasi tertentu (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021).

Etnohistori. Etnohistori merujuk pada urutan fakta, peristiwa, atau perkembangan dari waktu ke waktu yang diketahui, disaksikan, atau didokumentasikan tentang sekelompok orang tertentu dari suatu budaya (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021).

Emik. Emik merujuk pada pandangan dan nilai-nilai lokal, pribumi, atau pandangan dari orang dalam tentang suatu fenomena (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021). Perspektif ini mencakup keyakinan, nilai, dan praktik unik yang spesifik untuk budaya atau subkultur tertentu (Leininger, 1999). Memahami perspektif emik sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan karena memberikan wawasan tentang bagaimana individu dalam suatu budaya memandang kesehatan, penyakit, dan

perawatan, yang membentuk perilaku pencarian kesehatan mereka dan kepatuhan terhadap rencana perawatan.

Etik. Etik merujuk pada pandangan dan nilai-nilai orang luar atau pandangan yang lebih universal tentang suatu fenomena (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021) untuk membantu budaya tertentu, baik yang sakit, cacat, menghadapi kematian, atau menghadapi kondisi manusia lainnya. Karena budaya berfokus pada cara hidup total atau holistik manusia, agama (spiritual), kekerabatan, politik-hukum, pendidikan, teknologi, bahasa, konteks lingkungan, dan pandangan dunia semuanya dipertimbangkan. Pengetahuan ini diintegrasikan dengan cermat dan selektif dengan pengetahuan medis dan keperawatan fisik, psikologis, dan pengetahuan lainnya untuk memberikan perawatan yang sesuai (Leininger, 1999).

Kesehatan. Kesehatan merujuk pada keadaan kesejahteraan atau keadaan pemulihan yang secara budaya dikonstruksi, didefinisikan, dihargai, dan dipraktikkan oleh individu atau kelompok dan yang memungkinkan mereka berfungsi dalam kehidupan sehari-hari mereka (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021). Kesehatan dan kesejahteraan sangat dipengaruhi oleh pola perawatan budaya, yang mencakup keyakinan, nilai, dan praktik terkait kesehatan dalam konteks budaya tertentu (Leininger, 1999). Pola-pola ini membentuk bagaimana individu memandang penyakit, dan mencari pengobatan. Memahami nuansa budaya ini sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang efektif dan sensitif secara budaya. Misalnya, kepercayaan budaya tentang penyebab penyakit dapat mempengaruhi apakah seseorang mencari perhatian medis atau mengandalkan metode penyembuhan tradisional.

Keperawatan Transkultural. Keperawatan transkultural mengacu pada bidang formal pengetahuan dan praktik humanistik serta ilmiah yang berfokus pada holistik Fenomena dan kompetensi Perawatan Budaya (merawat) untuk membantu individu atau kelompok mempertahankan atau mendapatkan kembali kesehatan (atau kesejahteraan) mereka dan menghadapi disabilitas, kematian, atau kondisi manusia lainnya dengan cara yang sesuai budaya dan bermanfaat (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021). Keperawatan transkultural diarahkan menuju perawatan kesehatan yang holistik, kongruen (sesuai), dan bermanfaat juga menjadi salah satu perkembangan paling menantang dan revolusioner dalam perawatan seiring dunia kita menjadi multikultural secara global. Konsep, prinsip, dan temuan penelitian keperawatan transkultural sedang mengubah sistem dan praktik keperawatan serta medis (Leininger, 1999).

Preservasi atau Pemeliharaan Budaya Perawatan.

Preservasi atau pemeliharaan Budaya Perawatan mengacu pada tindakan dan keputusan profesional yang bersifat asistif, suportif, fasilitatif, atau memungkinkan yang membantu orang-orang dari budaya tertentu untuk mempertahankan atau memelihara nilai-nilai perawatan yang bermakna dan cara hidup mereka untuk kesejahteraan, untuk pulih dari penyakit, atau untuk menghadapi cacat atau kematian (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021).

Akulturasi atau Negosiasi Perawatan Budaya.

Akulturasi atau negosiasi Perawatan Budaya mengacu pada tindakan dan keputusan profesional yang bersifat asistif, suportif, fasilitatif, atau memfasilitasi yang membantu orang-orang dari budaya tertentu (atau subkultur) untuk beradaptasi atau bernegosiasi dengan orang lain demi hasil kesehatan yang bermakna,

bermanfaat, dan sesuai (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021).

Penyusunan Ulang atau Restrukturisasi.

Perawatan Budaya Perubahan pola budaya atau restrukturisasi budaya mengacu pada tindakan dan keputusan profesional yang bersifat asistif, mendukung, memfasilitasi, atau memberdayakan yang membantu klien untuk mengatur ulang, mengubah, atau memodifikasi cara hidup mereka demi hasil kesehatan yang baru, berbeda, dan bermanfaat (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021).

Perawatan Keperawatan yang Kompeten Secara Budaya. Perawatan keperawatan yang kompeten secara budaya mengacu pada penggunaan eksplisit dari perawatan dan pengetahuan kesehatan berbasis budaya dengan cara yang sensitif, kreatif, dan bermakna untuk menyesuaikan dengan cara hidup umum dan kebutuhan individu atau kelompok demi kesehatan dan kesejahteraan yang bermanfaat dan bermakna, atau untuk menghadapi

penyakit, kecacatan, atau kematian (Alligood, 2014; Yava & Tosun, 2021).

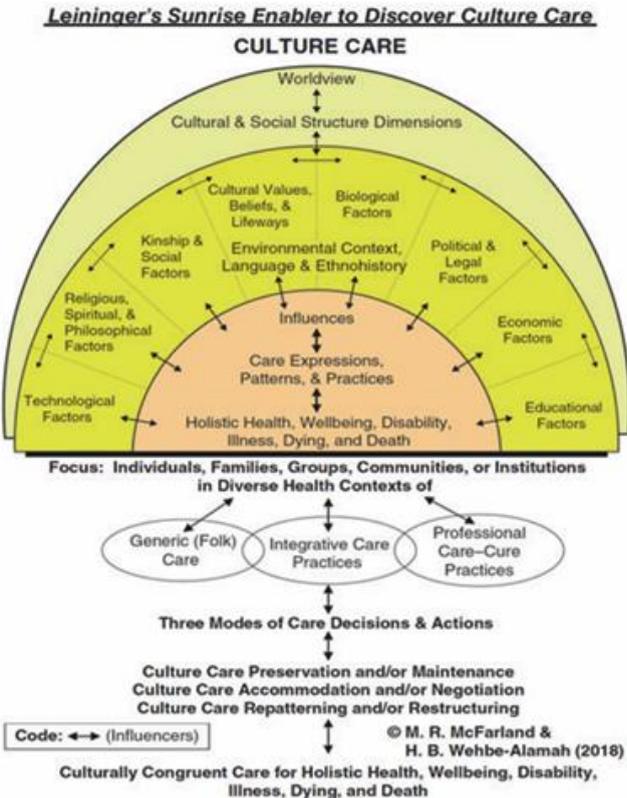
***SUNRISE ENABLER* UNTUK MENEMUKAN PERAWATAN BUDAYA**

Model sunrise (enabler) (lihat Gambar 1) direvisi dan dinamai ulang menjadi enabler untuk menjelaskan bahwa ini adalah panduan visual untuk eksplorasi budaya. Model ini tidak boleh dipandang sebagai teori itu sendiri, melainkan sebagai gambaran dari berbagai komponen teori tersebut. Oleh karena itu, dengan menggunakan *enabler*, perawat memberikan perawatan yang kompeten dan sesuai secara budaya. Dimulai dari bagian atas gambar, perawatan budaya adalah komponen utama dari *enabler* diikuti oleh pandangan dunia dan kemudian dimensi struktur budaya dan sosial. Pandangan dunia mengacu pada cara orang-orang dalam suatu budaya memandang lingkungan atau alam semesta mereka untuk

membentuk nilai-nilai tertentu tentang kehidupan mereka. Faktor-faktor struktur budaya dan sosial mencakup komponen teknologi; agama dan filosofis; kekerabatan; politik dan hukum; ekonomi; dan pendidikan. Komponen-komponen ini dipelajari melalui teknik penelitian partisipasi, observasi, dan wawancara (Alligood, 2014).

Lebih lanjut lagi dikatakan bahwa preservasi dan pemeliharaan perawatan harus digunakan untuk memungkinkan orang-orang dari budaya tertentu "mempertahankan atau menjaga nilai-nilai perawatan yang bermakna dan cara hidup untuk kesejahteraan mereka, untuk pulih dari penyakit, atau menghadapi cacat atau kematian. Akomodasi dan negosiasi melibatkan tindakan dan keputusan yang membantu orang-orang dalam suatu budaya beradaptasi atau bernegosiasi dengan orang lain untuk hasil kesehatan yang bermakna, bermanfaat, dan sesuai. *Repatterning* dan restrukturisasi

membantu “klien mengatur ulang, mengubah, atau memodifikasi cara hidup mereka untuk hasil perawatan kesehatan yang baru, berbeda, dan bermanfaat sambil tetap menghormati pola dan keyakinan budaya mereka (Alligood, 2014).



Gambar 2.1. Model *Sunrise Enabler*

Sumber: Yava & Tosun (2021)

METAPARADIGMA KEPERAWATAN

Menurut Alligood, (2014) metaparadigma dari teori Leininger adalah sebagai berikut:

Keperawatan

1. Perawatan adalah inti dari keperawatan dan merupakan fokus yang berbeda, dominan, sentral, dan menyatukan.
2. Perawatan berbasis budaya (perhatian) sangat penting untuk kesejahteraan, kesehatan, pertumbuhan, dan kelangsungan hidup, serta untuk menghadapi cacat atau kematian.
3. Perawatan berbasis budaya adalah cara yang paling komprehensif dan holistik untuk mengetahui, menjelaskan, menginterpretasikan, dan memprediksi fenomena perawatan keperawatan serta untuk membimbing keputusan dan tindakan keperawatan.

4. Keperawatan transkultural adalah disiplin dan profesi perawatan yang humanistik dan ilmiah dengan tujuan utama untuk melayani individu, kelompok, komunitas, masyarakat, dan institusi.
5. Perawatan berbasis budaya sangat penting untuk pengobatan dan penyembuhan, karena tidak ada penyembuhan tanpa perawatan, tetapi perawatan dapat ada tanpa penyembuhan.
6. Konsep, makna, ekspresi, pola, proses, dan bentuk struktural dari perawatan budaya bervariasi secara transkultural dengan keragaman (perbedaan) dan beberapa kesamaan (persamaan).

Orang

7. Setiap budaya manusia (yaitu: awam, rakyat, atau pribumi) memiliki pengetahuan, praktik perawatan generik dan biasanya pengetahuan

dan praktik perawatan profesional, yang bervariasi secara transkultural dan individu.

8. Nilai, keyakinan, dan praktik Perawatan Budaya dipengaruhi oleh dan cenderung tertanam dalam pandangan dunia, bahasa, filosofi, agama (dan spiritualitas), kekerabatan, sosial, politik, hukum, pendidikan, ekonomi, teknologi, etnohistoris, dan konteks lingkungan budaya.

Kesehatan

9. Perawatan berbasis budaya yang bermanfaat, sehat, dan memuaskan mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dalam konteks lingkungan mereka.
10. Perawatan keperawatan yang sesuai dengan budaya dan bermanfaat hanya dapat terjadi ketika nilai-nilai, ekspresi, atau pola perawatan

diketahui dan digunakan secara eksplisit untuk perawatan yang tepat, aman, dan bermakna.

11. Perbedaan dan persamaan dalam Perawatan Budaya ada antara perawatan profesional dan perawatan generik klien dalam budaya manusia di seluruh dunia.

Lingkungan

12. Konflik budaya, praktik pemaksaan budaya, stres budaya, dan rasa sakit budaya mencerminkan kurangnya pengetahuan tentang Perawatan Budaya untuk memberikan perawatan yang sesuai budaya, bertanggung jawab, aman, dan sensitif.
13. Metode penelitian kualitatif etnonursing menyediakan sarana penting untuk secara akurat menemukan dan menginterpretasikan data Budaya Perawatan yang terbenam, kompleks, dan beragam.

