

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN DALAM INTEGRASI KEILMUAN

**DR. RISNAH S.KM., S.Kep., Ns., M.Kes.
MUHAMMAD IRWAN, S.Kep., Ns., M.Kes.**



Alauddin University Press

Undang-Undang RI No. 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang:
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini ke dalam bentuk apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit
All Rights Reserved

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN DALAM INTEGRASI KEILMUAN

Penulis:

Dr. Risnah, S.KM., S.Kep., Ns., M.Kes.
Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes.

Editor:

Musdalifah, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep.

Desain Sampul:

Zultany Satri Mustaka, SH.

Penyelaras Akhir:

Nidya Nina Ichiana, S.Pd., M.Pd.

Cetakan I: Januari 2021

Halaman: xiv + 335 hlm

Ukuran: 15,5 x 23 cm

ISBN : 978-602-328-308-8

Penerbit:

Alauddin University Press

UPT Perpustakaan UIN Alauddin

Jl. H. M. Yasin Limpo No. 36 Romangpolong,

Samata, Kabupaten Gowa

Website: <http://ebooks.uin-alauddin.ac.id/>

PENGANTAR REKTOR

Bismillāh al-Rahmān al-Rahīm

Puji syukur kepada Allah swt. atas segala nikmat, rahmat, dan berkah-Nya yang tak terbatas. Salawat dan Salam semoga tercurah kepada Rasulullah Muhammad saw.

Di tengah situasi penuh keterbatasan karena pandemi global Covid-19, karya buku **“Falsafah Dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan”** yang kini hadir di tangan pembaca patut mendapat apresiasi setinggi-tingginya. Apresiasi tersebut diperlukan sebagai bentuk penghargaan kita sebagai pembaca terhadap penulis yang dengan penuh kesungguhan hati, mampu menyelesaikan suatu naskah buku referensi yang berharga bagi khazanah ilmu pengetahuan.

Sebagai Rektor, tentu hal ini merupakan suatu kebanggaan sekaligus kehormatan bagi kami, sebab pada tahun pertama kepemimpinan ini, melalui program **Gerakan Penulisan dan Penerbitan 100 Buku Referensi**, karya ini dapat lahir. Hal ini, selain merupakan manifestasi dari salah satu Pancacita kepemimpinan kami, yakni Publikasi yang Aktif, juga tentu menunjukkan bahwa produktifitas melahirkan karya referensi dan karya akademik harus tetap digalakkan dan disupport demi terciptanya suatu lingkungan akademik yang dinamis dan dipenuhi dengan khazanah keilmuan. Iklim akademik yang demikian itu dapat mendorong kepada hal-hal positif yang dapat memberi dampak kepada seluruh sivitas akademika UIN Alauddin Makassar. Tentu, hal ini juga perlu dilihat sebagai bagian dari proses *upgrading* kapasitas dan *updating* perkembangan ilmu pengetahuan sebagai ruh dari sebuah universitas.

Transformasi keilmuan yang baik dan aktif dalam sebuah lembaga pendidikan seperti UIN Alauddin Makassar adalah kunci bagi suksesnya pembangunan sumber daya manusia dan pengembangan ilmu pengetahuan. Hal ini perlu dibarengi dengan kepemimpinan yang baik, keuletan, sikap

akomodatif dan kolektif yang mampu mendorong peningkatan kapasitas dan kreatifitas sumber daya, dan menciptakan inovasi yang kontinu guna menjawab setiap tantangan zaman yang semakin kompleks. Apalagi, di tengah kemajuan pada bidang teknologi informasi yang kian pesat dewasa ini, hal-hal tersebut bukanlah sesuatu yang sulit diwujudkan. Semua berpulang pada tekad yang kuat dan usaha maksimal kita untuk merealisasikannya.

Karya ilmiah berupa buku referensi akan menjadi memori sekaligus *legacy* bagi penulisnya di masa datang. UIN Alauddin Makassar sebagai salah satu institusi pendidikan yang memiliki *basic core* pengembangan ilmu pengetahuan, memiliki kewajiban untuk terus menerus memproduksi ilmu pengetahuan dengan menghasilkan karya ilmiah dan penelitian yang berkualitas sebagai kontribusinya terhadap kesejahteraan umat manusia.