SIMPULAN

Teori Madeleine Leininger telah secara signifikan memajukan bidang keperawatan, menyediakan kerangka kerja untuk perawatan yang kompeten secara budaya yang sekarang diakui penting di dunia yang beragam. Perspektifnya yang unik, memadukan keperawatan dan antropologi, memungkinkannya untuk mengidentifikasi peran penting budaya dalam praktik perawatan kesehatan dan mengembangkan teori yang menekankan perawatan yang serasi secara budaya. Warisan Leininger terus menginspirasi perawat di seluruh dunia untuk memberikan perawatan yang sensitif dan efektif secara budaya. Karena populasi menjadi semakin beragam, pekerjaan Leininger tetap lebih relevan dari sebelumnya, membimbing perawat dalam upaya mereka untuk memberikan perawatan yang adil, penuh hormat, dan

sesuai secara budaya yang mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan bagi semua orang

.

DAFTAR PUSTAKA

- 
- Alligood, M., R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. Elsevier. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.24.1.106a>
- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theory: Utilization & application* (5th Editio). Elsevier. <https://doi.org/10.1260/1475-472X.11.2.177>
- Ares, T. L. (2020). American Roma: A Cultural Care Case Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 00(0), 1–8. <https://doi.org/10.1177/1043659619899995>
- Curcio, F., El Khabir, H., Chelo, G., Puggioni, S., Soddu, M., Lucchetta, M. R., & Avilés-González, C. I. (2024). Transcultural Perspectives in Nursing: Understanding the Role of Healers and the Evil Eye in Modern Healthcare. *Nursing Reports*, 14(3), 2443–2455. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030181>
- Fabry, L., McDermott, S., & Wilford, B. (2024). Culturally Competent Care for Diverse Populations: A Review of Transcultural Nursing Education. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 46(3), 274–282. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000526>
- Farmer, M. E., Wehbe-alamah, H., Mcfarland, M., Jones, M., Shah, V., & El-hayek, J. (2015). Development of an Extensible Game Architecture for Teaching Transcultural Nursing Department of Computer Science , Engineering Science and Physics Department of Nursing , School of Health Professions



and Studies , and 3 Department of Visual. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*, 5(1).

Leininger, M. M. (1999). What is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1), 9. <https://doi.org/10.1177/104365969901000105>

Lima, A. F. S., Santos, C. E. B., Alves, N. R., Lima, M. C. F., Jorge, J. S., Tigre, H. W. A., de Almeida, A. V. A., da Silva Santos, T., & Costa, L. de M. C. (2023). Nursing care for the Warao people: an experience report based on transcultural theory. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 57(e20230035), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0035EN>

Nashwan, A. J., Qadir, A., Nashwan, J., & Mansour, D. B. (2013). Caring for a Bedouin Female Patient with Breast Cancer: An Application of Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. *Global Journal of Medicine and Public Health*, 2(3), 1–6. <https://www.researchgate.net/publication/312912484>

Parker, M. (2001). Nursing Theories and Nursing Practice. In *F.A. Davis Company*. F. A. Davis Company.

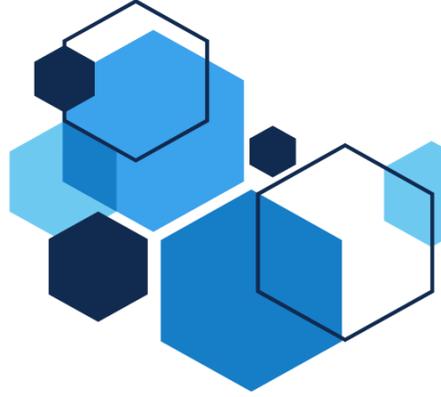


- Sagar, P. L. (2015). Transcultural Nursing Scholars' Corner: Leadership in Application and Dissemination of Concepts, Models, and Theories. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(2), 209–210. <https://doi.org/10.1177/1043659614556354>
- Seisser, M. A. (2002). Madeleine Leininger on Transcultural Nursing and Culturally Competent Care. *Journal for Healthcare Quality*, 24(2), 18–21.
- Wehbe-Alamah, H. (2008). Bridging generic and professional care practices for Muslim patients through use of Leininger's culture care modes. *Contemporary Nurse*, 28(1–2), 83–97. <https://doi.org/10.5172/conu.673.28.1-2.83>
- Yava, A., & Tosun, B. (2021). *Transcultural Nursing: Benefits*. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

BIODATA PENULIS



Nova Lina Langingi lahir di Lowu, Provinsi Sulawesi Utara. Ia tercatat sebagai lulusan *Doctor of Philosophy in Nursing Science* dari *St. Paul University Philippines*. Saat ini ia merupakan dosen di Fakultas Keperawatan, Universitas Klabat, Manado dan mengampu mata kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan, Keperawatan Kardiovaskuler, Keperawatan Bencana, dan Metodologi Penelitian Keperawatan.



BAB 3

TEORI MODEL KEPERAWATAN DOROTHY JOHNSON

BRIGITTA AYU DWI SUSANTI

E-mail: brigittaayudwisusanti@gmail.com





PENDAHULUAN

Pada tanggal 21 Agustus 1919, Dorothy E. Johnson lahir di Savannah, Georgia. Johnson mengajar keperawatan anak di Sekolah Keperawatan Universitas Vanderbilt dari tahun 1949 hingga 1978 sebagai asisten profesor. Johnson bergabung dengan Sekolah Keperawatan Kesehatan Kristen di Vellore, India Selatan, pada tahun 1955–1956 sebagai penasihat keperawatan anak. Faculty Award, penghargaan paling bergengsi, diberikan kepada Johnson. Ia kembali menerima Penghargaan Lulu Hassenplug Distinguished Achievement dari Assisi pada tahun 1975. Keyakinan Nightingale bahwa tujuan keperawatan adalah untuk membantu orang dalam mencegah atau mengobati penyakit dan memunculkan teori sistem perilaku Johnson.

Pasien sebagai individu, bukan sesuatu yang khusus, harus menjadi penekanan ilmu dan seni keperawatan (Ansori, 2015). Untuk membangun idenya, Johnson memanfaatkan karya ilmuwan bidang perilaku dalam sosiologi, psikologi, dan etnologi. Selain menggunakan ide dan definisi dari A. Rapoport, R. Chin, dan W. Buckley, ia terutama mengandalkan teori sistem. Model sistem berfungsi sebagai paradigma untuk struktur teori sistem perilaku; sistem didefinisikan sebagai kumpulan komponen yang saling berhubungan yang bekerja secara keseluruhan. Johnson memandang manusia sebagai sistem perilaku dalam tulisannya.

Tujuh subsistem membentuk model teoritis Johnson, yang juga dikenal sebagai Model Sistem Perilaku Johnson, yang merupakan teori keperawatan. Teori ini dapat digunakan untuk membantu perawat dalam merawat pasien. Model Johnson dapat membantu perawat

dalam memberikan perawatan keperawatan dalam kerangka kerja yang terstandarisasi.(Kannan et al., 2020)

SISTEM PERILAKU (BEHAVIORAL SYSTEM)

Pola, pengulangan, dan cara bertindak dengan tujuan tertentu merupakan bagian dari sistem perilaku. Cara berperilaku ini membentuk unit fungsional yang terorganisasi dan terpadu yang menentukan dan membatasi interaksi antara seseorang dengan lingkungannya dan menciptakan hubungan seseorang dengan objek, peristiwa, dan situasi di lingkungannya. Sikap biasanya dicirikan dan dapat dijelaskan. Sebagai sistem perilaku, manusia berupaya menjaga stabilitas dan keseimbangan melalui regulasi dan adaptasi multilevel yang efektif demi kemanjuran suatu fungsi. Sistem ini biasanya cukup fleksibel untuk mengakomodasi pengaruh yang dihasilkan.

SUBSISTEM

Bagian-bagian dari sistem perilaku dibagi menjadi beberapa subsistem dengan fungsi yang berbeda, dan sistem perilaku memiliki banyak pekerjaan yang harus dilakukan. Selama hubungannya dengan subsistem lain dan lingkungan tidak terganggu, suatu subsistem dapat terus berfungsi sebagai sistem kecil dengan tujuan yang unik. Johnson membedakan tujuh subsistem yang saling berhubungan, terbuka, dan saling bergantung.

Tindakan subsistem ini, yang terus berubah sebagai hasil dari pematangan, pengalaman, dan pembelajaran, secara langsung dikendalikan oleh motivasi. Ketujuh elemen ini—afiliasi, ketergantungan, ingestif, eliminatif, seksual, pencapaian, dan agresif—adalah aspek biologis, psikologis, dan sosiokultural yang mengatur sistem yang dijelaskan, yang tampaknya bersifat lintas budaya (Pragholapati et al., 2023)

1. Subsistem Prestasi mengukur tingkat keberhasilan yang dicapai melalui kemampuan inovatif.
2. Subsistem Afiliasi, atau Hubungan, yang bertujuan untuk membangun koneksi yang tepat dengan lingkungan sekitar.
3. Subsistem Serangan (agresif), Mengelola bahaya lingkungan.
4. Subsistem Ketergantungan, sistem perilaku yang menyesuaikan diri dengan kedamaian, keamanan, kepercayaan, dan bantuan.
5. Subsistem Eliminasi: Subsistem ini menangani pembuangan hal-hal yang tidak dibutuhkan tubuh secara alami.
6. Subsistem Ingesti: Faktor-faktor yang berhubungan dengan makan.
7. Pemuasan kebutuhan untuk mencintai dan dicintai adalah subsistem seksualitas.

MODEL KONSEP DAN TEORI KEPERAWATAN JOHNSON

Menurut Johnson, ide dan model teori keperawatan didasarkan pada pendekatan sistem perilaku, yang memandang manusia sebagai sistem perilaku yang senantiasa mencari stabilitas dan keseimbangan dalam lingkungan internal dan eksternal mereka serta kemampuan untuk mengendalikan dan beradaptasi dengan dampak yang ditimbulkannya. Salah satu sistem eksternal yang memengaruhi perilaku seseorang adalah lingkungan sekitar, yang meliputi masyarakat. Menurut Johnson, sistem perilaku terdiri dari komponen-komponen subsistem berikut, yang bersama-sama membentuk sistem:

1. Ingestif

Berkaitan dengan komponen perilaku tentang bagaimana, kapan, bagaimana, dan berapa banyak makan dan minum.

2. Sukses

Adalah tingkat keberhasilan yang dicapai dengan menggunakan kemampuan kreatif.

3. Agresif

Adalah semacam mekanisme perlindungan atau pertahanan diri terhadap beberapa bahaya lingkungan.

4. Eliminasi

Subsistem perilaku ini berkaitan dengan ekskresi biologis zat-zat yang tidak dibutuhkan tubuh, termasuk kapan, bagaimana, dan dalam jumlah berapa.

5. Bersifat seksual,

digunakan untuk memenuhi kebutuhan akan cinta dan penerimaan.

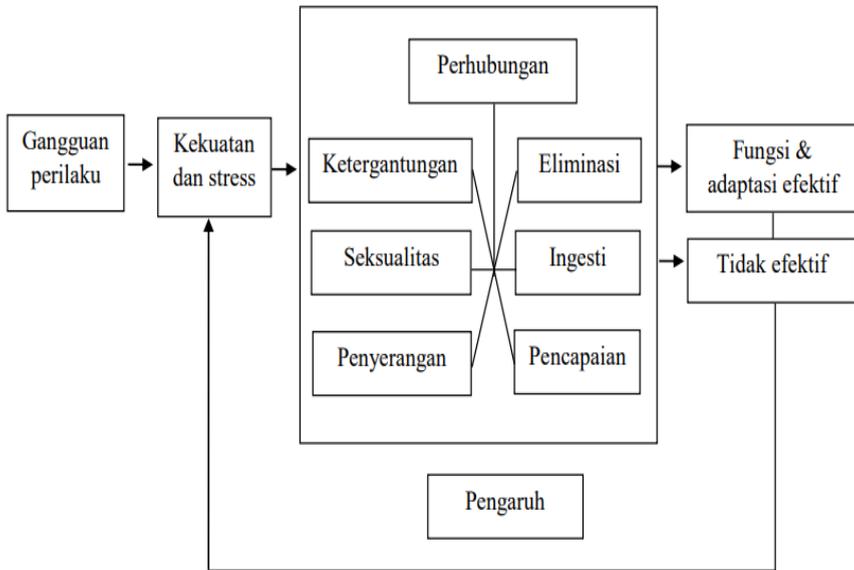
6. Afiliasi

adalah cara untuk memenuhi tuntutan ekstra agar tetap berada dalam lingkungan yang mendukung penyesuaian kehidupan sosial, keamanan, dan kelangsungan hidup.

7. Ketergantungan

adalah komponen sistem perilaku yang memberikan keamanan, ketenangan, kepercayaan, dan bantuan.

Johnson percaya bahwa untuk mengatasi masalah ini, keperawatan harus mampu bertindak sebagai regulator untuk menyeimbangkan sistem perilaku, yang didasarkan pada subsistem yang disebutkan di atas. Dalam hal ini, klien adalah orang-orang yang menerima dukungan perawatan untuk kondisi yang terancam atau dapat terancam oleh rasa sakit atau ketidakseimbangan dalam cara mereka menanggapi lingkungan sekitar. Keadaan kesehatan yang ideal dicapai oleh orang-orang yang dapat bertindak dengan cara yang menjaga keseimbangan atau stabilitas dengan lingkungan sekitar mereka (Alligood, 2014).



Gambar 3.1 Model Sistem Perilaku Johnson

Kerangka kerja model konseptual Model Perilaku Dorothy Johnson dijelaskan di bawah ini, khususnya:

1. Mencapai stabilitas dinamis dan keseimbangan perilaku adalah tujuan pengobatan.
2. Klien adalah organisme dengan delapan komponen dalam aktivitasnya.
3. Fungsi perawat dalam mengendalikan dan memantau keseimbangan dan stabilitas perilaku

4. Stres, baik fisik maupun psikologis, merupakan akar penyebab masalah klien.
5. Fokus utama intervensi adalah pada kewajiban hidup dan sistem pengaturan.
6. Pola intervensi memfasilitasi, mencegah, dan mempertahankan kemampuan klien untuk mengelola stres fungsional dan fisik.
7. Efek tindakan keperawatan

ASUMSI-ASUMSI

Teori Model Keperawatan Dorothy didasarkan pada premis berikut:

1. Keperawatan

Menurut Johnson, keperawatan adalah tindakan eksternal yang menggunakan sumber daya atau mekanisme pengaturan yang efisien untuk membantu pasien dalam situasi yang penuh tekanan mengatur perilaku mereka.

Baik seni maupun sains memerlukan pemahaman tentang

keteraturan, kekacauan, dan kontrol karena keduanya menyediakan faktor eksternal baik sebelum maupun selama gangguan keseimbangan sistem. Layanan keperawatan merupakan pelengkap perawatan medis dan tidak bergantung pada otoritas medis.

2. Individu

Menurut Johnson, manusia adalah sistem perilaku yang berhubungan dengan lingkungannya melalui pola, pengulangan, dan perilaku yang disengaja. Pola reaksi manusia tertentu bersatu untuk menciptakan keseluruhan yang kohesif dan terorganisasi dengan baik. Individu adalah sistem yang terdiri dari bagian-bagian yang saling berhubungan yang membutuhkan aturan dan hukum agar tetap seimbang. Konsumsi energi yang sangat besar, menyisakan sedikit energi untuk perbaikan dan fungsi biologis.

3. Kesejahteraan

Menurut Johnson, kesehatan adalah keadaan yang dinamis dan sulit dipahami yang dipengaruhi oleh variabel sosial, psikologis, dan biologis. Petugas kesehatan mulai menghargai kesehatan dan lebih menekankan pada individu daripada penyakitnya.

Cara subsistem sistem perilaku diatur, berinteraksi, dan saling bergantung mencerminkan kesehatan. Untuk menghasilkan perilaku fungsional, manusia mencoba menyeimbangkan sistem ini. Kesehatan yang buruk seringkali merupakan akibat dari ketidakseimbangan dalam persyaratan struktural atau fungsional. Semakin banyak energi yang dapat diakses memengaruhi proses biologis dan penyembuhan ketika suatu sistem membutuhkan energi paling sedikit untuk pemeliharaan.

4. Lingkungan sekitar

Menurut gagasan Johnson, lingkungan terdiri dari semua elemen yang memengaruhi sistem perilaku seseorang

tetapi bukan merupakan bagian darinya. Perawat dapat mengendalikan elemen-elemen ini. Untuk memenuhi tujuan kesehatan pasien. Orang tersebut berinteraksi dengan lingkungannya dengan cara berhubungan dengan dirinya sendiri. Sistem perilaku mengatur dan menyesuaikan diri dengan kekuatan yang mengelilinginya dalam upaya untuk menjaga keseimbangan dalam menanggapi pengaruh lingkungan. Stabilitas seseorang terancam oleh faktor lingkungan yang sangat kuat yang mengganggu homeostasis sistem perilaku. Diperlukan sejumlah energi yang tidak diketahui agar sistem kembali ke keseimbangan saat menghadapi stresor lebih lanjut. Suasana yang stabil memungkinkan orang tersebut untuk terus bertindak dengan cara yang positif (Johnson, 2014)

SIMPULAN

Berbagai teori keperawatan saat ini digunakan untuk menggambarkan fenomena di bidang

keperawatan(Kongsuwan, 2020). Lebih mudah bagi perawat untuk mengumpulkan data pasien yang komprehensif dan mengambil pendekatan yang komprehensif terhadap berbagai masalah ketika teori dan model secara aktif terlibat dalam perencanaan dan implementasi perawatan keperawatan. Dengan menawarkan sudut pandang metodis kepada perawat, model sistem perilaku berfungsi sebagai panduan untuk proses penilaian pasien secara holistik, mengidentifikasi dan mengubah perilaku yang perlu dimodifikasi pada pasien dalam kerangka tujuh subsistem. Model ini meningkatkan visibilitas area yang memerlukan perhatian untuk membantu pasien pulih. Dengan berkonsentrasi pada ketidakseimbangan situasional dalam perilaku individu dan koreksinya, model ini menilai efektivitas intervensi.

DAFTAR PUSTAKA

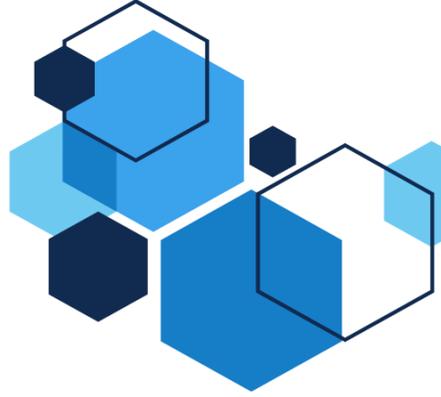


- Ansori. (2015). Nursing Theoridts And Their Work. In *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents* (Vol. 3, Issue April).
- Johnson, B. M. (2014). Nursing theory. In *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing: Fourth Edition*. <https://doi.org/10.1177/0894318413477210>
- Kannan, S., Avudaiappan, S., & Annamalai, M. (2020). Patients' satisfaction with nursing care quality in medical wards at selected hospital in Chennai, South India. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *25*(6), 471–475. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_142_19
- Kongsuwan, W. (2020). Development of the Emergent Theory of Aesthetic Nursing Practice (AesNURP). *Health*, *12*(07), 764–780. <https://doi.org/10.4236/health.2020.127056>
- Pragholapati, A., Hidayati, E., Suprayitno, E., & Anggorowati. (2023). Aplikasi Model Sistem Perilaku Johnson Dalam Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*, *15*(September), 1299–1308. <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/Keperawatan%0AAPLIKASI>

BIODATA PENULIS



Brigitta Ayu Dwi Susanti., S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Sleman, pada 15 Mei 1991. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Gadjah Mada (S1 Keperawatan Ners) pada tahun 2015 dan lulusan dari Universitas Diponegoro (Magister Keperawatan) pada tahun 2017. Buku ini bukan hasil pertama kalinya penulis hasilkan. Terdapat beberapa judul buku keperawatan yang dituliskan oleh penulis. Sebagai dosen di prodi keperawatan penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian maupun pengabdian Masyarakat



BAB 4

TEORI MODEL KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON

LIA FADLILAH

E-mail: liafadlilah952@gmail.com





PENDAHULUAN

Ahli teori keperawatan Virginia Henderson (1897-1996) sering disebut sebagai “*first lady of nursing*” yang mengembangkan model keperawatan berdasarkan aktivitas hidup (*The Actifities of Living*). Henderson memiliki pandangan bahwa proses keperawatan terpisah dari kedokteran dan tidak sekedar mengikuti perintah dokter. Virginia Henderson memandang pasien sebagai individu yang membutuhkan bantuan terhadap mencapai kemandirian dan kelengkapan pikiran dan tubuh (Alligood, 2022)

Sepanjang karirnya, Virginia Henderson berpartisipasi dalam banyak proyek penulisan dan penelitian bergengsi. Sifat umum dari karya Virginia Henderson telah memenuhi syarat sebagai filosofi

keperawata (Sitzman and Eichelberger, 2011). Virginia Henderson dikenal luas dalam bidang keperawatan yaitu teori kebutuhan menekankan seni keperawatan dan mengusulkan 14 komponen dalam memenuhi dasar kebutuhan manusia (Alligood, 2022).

KONSEP KEPERAWATAN

Konsep utama keperawatan Virginia Henderson berhubungan dengan metaparadigma (yaitu, keperawatan, kesehatan, pasien, dan lingkungan).

Henderson mendefinisikan pasien sebagai seseorang yang membutuhkan perawatan keperawatan tetapi tidak membatasi keperawatan pada perawatan penyakit. Teori ini tidak mendefinisikan lingkungan, tetapi menjaga lingkungan yang mendukung adalah salah satu elemen dari 14 komponen kebutuhan dasar manusia. Kesehatan tidak secara eksplisit didefinisikan, tetapi dianggap sebagai keseimbangan di semua bidang kehidupan

manusia. Konsep keperawatan melibatkan perawat dalam menghadiri 14 kegiatan yang membantu individu menuju kemandirian (McEwen and Wills, 2019).

PARADIGMA KEPERAWATAN

1. Perawat

Fungsi unik perawat adalah untuk membantu individu, sakit atau sehat, dalam kinerja dari kegiatan-kegiatan yang berkontribusi pada kesehatan, atau pemulihannya, atau kematian damai yang akan dia lakukan secara mandiri jika dia memiliki kekuatan, kemauan, atau pengetahuan yang diperlukan dan untuk melakukan ini dalam hal seperti itu cara untuk membantunya mendapatkan kemandirian secepat mungkin (Johnson and Webber, 2015).

2. Pendidikan

Sebagai seorang guru, Virginia Henderson

tahu bahwa kurikulum keperawatan perlu diatur seputar fungsi unik perawat, aktivitas kehidupan sehari-hari, pemulihan dari penyakit dan mencapai kematian yang damai. Henderson mendukung gagasan Nightingale tentang peran yang berbeda antara perawat dan dokter yaitu terkait kurikulum keperawatan harus diatur di sekitar fungsi utama perawat daripada dokter. Virginia Henderson berfokus dalam pengembangan keterampilan penilaian, praktik profesional independen, dan memindahkan sekolah keperawatan dari rumah sakit ke perguruan tinggi dan universitas (Johnson and Webber, 2015).

3. Praktik

Virginia Henderson menggabungkan antara penelitian dan pendapat ahli tentang praktik keperawatan saat ini dan perawatan individu menghasilkan pemikiran atau gagasan terkait

prinsip dasar perawatan keperawatan, sifat keperawatan, prinsip dan praktek keperawatan (Johnson and Webber, 2015).

4. Penelitian

Definisi keperawatan Henderson membawa makna yang signifikan untuk pengembangan teori dan konsep serta proposisinya. Saat mempelajari teori keperawatan lainnya akan menemukan bukti definisi Henderson. Henderson adalah pendukung setia penelitian keperawatan. Ini menunjukkan komitmennya untuk mengembangkan pengetahuan keperawatan dan memperkuat kemampuan perawat untuk melakukan penelitian dan meningkatkan praktik keperawatan (Johnson and Webber, 2015).

TEORI KEPERAWATAN

Virginia Henderson mengidentifikasi 14 komponen perawatan keperawatan dasar yaitu

1. Pernapasan: sebagai perawat harus memastikan pernapasan pasien secara normal dan memadai.
2. Makan dan minum: perawat memastikan akan kebutuhan nutrisi dan cairan yang dibutuhkan oleh tubuh.
3. Eliminasi: perawat harus memastikan pasien dapat mengeluarkan sisa-sisa dari metabolisme dalam tubuh secara teratur.
4. Postur tubuh dan ambulasi: pasien mampu melakukan rentang gerak dan tetap mempertahankan posisi tubuh secara aman dan nyaman.
5. Tidur dan istirahat: perawat memastikan pasien mendapatkan pola istirahat dan tidur yang cukup serta berkualitas.
6. Kebutuhan pakaian: pasien berpakaian sesuai dengan cuaca dan aktivitas.
7. Pengaturan suhu: perawat memastikan suhu tubuh pasien tetap normal.