Semoga ikhtiar para penulis yang berhasil meluncurkan karya intelektual ini dapat menjadi sumbangsih yang bermanfaat bagi pembangunan sumber daya manusia dan pengembangan ilmu pengetahuan yang berkualitas, berkarakter, dan berdaya saing demi kemajuan peradaban bangsa.

Hanya kepada Allah jugalah kita berserah diri atas segala usaha dan urusan kita. Semoga Allah swt. senantiasa merahmati, memberkahi, dan menunjukkan jalan-Nya yang lurus untuk kita semua. *Amin...*

Wallāh al-Muwaffiq ilā Aqwām al-Ṭarīq.

Makassar, 12 Agustus 2020

Rektor,

Prof. H. Hamdan, M.A., Ph.D.

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

Puji dan syukur kita panjatkan kepada Allah SWT untuk semua nikmat yang telah dianugerahkan hingga detik ini. Semoga rasa syukur ini memberikan berkah dan menjadikan kita semua orang-orang yang beriman dan bermanfaat dihadirkan oleh-Nya di dunia ini. Salawat dan salam senantiasa terkirim pada junjungan kita Nabi Besar Muhammad SAW, sebagai panutan kita bersama menjalani semua proses dalam kehidupan.

Filsafat ilmu dimaknai sebagai usaha manusia untuk memahami pengetahuan agar menjadi lebih bijaksana, salah satu yang hadir di masyarakat yakni Ilmu Keperawatan yang merupakan sebuah disiplin ilmu yang mempunyai *body of knowledge* yang spesifik hingga akan selalu mengalami perkembangan. Diperlukan pemahaman yang baik pada teori keperawatan yang dapat membedakan keperawatan dari disiplin lain, dimana berbagai teori ini memiliki tujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan mengendalikan hasil yang diinginkan dari praktik asuhan keperawatan

Di kesempatan ini pula, tak lupa kami mengucapkan banyak terima kasih pada berbagai pihak yang telah berusaha maksimal membantu penulis dalam menyelesaikan setiap tahapan dalam proses penyusunan buku ini dan dengan sabar memberikan saran, masukan serta melakukan editing dan revisi sebagai upaya penyempurnaannya. Akhirnya, pada semua pihak yang terkait dengan proses penyelesaian ini yang tak bisa kami sebut satu persatu, terima kasih untuk semuanya.

Semoga buku ini bermanfaat bagi seluruh lapisan masyarakat dan insya allah menjadi amal jariyah untuk kita semua. Wassalam

Makassar, 12 Agustus 2020

Tim Penulis

DAFTAR ISI

PENGANTAR REKTOR	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Filsafat Ilmu.....	1
C. Falsafah Keperawatan	2
D. Ontologi, Epistemologi, Dan Aksiologi Ilmu Keperawatan	3
BAB II KEPERAWATAN SEBAGAI ILMU DAN PROFESI	16
A. Defenisi Ilmu.....	16
B. Sejarah Perkembangan Ilmu.....	16
C. Karakteristik Ilmu	18
D. Unsur-Unsur yang Membentuk Struktur Pikiran Manusia	20
E. Sumber-Sumber Ilmu	21
F. Sifat-Sifat Ilmu.....	23
G. Fungsi Ilmu	25
H. Keperawatan Sebagai Ilmu.....	26
I. Perawat Sebagai Suatu Profesi.....	31
J. Tanggung Jawab Perawat.....	41
K. Standar Praktik Keperawatan Profesional	42
BAB III TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN.....	49
B. Teori Keperawatan.....	52
C. Paradigma Keperawatan.....	54