8. Kebersihan yang memadai: menjaga kebersihan tubuh, pakaian dan lingkungan.
9. Menghindari bahaya bagi diri sendiri dan orang lain: mencegah diri dari bahaya dan kejadian yang tidak diinginkan.
10. Berkomunikasi secara bermakna terutama terkait perasaan dan kebutuhan
11. Beribadah sesuai dengan iman seseorang
12. Pekerjaan yang memberikan rasa pencapaian: mampu bekerja atau melakukan kegiatan secara produktif.
13. Kegiatan bermain dan rekreasi
14. Kegiatan pembelajaran dan perkembangan manusia: mendapatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang terbaru.

ASUMSI-ASUMSI

Virginia Henderson menyatakan pandangan tentang peran perawat untuk mengikuti dan membantu

rencana perawatan medis oleh dokter, mengambil peran kepemimpinan dalam merencanakan dan memberikan perawatan keperawatan dasar. Perawat merupakan praktisi independen untuk memberikan perawatan keperawatan dasar secara tepat. Namun, seorang perawat tidak boleh secara mandiri mendiagnosis penyakit, meresepkan perawatan medis, atau merumuskan prognosis. Perawat memfasilitasi kemandirian yang optimal bagi pasien secara bervariasi dari pasien ke pasien dan didasarkan pada penilaian profesional perawat. Empati digabungkan dengan pengetahuan dan minat dari perawat akan meningkatkan proses penyembuhan (Sitzman and Eichelberger, 2011).

HUBUNGAN PERAWAT DAN KLIEN

Perawat adalah praktisi independen dengan keahlian dalam membantu pasien menjadi semandiri mungkin dalam aktivitas kehidupan. Kemandirian pasien

tercapai melalui intervensi medis yang tepat yang didukung oleh perawat dan juga dengan perawatan keperawatan dasar yang sangat baik yang dirumuskan dan dilakukan oleh perawat secara mandiri. Perawat memperhatikan kebutuhan holistik pasien melalui perhatian yang terdidik dan empati terhadap 14 kebutuhan dasar yang digariskan oleh Henderson. Perawat adalah otoritas independen dalam perawatan keperawatan dasar yang sangat baik dan juga pembantu penting bagi praktisi lain di bidang perawatan kesehatan dalam memastikan penyediaan perawatan medis untuk pasien dengan kondisi yang membutuhkannya (Sitzman and Eichelberger, 2011).

SIMPULAN

Konsep keperawatan yang di rumuskan oleh Virginia Henderson dalam defisini teori keperawatan ada 14 komponen dalam perawatan keperawatan dasar yang

dapat diterapkan sebagai panduan praktik dalam proses asuhan keperawatan. Teori ini juga bertujuan untuk memandirikan pasien dengan memperhatikan kebutuhan secara holistik

.

DAFTAR PUSTAKA



Alligood, M.R. (2022) *NURSING THEORISTS AND THEIR WORK*. Tent Editi. Elsevier.

Johnson, B.M. and Webber, P.B. (2015) *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing*. Edition, F. Lippincott Williams & Wilkins.

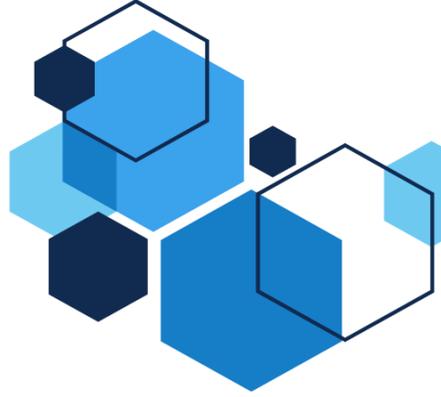
McEwen, M. and Wills, E.M. (2019) *Theoretical Basis For Nursing*. fifth edit. Wolters Kluwer.

Sitzman, K.L. and Eichelberger, L.W. (2011) *Understanding the Work of Nurse Theorists*. second edi. Sudburt, Massachusetts: Jones And Bartlett Publishers.

BIODATA PENULIS



(Lia Fadlilah, S.Kep., Ns., M.Kep) Lahir di Rembang, 04 Juli 1997. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung Semarang tahun 2015. Melanjutkan jenjang profesi Ners pada program studi profesi Ners, Universitas Islam Sultan Agung tahun 2019. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Airlangga dan lulus tahun pada tahun 2023. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2023. Saat ini penulis bekerja di Universitas Safin Pati mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah; Kebutuhan Dasar Manusia; Falsafah dan Teori Keperawatan dan Metodologi Penelitian. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: liafadlilah952@gmail.com



BAB 5

TEORI MODEL KEPERAWATAN

JEAN WATSON

SIWI IKARISTI MARIA THERESIA

E-mail: siwi.theresia@gmail.com





PENDAHULUAN

Teori Model Keperawatan Caring yang dicetuskan oleh Jean Watson merupakan *grand nursing theory* yaitu teori keperawatan yang bersifat luas dan komprehensif, yang bertujuan untuk menjelaskan fenomena keperawatan secara umum. Teori ini memberikan kerangka dasar untuk memahami hubungan antara perawat, pasien, dan lingkungan, serta mengarahkan praktik dan penelitian keperawatan (Watson, 2009).

Jean Watson's Caring as Sacred Science merupakan dasar dari Human Science and Human Care: A Theory of Nursing yang dicetuskan oleh Jean Watson seorang pakar teori keperawatan saat ini yang dikenal dengan Teori Model Keperawatan Caring. Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL (AAN). Dr. Jean Watson adalah

Distinguished Professor/Dean Emerita University of Colorado Denver, College of Nursing, Anschutz Medical Center, USA. Dr. Jean Watson lahir di West Virginia, 21 Juli 1940 hingga saat ini masih hidup sebagai pendiri Watson Caring Science Institute (WCSI, 2023).

The American Nurses Association (ANA) menyatakan bahwa caring merupakan perilaku perawat yang penting yang menekankan pada unsur empati dan menghargai orang lain. Hal ini juga didukung bahwa caring mengandung moral dan etika. Caring merupakan inti dari praktik keperawatan. The American Association of Critical Nurses (AACN) juga mengidentifikasi bahwa praktik caring adalah kegiatan perawat dalam menggabungkan unsur empati, dukungan dan menciptakan lingkungan terapeutik bagi pasien dan staf dan kegiatan caring bagi perawat berguna untuk meningkatkan kenyamanan dan penyembuhan serta

menghindari penderitaan (Berman, et al, 2010 dan Stroehlein M, 2016).

Caring merupakan teori humanistik yang dimulai dari Florence Nightingale (1820 - 1910), dimana filosofi caring yang berasal dari kepercayaan Kristiani adalah “*love*” atau kasih yang diwujudkan dalam bentuk kepedulian kepada yang lemah dan memberikan sentuhan “*hands-on care*”. Pada saat itu Florence Nightingale memprioritaskan untuk merawat dan memberikan perhatian kepada para tentara dalam perang Crimean pada abad ke-19 (Kim & Kowalak, 2006). Caring semakin dikembangkan dan dipahami oleh para profesional kesehatan dalam tim kesehatan yang merawat pasien di rumah sakit hingga saat ini. Nilai kepedulian atau caring yang dibangun oleh setiap anggota tim kesehatan meningkatkan hubungan interpersonal dan membantu kolaborasi antar tim yang pada akhirnya dapat meningkatkan perawatan pasien (Wey & Watson, 2019)

Caring sangat penting bagi pasien karena pasien adalah individu manusia yang merupakan makhluk holistik yang harus dipandang secara utuh, meliputi bio-psiko-sosial-spiritual yang saling mempengaruhi dan berinteraksi satu sama lain. Perawat diharapkan dapat melakukan pendekatan asuhan yang holistik kepada individu yang memiliki keunikan dimana seorang individu memiliki kebutuhan dan respon yang berbeda ketika stimulus muncul (Berman, et al., 2016).

Mengingat pasien adalah pribadi yang utuh dan perlunya kepedulian perawat sebagai individu, maka pendekatan *patient center care* sangat dibutuhkan oleh setiap individu pasien. Konsep *patient center care* melibatkan hubungan yang intens antara perawat dan pasien serta keluarga pasien, seperti dalam praktik hubungan emosi, kepercayaan, keterlibatan, dan kepedulian terhadap pasien yang unik dalam

meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup pasien (Cingel, et, all, 2016).

ASUMSI DASAR

Asumsi dasar caring dalam buku McEwen & Will, (2006) menjelaskan bahwa caring dan cinta (*love*) adalah "kekuatan kosmik" yang universal dan misterius. Caring dan kasih sayang berperan sebagai energi fundamental yang dapat mempengaruhi kesejahteraan manusia. Menurut Watson, caring dan cinta bukan hanya aspek emosional atau interpersonal semata, tetapi juga kekuatan yang memiliki dimensi yang lebih dalam dan transendental (sesuatu yang melampaui pengalaman dan batasan dunia fisik atau materi) yang bisa mempengaruhi seluruh proses penyembuhan.

Watson percaya bahwa tenaga kesehatan berkontribusi pada kemajuan sosial, moral, dan ilmiah terhadap umat manusia yang signifikan dalam

membentuk kesejahteraan individu dan kesehatan masyarakat. Menurut Watson, terdapat hal yang krusial dimana masyarakat saat ini perlu berupaya keras untuk mempertahankan idealisme caring terhadap manusia, terutama karena telah terjadi proliferasi pengobatan radikal dan "teknik penyembuhan" yang sering kali mengabaikan aspek biaya maupun pertimbangan kemanusiaan.

Seiring berkembangnya teknologi medis, metode pengobatan canggih sering kali mahal dan mengabaikan kapasitas finansial pasien serta dampaknya pada kualitas hidup mereka. Hal ini mengancam idealisme caring yang seharusnya fokus pada kesejahteraan holistik pasien, termasuk aspek emosional dan sosial. Banyak pendekatan medis yang hanya fokus pada penyembuhan fisik (*cure*) tanpa memperhatikan kesejahteraan mental, emosional, dan spiritual pasien, yang bertentangan dengan ideologi kepedulian yang menekankan perawatan holistik.

Asumsi dasar caring menurut Watson ini diterjemahkan sebagai berikut: secara ontologi berhubungan dengan studi tentang keberadaan dan realitas, asumsi ini menganggap bahwa segala sesuatu di dunia ini saling terkait dan membentuk suatu kesatuan yang utuh. Tidak ada elemen yang berdiri sendiri, melainkan semuanya memiliki hubungan yang saling memengaruhi, baik dalam aspek fisik, sosial, maupun spiritual.

Secara epistemologi yaitu berfokus pada teori pengetahuan, bagaimana kita mengetahui dan memahami dunia. Asumsi ini menyatakan bahwa pengetahuan tidak hanya terbatas pada metode atau pendekatan ilmiah tradisional, melainkan ada berbagai cara untuk mengetahui dan memahami kenyataan, termasuk pengalaman pribadi, intuisi, dan wawasan spiritual. Dalam pengetahuan tentang peduli atau caring, pendekatan ini menghargai cara-cara alternatif dalam

memperoleh pengetahuan, seperti pengalaman emosional atau spiritual pasien.

Selanjutnya asumsi yang mengintegrasikan antara moral-metafisika dengan ilmu pengetahuan yang membangkitkan semangat perlu dipertimbangkan. Pengetahuan yang peduli tidak hanya berfokus pada objektivitas ilmiah tetapi juga menghargai aspek moral dan kemanusiaan yang mendalam. Orientasi ini tidak hanya memungkinkan pengetahuan untuk berkembang tetapi juga penting untuk membangun masyarakat yang lebih manusiawi, beradab, dan berkelanjutan di bumi ini.

Pada akhirnya munculnya *A Caring Science* atau sebuah pengetahuan tentang caring yaitu ilmu pengetahuan tentang kepedulian dimana membawa perspektif baru yang tidak hanya berbasis pada pengetahuan teknis teknis, tetapi juga mengintegrasikan etika, relasi kemanusiaan, dan pandangan dunia yang lebih luas. Asumsi baru ini memungkinkan pendekatan

yang lebih holistik dalam memahami kehidupan dan mendorong perawatan yang tidak hanya fokus pada penyembuhan fisik, tetapi juga kesejahteraan emosional, sosial, dan spiritual manusia.

KONSEP UTAMA ILMU *HUMAN CARING* (KEPEDULIAN MANUSIA)

Awal mula konsep human caring yang dikemukakan oleh Watson ini mengandung 3 unsur konsep metaparadigma yaitu manusia, kesehatan dan keperawatan.

Tabel 5.1. Konsep Utama Human Caring

Konsep	Definisi
Manusia	Seseorang yang berharga untuk dirawat, dihormati, dipelihara, dipahami, dan dibantu.
Kesehatan	Kesatuan harmoni dalam pikiran, tubuh, dan jiwa; dikaitkan dengan kesesuaian antara diri yang dirasakan dan diri yang dialami.

Keperawatan	Ilmu pengetahuan tentang manusia dan pengalaman sehat-sakit manusia yang dimediasi oleh transaksional manusia yang personal, ilmiah, estetis dan etis.
Kesempatan merawat yang sesungguhnya.	Melibatkan tindakan dan pilihan oleh perawat dan individu. Momen kebersamaan dalam sebuah kesempatan merawat memberikan kesempatan kepada dua orang untuk memutuskan bagaimana berada dalam hubungan tersebut – apa yang harus dilakukan dengan momen tersebut.
Transpersonal	Hubungan antar manusia adalah interaksi saling mempengaruhi, di mana kedua belah pihak hadir sepenuhnya, merasakan penyatuan, dan berbagi pengalaman dalam konteks kehidupan masing-masing.
Lingkup Fenomenal	Keseluruhan pengalaman manusia tentang keberadaan

seseorang di dunia. Hal ini mengacu pada kerangka acuan individu yang hanya dapat diketahui oleh orang tersebut.

Diri Sendiri

Konsep yang mencakup persepsi tentang siapa “Saya” atau “Aku” serta hubungan “Saya” dengan orang lain dan berbagai aspek kehidupan, yang membentuk identitas dan pemahaman seseorang tentang dirinya sendiri.

Waktu

Masa kini lebih bersifat subyektif dan masa lalu lebih bersifat obyektif. Masa lalu adalah masa sebelum, atau merupakan kondisi yang berbeda dari masa kini, tetapi tidak dapat dibedakan dengan jelas. Kejadian masa lalu, masa kini, dan masa depan saling menyatu dan melebur

McEwen & Will, (2006)

Seiring perkembangan waktu metaparadigma keperawatan teori Caring Watson memiliki konsep yang lebih luas meliputi keperawatan, manusia/individu, kesehatan dan lingkungan. Konsep keperawatan adalah hubungan transpersonal yang timbal balik dalam momen kepedulian yang dipandu oleh faktor carative dan proses caritas. Konsep individu manusia adalah “kesatuan jiwa-raga/spirit/alam”, yang diwujudkan dalam tindakan, pemikiran, dan interaksi dengan dunia sekitar. Konsep kesehatan adalah proses mencapai keharmonisan, keutuhan, dan kenyamanan dalam diri seseorang, baik secara fisik, emosional, mental, maupun spiritual. Konsep lingkungan adalah ruang dan lingkungan yang mendukung proses penyembuhan fisik, mental, emosional, dan spiritual seseorang. Lingkungan dirancang untuk menciptakan rasa aman, nyaman, dan mendukung keseimbangan dalam diri individu. (Master, 2015).

FAKTOR CARATIF MENUJU PROSES CARITAS

Watson (2008) mendefinisikan bahwa inti dari caring terdiri dari 10 faktor Caratif. Sepuluh faktor Caratif tersebut adalah:

1. *Humanistic and altruistic values*. Membentuk nilai – nilai kemanusiaan, perhatian dan kepedulian kepada kesejahteraan orang lain diatas kepentingan diri sendiri tanpa mengharapkan imbalan.
2. *Faith and hope*. Menanamkan/memampukan keimanan dan pengharapan.
3. *Sensitivity to self and others*. Menanamkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain
4. *Help and believe* Mengembangkan hubungan saling membantu dan saling percaya.
5. *Receive positive and negative feelings*. Menerima ekspresi perasaan positif dan negative dari orang lain.

6. *Creative in decision making.* Menggunakan metode pemecahan masalah yang solutif dan kreatif untuk pengambilan keputusan
7. *Transpersonal teaching and learning.* Melakukan pendekatan dalam proses pengajaran dengan tujuan lebih fokus pada perkembangan holistik individu, termasuk aspek emosional, mental, dan spiritual.
8. *Provides a therapeutic environment.* Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi menyembuhkan dan memulihkan.
9. *Helping with satisfaction with human needs.* Membantu dalam memenuhi kepuasan terhadap kebutuhan manusia melibatkan pemahaman tentang berbagai aspek kesejahteraan manusia.
10. *Believe in a miracle.* Percaya adanya mukjizat.

Kesepuluh Fakfor Caratif asli ini tetap menjadi struktur abadi yang memungkinkan berkembangnya atau

berevolusinya menjadi aspek yang lebih cair dari model yang diambil dari kesepuluh Faktor Caratif tersebut.

Selanjutnya terjadi evolusi atau perkembangan nilai-nilai yang dipahami manusia maka kesepuluh faktor caratif itu menjadi **10 Proses Caritas**. Proses Caritas ini merupakan langkah-langkah konkret dalam memberikan perawatan yang penuh perhatian dan empati. Proses-proses ini didasarkan pada **filosofi berbasis nilai, moral, dan etika**, serta menggabungkan **epistemologi** (cara mengetahui) dan **ontologi** (cara menjadi), yang berfokus pada **kepedulian manusia** dan perkembangan jiwa manusia dalam bentuk fisik.

Sehingga secara keseluruhan, **10 Proses Caritas** adalah langkah-langkah atau tindakan konkret perawatan yang tidak hanya menyembuhkan tubuh, tetapi juga mengakui pentingnya jiwa dan pengalaman manusia dalam konteks perawatan yang lebih luas dan mendalam.

Berikut ini adalah 10 Proses Caritas:

1. *Loving kindness and equanimity*. Mempraktikan cinta kasih dan ketenangan secara seimbang serta bijaksana dengan tidak terbawa pada perasaan.
2. *Authentically present*. Hadir secara nyata dalam menciptakan hubungan yang mendalam dan penuh arti.
3. *Practice of own spiritual*. Menumbuhkan praktik spiritual secara pribadi; memperdalam kesadaran diri; melewati/melampaui “ego diri”.
4. *Helping and trusting caring relationship*. Mengembangkan hubungan saling membantu, mempercayai dan peduli sehingga setiap individu berkembang dan dihargai.
5. *Being present and supportive of the expression positive and negative feelings*. Memberikan perhatian dan dukungan sepenuhnya kepada seseorang saat mereka mengungkapkan perasaan mereka, baik itu perasaan positif (seperti

kebahagiaan, rasa terima kasih, atau kasih sayang) maupun perasaan negatif (seperti kesedihan, amarah, atau kecemasan). Ini melibatkan sikap yang terbuka, tanpa penghakiman, dan menciptakan lingkungan yang aman bagi orang lain untuk berbagi apa yang mereka rasakan.

6. *Creative use of self and all ways.* Kreatif dalam menggunakan potensi kemampuan diri dengan segala cara untuk melakukan proses perawatan.
7. *Engage in genuine teaching and learning.* Terlibat dalam pengalaman belajar mengajar yang tulus dalam konteks hubungan peduli. Hadir untuk semua orang sebagai subyek dengan pendekatan baru yang lebih kreatif untuk setiap individu (berkembang menuju “peran pembinaan” *versus* memberikan informasi yang konvensional).

8. *Create a healing environmental.* Menciptakan suatu lingkungan atau keadaan yang mendukung kesejahteraan fisik, emosional, dan mental, baik untuk individu maupun kelompok. Lingkungan ini dirancang untuk menciptakan rasa aman, nyaman, serta mendukung proses penyembuhan atau perkembangan, baik dalam aspek pribadi maupun dalam hubungan sosial.
9. *Caring- healing of the basic human need.* Membantu memenuhi kebutuhan dasar dengan penuh hormat, peduli akan hati nurani saat menyentuh dan bekerja dengan roh yang diwujudkan pada orang lain.
10. *Open and attend to spiritual and existential.* Menyadari dan fokus pada aspek spiritual serta eksistensial dalam kehidupan, baik pada diri sendiri maupun dalam interaksi dengan lingkungan sekitar. Memberikan perhatian pada perasaan dan pemikiran mengenai kehidupan, kematian,

kebebasan, serta pencarian tujuan hidup. Menumbuhkan kemungkinan adanya suatu keajaiban/mukjizat

ATRIBUT CARING

Atribut caring adalah karakteristik atau ciri-ciri yang merujuk pada kualitas yang mendefinisikan sikap dan tindakan perawatan yang penuh empati dan perhatian terhadap orang lain. Berman, et al., (2016) mendefinisikan 6 (enam) atribut dalam caring 6 C's of Caring untuk menggambarkan suatu profesi perawat. Enam atribut caring tersebut adalah:

Tabel 5.2. Atribut Caring

Atribut	Definisi
COMPASSION (Kasih sayang, Berbelarasa, Peduli)	Kesadaran akan hubungan seseorang kepada orang lain, berbagi suka cita, duka, sakit dan keberhasilan. Ikut serta dalam pengalaman orang lain.
COMPETENCE (Kompetensi)	Memiliki pengetahuan, mengambil keputusan, keterampilan, daya kekuatan pengalaman dan motivasi

	yang dibutuhkan sebagai tanggungjawab tuntutan profesional seseorang.
CONFIDENCE (Kepercayaan diri)	Kenyamanan dengan diri sendiri, pasien/klien dan orang lain yang memungkinkan seseorang untuk membangun hubungan saling percaya.
CONSCIENCE (Hati nurani)	Moral, etika dan kesadaran akan benar dan salah. Kesadaran akan tanggung jawab personal/individu.
COMMITMENT (Komitmen, Tanggungjawab)	Pilihan yang dilakukan secara sadar untuk bertindak sesuai dengan harapan dan kewajiban sehingga menghasilkan investasi/modal diri sebagai suatu tugas atau alasan
COMPORTMENT (Bermartabat, perilaku dalam membawa diri)	Keselarasan antara sikap, berpakaian dan tutur kata saat hadir dalam kepedulian. Mempresentasikan diri sebagai orang yang menghargai orang lain dan menuntut rasa hormat.

Berman, Snyder, & Frandsen (2016)

Atribut caring ini menjadi bagian penting yang harus ditekankan pada calon perawat dimana lulusan keperawatan nantinya diharapkan memiliki kualitas yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan dengan penuh kasih sayang. Adanya keterkaitan kurangnya kompetensi

dalam memberikan perawatan dan tingginya tingkat perputaran perawat (*nursing turnover*) menjadikan tugas penting bagi para pendidik untuk memastikan lulusan keperawatan memiliki sifat kepedulian yang diperlukan untuk memberikan perawatan holistik di lingkungan kesehatan yang penuh tekanan (Bagnall & Taliaferro, 2018).

STRATEGI PENGEMBANGAN CARING

Seorang perawat sebelum mampu caring kepada orang lain harus mampu melakukan caring untuk diri sendiri (*caring for self*). American Holistic Nurses Association (2012) dalam Berman, et al., (2016) menyatakan bahwa perawat mempunyai tanggungjawab sebagai model dalam perilaku hidup sehat. Sehingga perawatan terhadap diri sendiri akan membangun keseimbangan dalam hidup. Selain itu seseorang yang mempunyai keseimbangan dalam hidup akan mampu

membangun sistem pertahanan diri mampu memecahkan masalah kritis.

Berbagai latihan dapat dilakukan oleh perawat antara lain:

1. *A healthy lifestyle* atau gaya hidup sehat (nutrisi, aktivitas dan olah raga, menghindari pola hidup tidak sehat, rekreasi). Gaya hidup sehat ini dapat dilakukan dengan beberapa cara berikut:
 - a. Pola makan sehat dan nutrisi seimbang.
 - b. Aktivitas dan olah raga selama 30 menit aktivitas setiap hari untuk usia 18 - 65 tahun.
 - c. Rekreasi dengan membuat daftar aktivitas yang paling disukai.
 - d. Menghindari pola hidup tidak sehat dengan fokus pada hal positif, gunakan humor, untuk mengurangi stress, gunakan afirmasi positif yang karena dapat meningkatkan sistem pertahanan tubuh.

2. *Mind – body therapy* (*guided imagery*, meditasi, *storytelling*, terapi musik, yoga, refleksi hasil tindakan). *Mind – body therapy* ini dapat dilakukan dengan beberapa cara berikut:

a. *Guided imagery* menggunakan kekuatan imajinasi untuk meningkatkan relaksasi, menurunkan kecemasan, meningkatkan spiritual insight. Lakukan suatu gambaran terhadap sebuah obyek, peristiwa atau situasi selanjutnya bingkai kembali dalam respon – respon yang positif menjadi citra yang positif. Hal ini dapat meningkatkan penyembuhan dan kesejahteraan emosional.

b. Meditasi dapat menurunkan kecemasan, ketakutan dan keragu - ragan. Pilihlah tempat yang tenang, duduklah dengan nyaman, capai hingga rileks dengan focus pada nafas dalam

kesan mental (termuat dalam ingatan dan pikiran)

- c. *Storytelling*. Mendengarkan seseorang untuk memahami kehidupannya dan pengalaman hidupnya. Digunakan untuk mengatasi stress. Bahasa cerita memungkinkan perawat mulai memahami arti yang lebih dalam dalam situasi klinis. Ceritakan pengalaman hidup pada salah seorang teman yang dapat menginspirasi dan menghibur.
- d. Terapi musik akan efektif sebagai distraksi. Lakukan terapi musik dengan cara mendengarkan, menyanyi, mengikuti irama dan menggerakkan badan. Gunakan musik yang tenang dan lembut yang yang sudah dikenal untuk mengenang dan mengingat peristiwa masa lalu.

- e. Yoga meningkatkan keseimbangan, kesadaran mental dan ketenangan. Lakukan yoga yang dapat menyatukan tubuh, pikiran dan jiwa.
- f. Refleksi meningkatkan kesadaran bagaimana mengenali seseorang berfikir dan bertindak. Lakukan praktik refleksi melalui tahapan berikut: gambarkan satu satu situasi pada suatu peristiwa dan siapa saja yang terlibat – ceritakan peran anda pada situasi tersebut – lakukan analisis makna dari peristiwa tersebut – lakukan evaluasi apakah hal tersebut baik atau buruk menurut penilaian dan perasaan – apa kesimpulan yang dapat anda dapatkan dari situasi tersebut, apa yang dapat anda pelajari dari peristiwa tersebut? – apa yang akan anda lakukan berdasarkan pengalaman tersebut?

SIMPULAN

Caring merupakan inti dari praktik keperawatan. Teori yang berkembang tetap menggambarkan bahwa caring merupakan sesuatu yang unik di dalam keperawatan. Caring selalu berfokus pada individu, melibatkan pengetahuan tentang etika dan kesadaran moral. Caritas perawat adalah suatu undangan kepada semua perawat yang ingin mencari kedalaman dimensi pekerjaan mereka dan memanggil mereka didalam kepedulian dan praktik penyembuhan. Caring menekankan pada praktik cinta kasih kepada sesama yang membutuhkan.

DAFTAR PUSTAKA

Audry Berman, Shilee Snyder, & GERALYN FRANDSEN. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concept, Process, and Practice* (Tenth ed.). New Jersey: Pearson.

Bagnall, L. A., Taliaferro, D., & Underdahl, L. (2018). Nursing students, caring attributes, and opportunities for educators. *International Journal for Human Caring*, 22(3), 126-135.

Berman A T., Snyder S., & Frandsen G. (2020). Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice (11th edition ed.). Pearson.

Cingel M., Brandsma, L., Dam, M., Dorst, M., Verkaart, C., & Veld, C. (2016). Concepts of person-centred care: a framework analysis of five studies in daily care practices. International Practice Development Journal, 6(2), 1-17.

Kim, H. S & Kowalak, I. (2006). *Nursing Theories. Conceptual Philosophical Foundations*. New York: Springer Publishing Company. Inc.

Masters, K. (2015). Framework for Professional Nursing Practice. In K. Masters, *Nursing Theory: A Framework for Professional Practice: A Framework for Professional Practice 2nd Edition* (p. 48). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.



McEwen, M., & Will, E. M. (2006). Theoretical Basis for Nursing. (Second, Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Stroehlein, M. (2016). *Caring Concept. SOJ Nur Health Care, 2*(1), 1-3.

Watson, J. (2008). *Nursing The Philosophy and Science of Caring* (Revised ed.). Colorado: University Press of Colorado.

Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of nursing and health care. Mundo saúde, 33(2), 143-9.

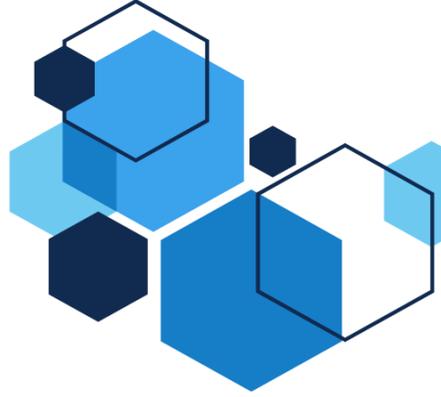
WCSI. Watson Caring Science Institute (2023). <https://www.watsoncaringscience.org/files/PDF/shorrtbio-jean.pdf>

Wei H., & Watson J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human. *International Journal of Nursing Science, 6*, 17-23

BIODATA PENULIS



Siwi Ikaristi Maria Theresia, S.Kep., Ns., MSN., PhD NS. lahir di Klaten, pada 15 Oktober 1977. Menempuh pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di Akademi Keperawatan Panti Rapih Yogyakarta lulus tahun 1999 dan melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2004. Selanjutnya menempuh pendidikan Master of Science in Nursing di Loyola University Chicago, Illinois Amerika Serikat lulus tahun 2014. Terakhir telah menyelesaikan pendidikan Doctor of Philosophy in Nursing Science di St. Paul University Philippines lulus tahun 2024. Saat ini bekerja sebagai staf pengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Panti Rapih Yogyakarta



BAB 6

TEORI MODEL KEPERAWATAN

BETTY NEUMAN

TIFANY HAYUNING RATRI

E-mail: tifany.hayuningratri@gmail.com





PENDAHULUAN

Biografi Betty Neuman

Betty Neuman lahir di dekat Lowell, Ohio pada tahun 1924. Ayahnya seorang petani yang meninggal dunia pada usia 36 tahun karena sakit, sementara ibunya adalah seorang bidan yang belajar secara mandiri, memberikan inspirasi kepada Neuman muda untuk menekuni dunia pendidikan dan keperawatan. Neuman adalah anak kedua dari tiga bersaudara, dan kepedulian serta perhatiannya terhadap keperawatan mulai terlihat ketika ia merawat ayahnya yang sedang sakit. Pengalaman ini memotivasinya untuk memilih jalur keperawatan, yang kemudian mengantarkannya meraih gelar diploma keperawatan dari People's Hospital School of Nursing di Akron, Ohio pada tahun 1947.



Gambar 6.1 Betty Neuman

Selanjutnya, Neuman pindah ke California untuk bekerja sebagai perawat dan kemudian diangkat sebagai kepala perawat di sebuah rumah sakit umum di Los Angeles, sekaligus menjabat sebagai instruktur klinis di University of Southern California Medical Center. Pada tahun 1957, ia meraih gelar sarjana keperawatan dari UCLA dan terus mengembangkan pengetahuannya di bidang psikologi serta kesehatan masyarakat.

Neuman memperoleh gelar master di bidang kesehatan mental pada tahun 1966 dan segera menjadi konsultan kesehatan masyarakat dari UCLA. Tak lama setelahnya, ia menyelesaikan gelar doktoral di bidang psikologi klinis pada tahun 1985 dari Pacific Western

University. Keberhasilannya ini menjadikannya sebagai salah satu pelopor dalam bidang keperawatan kesehatan mental. Neuman, bersama dengan Donna Aquilina, menjadi perawat pertama yang menekuni peran konselor perawat di pusat krisis komunitas Los Angeles. Setelah lulus, Neuman melanjutkan karir mengajarnya, mengajarkan keperawatan medis, keperawatan kritis, dan keperawatan penyakit menular di University of Southern California Medical Center di Los Angeles, serta di berbagai perguruan tinggi lainnya di Ohio dan West Virginia (Neuman & Fawcett, 2002 dalam McEwen & Wills, 2011). Selain berkarir sebagai pengajar, Neuman juga menulis beberapa buku, termasuk *Consultation and Community Organization in Community Mental Health Nursing*. Pada tahun 1972, teori model keperawatan Neuman pertama kali diterbitkan sebagai bahan ajar dengan pendekatan holistik terhadap permasalahan pasien. Model ini memberikan gambaran yang mendalam mengenai

pemahaman manusia sebagai individu yang bersifat holistik, yang mencakup berbagai aspek, seperti fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual. Semua aspek tersebut saling terkait dalam merespons stresor yang berasal dari lingkungan internal maupun eksternal. Model keperawatan Neuman ini sangat relevan dalam praktik keperawatan karena memberikan pendekatan yang komprehensif terhadap kebutuhan pasien, mengingat setiap individu memiliki faktor-faktor yang memengaruhi kesejahteraannya secara keseluruhan.

KONSEPTUAL MODEL TEORI BETTY NEUMAN

Teori Keperawatan yang dikembangkan oleh Neuman dikenal sebagai "Health Care System" yang menjelaskan hubungan antara individu dengan stressor, respon terhadap stressor, dan faktor pemulihan yang

bersifat progresif. Model ini mengadopsi perspektif unik berbasis sistem terbuka, yang mengartikan sistem sebagai batasan yang mengatur interaksi individu atau kelompok dengan lingkungannya. Dalam hal ini, sistem yang dimaksud bukan hanya sebagai entitas biologis, tetapi juga sebagai masalah sosial yang mencakup interaksi sosial yang mempengaruhi kesejahteraan individu. Oleh karena itu, sistem ini menggambarkan domain masalah keperawatan, dimana klien berinteraksi dengan lingkungannya dan mengalami pengaruh yang langsung terhadap kesehatannya.

Dalam model Neuman, klien dipandang sebagai sistem terbuka yang responsif terhadap stressor dari lingkungan. Variabel yang mempengaruhi klien mencakup aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual. Sistem klien terdiri dari struktur dasar yang dilindungi oleh garis-garis perlawanan, yang berfungsi untuk menjaga keseimbangan internal klien. Tingkat

kesehatan klien dapat diidentifikasi melalui garis pertahanan normal yang berperan dalam melindungi klien dari pengaruh luar. Garis pertahanan fleksibel menjadi pelindung pertama terhadap stressor yang berasal dari faktor eksternal. Ketika stressor berhasil melewati garis pertahanan yang fleksibel, sistem klien akan mengalami gangguan dan garis perlawanan akan diaktifkan untuk merespons ancaman tersebut.

Proses ini menggambarkan pergerakan kontinyu dari kesehatan menuju penyakit, di mana jika energi cukup, sistem klien akan membentuk ulang garis pertahanan normal dan pulih pada tingkat yang lebih baik, setara, atau bahkan melebihi level sebelumnya. Dalam konteks pencegahan keperawatan, Neuman menawarkan tiga modalitas utama yang dapat diterapkan dalam intervensi: pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer dilakukan sebelum stressor menyerang sistem, yang berfokus pada memperkuat

pertahanan tubuh, identifikasi dan pencegahan stressor, serta mendukung mekanisme coping klien agar tetap kondusif. Pencegahan sekunder dilakukan setelah sistem klien merespons terhadap stressor, dengan fokus pada penetapan prioritas dan perencanaan pengobatan untuk mengatasi gejala yang muncul. Pencegahan tersier bertujuan untuk memfasilitasi klien kembali ke siklus pencegahan primer, dengan langkah-langkah aktif yang dapat meminimalisir dampak lanjutan dari stressor dan mendorong pemulihan lebih lanjut.

KONSEP UTAMA MODEL TEORI BETTY NEUMAN

Model Neuman mengemukakan bahwa perhatian perawat terhadap pasien, baik yang sehat maupun yang sakit, harus dipandang sebagai bagian dari suatu sistem holistik. Dalam sistem ini, lingkungan menjadi salah satu faktor utama yang dapat memengaruhi kesehatan individu. Menurut Neuman, baik perawat maupun pasien

sepakat bahwa adanya stressor dapat memperkuat sumber daya yang ada, sehingga menciptakan hubungan kolaboratif antara keduanya dalam merancang tujuan intervensi yang sesuai. Dalam perspektif ini, individu, keluarga, kelompok, masyarakat, dan lingkungan sosial membentuk suatu sistem yang saling terhubung dan saling mempengaruhi. Sistem ini melibatkan berbagai faktor, seperti fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual, yang bekerja bersama untuk memelihara keseimbangan dalam kehidupan pasien.

Betty Neuman menyajikan sebuah pendekatan holistik yang mendalam terhadap pemahaman sistem perawatan kesehatan. Model ini mengadopsi sistem terbuka yang mencakup beberapa elemen penting, seperti fungsi, input dan output, umpan balik, negentropi, serta stabilitas. Aspek lingkungan dalam model ini meliputi lingkungan bentukan (creates environment), yang berperan dalam menciptakan kondisi yang memengaruhi

kesehatan klien. Sistem klien sendiri terdiri dari lima variabel utama, yakni struktur dasar, garis pertahanan, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan fleksibel. Rentang sehat-sakit menjadi indikator utama dalam menggambarkan status kesehatan klien, yang juga dipengaruhi oleh adanya stressor eksternal dan internal. Selain itu, model ini menekankan pentingnya tingkatan reaksi tubuh terhadap stressor serta pencegahan sebagai bentuk intervensi yang dapat dilakukan dalam tiga tingkatan, yaitu primer, sekunder, dan tersier. Proses pemulihan atau rekonstruksi juga menjadi bagian yang tak terpisahkan dalam upaya perawatan pasien untuk mencapai kondisi sehat yang optimal.

1. Pendekatan holistik

Model Neuman menawarkan pendekatan holistik yang bersifat dinamis dan terbuka dalam konteks perawatan pasien. Model ini melihat klien sebagai sistem yang berinteraksi dengan lingkungannya secara kompleks,

mencakup individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau bahkan isu sosial tertentu. Fokus utama model ini adalah untuk memberikan pemahaman yang menyeluruh mengenai masalah keperawatan yang dihadapi klien, dengan mempertimbangkan berbagai variabel simultan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan mereka. Di antaranya adalah aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual, yang masing-masing berperan dalam membentuk sistem klien. Hal ini memungkinkan tenaga kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih terintegrasi dan responsif terhadap kebutuhan individu secara holistik.

2. Sistem terbuka

Model Neuman juga memandang klien dalam kerangka sistem terbuka, di mana elemen-elemen dalam sistem ini secara terus-menerus berinteraksi dengan lingkungannya. Proses pertukaran informasi dan

energi ini menjadi penting dalam memahami dinamika stres yang dialami klien. Reaksi terhadap stres, baik yang bersifat positif maupun negatif, merupakan komponen utama dalam interaksi tersebut. Dengan demikian, model ini memberikan gambaran tentang bagaimana klien merespons perubahan di sekitarnya dan bagaimana faktor-faktor eksternal dapat memengaruhi kondisi kesehatan.

3. Fungsi atau proses

Dalam perspektif model Neuman, klien dipandang sebagai sistem yang bertukar energi dan informasi dengan lingkungan sekitarnya. Proses ini menggunakan sumber daya yang ada untuk mencapai keseimbangan dan stabilitas. Dengan demikian, perawatan keperawatan tidak hanya difokuskan pada kondisi fisik klien, tetapi juga pada interaksi dinamis antara klien dan lingkungan mereka, yang mempengaruhi keberlangsungan hidup dan kualitas

kesehatannya. Energi yang digunakan oleh klien dalam proses ini berfungsi untuk menjaga stabilitas sistem klien.

4. Input dan proses

Model ini juga menekankan pentingnya input, proses, dan output dalam hubungan antara klien dan lingkungannya. Klien, sebagai sistem, memiliki input yang berupa materi, energi, dan informasi yang diperoleh dari lingkungan. Interaksi ini menghasilkan output yang memengaruhi keseimbangan internal sistem klien. Sebagai contoh, proses pertukaran informasi antara klien dan lingkungan dapat memengaruhi keputusan atau respons yang diambil oleh klien, yang pada gilirannya dapat menghasilkan perubahan dalam kondisi fisik maupun mental.

5. Umpan balik / Feedback

Output yang dihasilkan oleh sistem klien tidak hanya berfungsi untuk mencapai tujuan tertentu, tetapi juga

menjadi sumber umpan balik (feedback) yang penting untuk memperbaiki dan memperbaharui input berikutnya. Umpan balik ini sangat relevan dalam konteks perawatan pasien, di mana setiap respons terhadap perawatan yang diberikan akan menentukan langkah-langkah selanjutnya dalam proses pemulihan. Umpan balik ini dapat berupa perbaikan, peningkatan, atau stabilisasi yang diperlukan untuk menjaga kesehatan klien dalam jangka panjang.

6. Negentropy

Konsep negentropy dalam model Neuman menggambarkan upaya untuk mempertahankan keseimbangan dalam sistem klien. Melalui proses konservasi energi, sistem klien dapat tetap menjalankan aktivitas yang diperlukan untuk mencapai stabilitas dan kesejahteraan yang optimal. Dalam konteks ini, perawatan yang diberikan bertujuan untuk mengurangi entropi, atau

ketidakteraturan, dalam sistem klien sehingga klien dapat mencapai keadaan sehat yang lebih stabil.

7. Stabilitas

Stabilitas dalam sistem klien mencerminkan keadaan keseimbangan yang dinamis, di mana terjadi pertukaran energi yang mempengaruhi karakteristik sistem secara keseluruhan. Proses ini menggambarkan bagaimana klien beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi dalam tubuh maupun lingkungan sekitar mereka. Penjagaan keseimbangan ini sangat penting untuk memastikan kesehatan klien dan integritas sistem.

8. Lingkungan

Lingkungan memainkan peran yang sangat penting dalam model Neuman. Lingkungan yang dimaksud bukan hanya dalam pengertian fisik, tetapi juga mencakup faktor internal dan eksternal yang dapat mempengaruhi klien. Interaksi antara klien dan faktor-

faktor lingkungan ini dapat memengaruhi baik kesejahteraan fisik maupun psikologis mereka, yang pada akhirnya menentukan kualitas hidup klien.

9. Lingkungan yang diciptakan

Lingkungan yang diciptakan oleh klien menggambarkan cara mereka secara tidak sadar membentuk ruang yang aman untuk menjaga kelangsungan sistem mereka. Dengan menciptakan lingkungan yang mendukung, klien dapat mengurangi stresor yang masuk, yang dapat mengganggu keseimbangan dalam tubuh dan pikiran mereka. Ini menjadi bagian dari mekanisme pertahanan diri yang bertujuan untuk melindungi sistem klien dari ancaman yang dapat merusak kesejahteraan mereka.

10. Sistem klien

Sistem klien merupakan gabungan dari lima variabel utama, yaitu fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual. Setiap variabel ini

berinteraksi untuk membentuk sistem klien secara keseluruhan. Variabel fisiologis mengarah pada struktur tubuh dan fungsi organ, sementara aspek psikologis mencakup kemampuan mental klien untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Sosiokultural merujuk pada pengaruh budaya dan sosial terhadap klien, sedangkan variabel perkembangan mengacu pada tahap-tahap pertumbuhan klien berdasarkan usia. Terakhir, spiritualitas menggambarkan keyakinan dan pandangan hidup klien terhadap kehidupan mereka.

11. Struktur dasar

Dalam struktur dasar model Neuman, klien digambarkan sebagai suatu sistem yang dikelilingi oleh lingkaran konsentris. Struktur ini melibatkan faktor-faktor dasar, seperti keturunan dan genetika, yang memengaruhi sistem klien. Faktor-faktor ini memberikan landasan yang penting untuk memahami

bagaimana klien berinteraksi dengan lingkungan dan mempertahankan keseimbangan dalam tubuh dan pikiran mereka.

12. Garis Resistensi

Garis resistensi adalah lingkaran yang mengelilingi inti sistem klien dan berfungsi sebagai mekanisme pertahanan terhadap stresor. Garis ini melindungi klien dengan membantu mereka mengendalikan stres yang masuk dan bertindak sebagai garis pertahanan normal dalam menjaga kesejahteraan klien. Ketika garis resistensi terganggu, ada kemungkinan bahwa klien akan lebih rentan terhadap stres dan gangguan lainnya.

13. Garis Pertahanan Normal

Garis pertahanan normal adalah lapisan terluar dari sistem klien yang menggambarkan adaptasi kesehatan individu untuk menciptakan kesejahteraan yang optimal. Garis ini melindungi klien dari ancaman yang

dapat merusak keseimbangan tubuh dan pikiran mereka. Penyempitan garis pertahanan menunjukkan adanya penurunan dalam kondisi kesehatan klien, yang memerlukan perhatian lebih dalam proses perawatan.

14. Garis Pertahanan Flesibel

Garis pertahanan fleksibel, yang digambarkan sebagai lingkaran terluar, berfungsi sebagai lapisan perlindungan pertama bagi klien. Fungsi utama garis ini adalah untuk menghalangi masuknya stresor yang dapat merusak kesehatan klien. Semakin luas garis pertahanan fleksibel, semakin besar peluang klien untuk melawan stresor yang mengancam. Sebaliknya, penyempitan garis ini dapat mengurangi perlindungan yang diberikan kepada klien.

15. Kesehatan

Kesehatan merupakan rentang sehat sakit yang dimiliki klien yang bersifat dinamis. Keadaan sehat yang optimal merupakan sistem perlindungan yang

terpenuhi secara menyeluruh.

16. Sejahtera

Sejahtera diartikan keadaan yang seseorang dapat berinteraksi dengan baik dan harmonis dengan sesama manusia untuk mencukupi kebutuhannya.

17. Sakit

Sakit diartikan kondisi pra sejahtera yang dialami seseorang dengan kondisi yang tidak stabil serta dapat menurunkan suatu energi.

18. Stressor

merupakan keadaan stimulus yang menyebabkan tekanan untuk merusak kondisi pasien sehingga menimbulkan perasaan negatif dan positif.

19. Derajat Reaksi

Tingkat reaksi dari ketidakstabilan kondisi pasien ketika dihadapkan dengan stressor untuk melewati garis pertahanan yang normal.

20. Rekonstitusi

Tindakan yang berasal dari reaksi terhadap stressor. hal ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan pada posisi yang lebih tinggi atau lebih rendah untuk mengatasi stresor yang masuk dalam sistem tersebut.

ASUMSI UTAMA TEORI BETTY NEUMAN

1. Manusia

Konsep manusia sebagai sistem terbuka menekankan pentingnya interaksi yang terjadi antara individu dengan lingkungan di sekitarnya. Manusia, dalam konteks ini, dapat dilihat sebagai klien yang terbagi dalam berbagai tingkatan, seperti individu, keluarga, kelompok, masyarakat, atau bahkan isu sosial yang lebih luas. Setiap elemen ini saling terhubung dan membentuk suatu sistem yang kompleks, di mana faktor-faktor fisiologis, psikologis, sosial budaya, tumbuh kembang, dan aspek spiritual saling mempengaruhi satu sama lain. Sistem klien, oleh

karena itu, dipahami sebagai hubungan yang terjalin erat antara dimensi-dimensi tersebut, yang berperan penting dalam membentuk kesejahteraan dan perkembangan individu maupun kelompok. Pemahaman ini menjadi dasar dalam berbagai pendekatan dalam ilmu sosial dan psikologi yang berfokus pada perbaikan kualitas hidup melalui perubahan yang memperhatikan seluruh aspek kehidupan manusia.

2. Kesehatan

Kesehatan merupakan kondisi kesejahteraan klien (wellness model) dimana kesehatan dianggap rentang sejahtera menuju sakit yang dinamis dan bisa berubah-ubah sesuai dengan kondisi. Neuman mengungkapkan bahwa keadaan yang sejahtera optimal diindikasikan dengan kebutuhan seluruh sistem telah terenuhi. Sebaliknya keadaan yang pra sejahtera yaitu dimana terjadi penurunan dari kebutuhan sistem yang tidak

terpenuhi.

3. Keperawatan

Keperawatan menitikberatkan terhadap individu sebagai sistem yang utuh. Keperawatan dipandang suatu profesi yang mengikutkan semua komponen yang berpengaruh pada individu terhadap stres.

4. Lingkungan

Lingkungan diartikan sebagai faktor internal dan eksternal pada klien yang dapat memberikan pengaruh. Stressor tersebut bisa berupa stressor intrapersonal, interpersonal dan ekstrapersonal yang digambarkan faktor lingkungan yang saling berinteraksi.

Neuman membaginya menjadi tiga macam diantaranya: a) internal, b) eksternal, dan c) ciptaan/bentukan. Lingkungan internal merupakan lingkungan yang berada dalam diri individu dimana semua komponennya saling berinteraksi. Lingkungan

buatan merupakan lingkungan yang tidak didasari oleh klien sebagai sistem pertahanan. lingkungan buatan dapat membantu klien menyelesaikan ancaman stresor lingkungan yang bisa berubah sesuai dengan kondisinya.

APLIKASI TEORI MODEL KEPERAWATAN BETTY NEUMAN DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN

Model Neuman dirancang untuk menciptakan stabilitas bagi klien dan keluarga dalam menghadapi dinamika lingkungan yang terus berubah. Menurut Neuman, peran perawat tidak hanya terbatas pada individu, tetapi mencakup pendekatan yang menyeluruh dan saling ketergantungan antara perawat dan klien. Konsep ini membuatnya sangat relevan dan mudah diterapkan dalam masyarakat, karena pendekatan yang digunakan berfokus pada komunitas sebagai sistem klien. Pendekatan ini menawarkan solusi yang lebih luas, dengan

mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi kesejahteraan individu dalam konteks sosial dan lingkungan sekitar. Teori model keperawatan Betty Neuman dapat diaplikasikan dalam berbagai bidang keperawatan, seperti perawatan kesehatan komunitas, manajemen stres, serta upaya pencegahan dan intervensi dalam kondisi penyakit akut atau kronis, yang semuanya berupaya untuk menjaga keseimbangan sistem klien. Teori model keperawatan Betty Neuman dapat diterapkan dalam bidang keperawatan seperti :

1. Panduan dalam tahap pengkajian perawat.

Pengkajian data dasar merupakan proses penting dalam memahami respon klien terhadap interaksi yang bersifat dinamis dan lingkungan yang ada di sekitarnya. Penilaian ini mencakup berbagai aspek, antara lain variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual, yang semuanya saling berhubungan dalam memengaruhi kesejahteraan klien

secara keseluruhan. Pemahaman terhadap faktor-faktor ini memberikan gambaran menyeluruh tentang kondisi klien dan kebutuhan mereka. Hal ini penting untuk merancang pendekatan yang lebih holistik dalam perawatan atau intervensi, yang tidak hanya melihat aspek fisik, tetapi juga memperhatikan keseimbangan mental dan sosial klien.

a. Identifikasi persepsi pasien

- Pengkajian kondisi kesehatan pasien perlu dilakukan dengan seksama, terutama untuk menilai kekuatan faktor struktur dasar yang mempengaruhi antara variabel-variabel yang ada. Penilaian terhadap sumber daya pasien menjadi aspek penting dalam upaya pengelolaan kesehatan yang efektif. Sumber daya ini meliputi kemampuan fisik, mental, dan sosial yang dapat mendukung proses pemulihan atau perawatan pasien (Nursalam, 2019). Oleh karena itu,

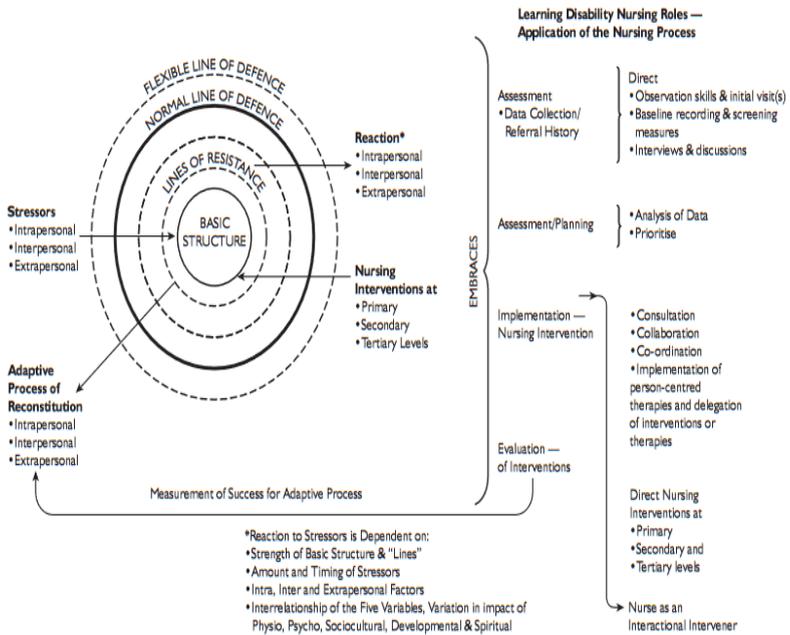
pengkajian yang mendalam terhadap kondisi ini memungkinkan penyusunan rencana intervensi yang lebih terarah.

- Pengkajian karakteristik garis pertahanan fleksibel pasien juga harus diperhatikan. Garis pertahanan ini mencakup sistem pertahanan tubuh yang beradaptasi dengan perubahan lingkungan dan kondisi fisik pasien. Menurut Purnamasari (2018), mekanisme koping pasien menjadi bagian integral dalam menanggapi stres atau ancaman yang muncul. Penggunaan mekanisme koping yang efektif akan membantu pasien untuk mengelola stres dan menjaga kestabilan kondisi kesehatannya.
- Faktor internal dan eksternal harus dipertimbangkan secara menyeluruh. Faktor internal meliputi kondisi fisik dan mental pasien, sementara faktor eksternal seperti stresor dari

lingkungan atau kehidupan pasien dapat mempengaruhi kestabilan sistem tubuh. Stresor tersebut dapat berupa kehilangan, perubahan besar dalam hidup, atau ketidakseimbangan dalam aktivitas sehari-hari, yang semuanya dapat mengancam stabilisasi sistem tubuh pasien. Sebagaimana diungkapkan oleh Sulaeman (2020), adanya stresor yang tidak terkendali dapat menyebabkan kondisi kesehatan pasien menjadi lebih rentan terhadap gangguan atau penyakit. Oleh karena itu, penting untuk mengidentifikasi dan mengelola kedua jenis faktor ini guna mendukung keberhasilan proses perawatan pasien.

- b. Identifikasi, klasifikasi dan evaluasi stressor nyata dan potensial yang menyangkut variabel
- c. Kaji adanya pengaruh lingkungan seperti:
 - Identifikasi masalah perubahan hidup pasien

- Identifikasi pasien dalam mengatasi masalah hidup
- Evaluasi masalah yang telah berlalu, saat ini dan akan datang
- Identifikasi dan evaluasi adanya gangguan nyata dan potensial yang mengancam.



Gambar 2. Pengkajian dasar klien menurut Betty Neuman

Pengkajian persepsi klien terhadap petugas kesehatan

- a. Identifikasi dan membedakan persepsi klien serta caregiver atau petugas kesehatan misalnya dengan mengkaji persamaan dan perbedaan persepsi.
 - b. Identifikasi kesadaran akan fasilitas kesehatan
 - c. Identifikasi cara klien mengatasi perbedaan
2. Panduan untuk menegakkan diagnosis keperawatan stressor yang telah terdeteksi identifikasi, dapat langsung dirumuskan diagnosis keperawatan baik itu diagnosis yang fokus pada individu, keluarga atau komunitas.
3. Panduan dalam tahap Intervensi

Intervensi keperawatan memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan individu melalui tiga tingkat garis pertahanan, yakni pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer bertujuan untuk

mengurangi risiko terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan sejak awal, dengan upaya-upaya yang bersifat edukatif dan preventif. Sebagai contoh, promosi gaya hidup sehat, seperti pola makan yang seimbang, olahraga teratur, dan manajemen stres, dapat membantu individu menghindari berbagai faktor risiko yang memicu masalah kesehatan.

a. Pencegahan primer berfokus pada penguatan pertahanan tubuh terhadap stressor untuk menghindari terjadinya frustrasi yang dapat memengaruhi kesejahteraan seseorang. Proses ini melibatkan upaya untuk memperkenalkan dan mempromosikan gaya hidup sehat serta kebiasaan yang dapat meningkatkan daya tahan tubuh. Dalam hal ini, imunisasi, pendidikan kesehatan, olahraga, serta penerapan gaya hidup sehat adalah contoh konkret dari pencegahan primer. Menurut beberapa ahli, pendekatan ini penting karena dapat

mengurangi risiko munculnya masalah kesehatan yang lebih serius di masa depan dan membantu individu mengelola stressor dengan cara yang lebih adaptif. Pencegahan primer juga berperan penting dalam menciptakan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat dan mengurangi ketergantungan pada pengobatan medis yang lebih invasif.

- b. Pada tahap pencegahan sekunder, fokus utama adalah memperkuat pertahanan tubuh dengan melakukan intervensi lebih lanjut terhadap gejala yang muncul. Pada tahap ini, perawat berperan penting dalam memberikan dukungan emosional kepada pasien dengan mengungkapkan perasaan mereka, sehingga mengurangi beban psikologis akibat stressor. Selain itu, tindakan keperawatan yang bersifat intervensional bertujuan untuk mengatasi gejala-gejala penyakit yang muncul sebagai reaksi tubuh terhadap stres. Dalam konteks

ini, pendekatan yang lebih terarah dan berbasis prioritas menjadi krusial, di mana pasien diberikan rencana pengobatan yang tepat sesuai dengan kondisi yang dialaminya. Pencegahan sekunder juga sering kali mengharuskan pemantauan intensif terhadap kondisi fisik dan psikologis pasien untuk mencegah masalah kesehatan yang lebih serius.

- c. Pencegahan tersier menitikberatkan pada penguatan pertahanan tubuh individu melalui intervensi yang lebih terfokus pada pemeliharaan kesehatan jangka panjang. Peran perawat di sini sangat vital dalam memberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga kesehatan serta pencegahan penyakit yang berulang. Dengan pendekatan berbasis pendidikan kesehatan, pasien diajarkan untuk mengenali tanda-tanda dini yang dapat mencegah masalah kesehatan lebih lanjut. Pengobatan yang rutin dan teratur juga menjadi

bagian dari pencegahan tersier, di samping upaya untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi sebagai dampak lanjutan dari kondisi kesehatan yang telah ada sebelumnya. Melalui pencegahan tersier, diharapkan pasien dapat mencapai kualitas hidup yang lebih baik dan terhindar dari penyakit yang berulang.

KELEBIHAN DAN KEKURANGAN DARI MODEL TEORI BETTY NEUMAN

1. Kelebihan

- a. Model teori Betty Neuman memiliki unsur fleksibel yang dapat digunakan pada semua bidang keperawatan sampai administrasi, pendidikan dan praktik keperawatan.
- b. Neuman mempunyai pandangan bahwa klien berlaku juga sebagai individu, kelompok, dan komunitas atau kelompok agregat lainnya.

- c. Model Neuman disajikan dalam bentuk diagram yang menarik sehingga memudahkan pemahaman secara logis
- d. Model Neuman lebih menekankan pada pencegahan primer salah satunya promosi kesehatan

2. Kelemahan

- a. Unsur dalam variabel yang digunakan perlu adanya klarifikasi mengenai istilah yang digunakan

Perlu membeda jelas antara stresor Interpersonal dan ekstrapersonal supaya lebih mudah di pahami.

DAFTAR PUSTAKA



- Ahmadi, Z. and Sadeghi, T., 2017. Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal–Experimental, Translational and Clinical*, 3(3), p.2055217317726798.
- Aker, M.N. and Özdemir, F., 2023. The effect of the approach based on the Neuman Systems Model on stress and coping in women receiving intrauterine insemination treatment: A randomized controlled trial. *Health Care for Women International*, 44(4), pp.457-472.
- Austin, W. and Boyd, M.A., 2010. *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Flaherty, K.M., 2013. Neuman systems model in nursing practice. *Nursing Theory*, p.200.
- Lawson, T.G., 2021. Betty Neuman: systems model. *Nursing Theorists and Their Work E-Book: Nursing Theorists and Their Work E-Book*, p.23
- McDowell, B.M., Beckman, S. and Fawcett, J., 2023. Created Environment: Evolution of a Neuman Systems Model Concept. *Nursing Science Quarterly*, 36(1), pp.89-91.



Ratna, R., Bau, A.S., Sawitri, N.K.A., Paulina, P., Ngii, Y., Mariana, D., Ayu, S.A., Sulistiowati, N.M.D., Pitri, A.D., Ernawati, Y. and Sahmad, S., 2023. Falsafah dan Teori dalam Keperawatan.

Stuart, G.W., 2012. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book: Principles and Practice of Psychiatric Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Sultan, B., 2018. Application of Betty Neuman theory in care of stroke patient. *Annals of Nursing and Practice*, 5(1), p.1092.

Reed, K.S., 1993. *Betty Neuman: the Neuman systems model* (Vol. 11). Sage.

Neuman, B. and Reed, K.S., 2007. A Neuman systems model perspective on nursing in 2050. *Nursing science quarterly*, 20(2), pp.111-113.

Turner, S.B. and Kaylor, S.D., 2015. Neuman systems model as a conceptual framework for nurse resilience. *Nursing science quarterly*, 28(3), pp.213-217.

BIODATA PENULIS



Tiffany Hayuning Ratri, S.Kep.,Ns.,M.Kep, lahir pada tanggal 13 September 1992 di Yogyakarta. Menamatkan Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Respati Yogyakarta pada tahun 2016, kemudian melanjutkan studi Magister Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Airlangga Surabaya dan lulus pada tahun 2023. Kesibukan saat ini aktif menjadi dosen pengajar di salah satu universitas swasta di Yogyakarta sampai sekarang.