**BAB IV PANDANGAN BEBERAPA AHLI TENTANG MODEL
KONSEP DAN TEORI KEPERAWATAN..... 59**

1. RUFDAIDAH BINTI SA'AD AL-BANI ASLAM AL-KHAZRAJ 59

2. FLORENCE NIGHTINGALE..... 64

3.VIRGINIA HENDERSON 70

4. ERNESTINE WIEDENBACH 79

5. LIDYA ELOISE HALL 89

6. HILDEGARD PEPLAU 93

7. DOROTHEA ELIZABETH OREM.....104

8. MARTHA ELIZABETH ROGERS.....109

9. DOROTHY E. JOHNSON113

10. FAYE GLENN ABDELLAH.....121

11. MYRA ESTRIN LEVINE129

12. IMOGENE M. KING148

13. BETTY NEUMAN157

14. MADELEINE LEININGER.....161

15. IDA JEAN ORLANDO PELLETIER175

16. JOYCE TRAVELBEE.....184

17. RAMONA T. MERCER193

18. CAROLYN L.WIENER DAN MARYLIN J.DODD213

19. ROSEMARIE RIZZO PARSE.....222

20. SISTER CALLISTA ROY235

21. JEAN BROADES WATSON242

22. NOLA J. PENDER.....248

23. PATRICIA SAWYER BENNERR.....257

24. KATHARINA COLCABA267

25. MERLE HELAINE MISHEL275

26. JOSEPHINE G. PETTERSON & LORETTA T. ZDERAD288

27. AF AF IBRAHIM MALEIS.....	291
28. GEORGENE GASKILL, MARY LERMANN BURKE & MARGARETH HAINSWORTH.....	300
29. CHERYL TATANO BACK.....	312
DAFTAR PUSTAKA.....	319
TENTANG PENULIS	333

BAB I

PENDAHULUAN

A. Pendahuluan

Dalam kehidupan sehari-hari, kita selalu mendengar ilmu namun banyak orang yang belum memahami dengan sesungguhnya bagaimana filsafat ilmu tersebut. Banyak orang yang beranggapan bahwa filsafat adalah merenung, namun jika ditelaah apakah semua orang yang merenung berarti berfilsafat. Padahal berfilsafat merupakan kegiatan berfikir secara lebih luas, mendalam dan objektif. Arti kata falsafah adalah anggapan, gagasan, pendidikan, dan sikap batin yang paling dasar yang dimiliki oleh orang atau masyarakat (KBBI). Jadi, falsafah keperawatan adalah dasar pemikiran yang harus dimiliki perawat sebagai kerangka dalam berfikir. Praktek keperawatan ditentukan dalam standar organisasi profesi dan sistem pengaturan serta pengendaliannya melalui perundang-undangan keperawatan (*Nursing Act*), dimanapun perawat bekerja (PPNI, 2000).

B. Filsafat Ilmu

1. Filsafat merupakan sebuah proses, bukan sebuah produk yakni berpikir kritis, aktif, sistematis, dan mengikuti prinsip-prinsip logika untuk mengerti dan mengevaluasi suatu informasi dengan tujuan menentukan apakah informasi itu diterima atau ditolak (Nunu Burhanuddin, 2018).

2. Filsafat ilmu adalah telaah kefilosofan yang ingin menjawab pertanyaan mengenai hakikat ilmu, baik ditinjau dari sudut ontologi, epistemologi, maupun aksiologi yang dilakukan melalui proses dialektika secara mendalam yang sistematis dan bersifat spekulatif (Mukhtar Latif, 2016).

3. Filsafat ilmu (*philosophy of science*) adalah ikhtiar manusia untuk memahami pengetahuan agar menjadi bijaksana, filsafat ilmu juga filsafat yang menelusuri dan menyelidiki sedalam dan seluas mungkin segala sesuatu mengenai semua ilmu. (Ahmad Taufik Nasution, 2016).

C. Falsafah Keperawatan

1. Falsafah keperawatan adalah pandangan dasar tentang hakikat manusia sebagai makhluk holistik (yang memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial-kultural dan spiritual) dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam praktik keperawatan (Nur Aini, 2018).

2. Falsafah keperawatan merupakan sebuah pandangan dasar tentang hakikat seorang manusia dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam pelaksanaan praktek keperawatan. Hakikat manusia yang dimaksud di sini ialah manusia sebagai makhluk hidup biologis, psikologis, sosial dan spiritual, sedangkan esensinya ialah falsafah keperawatan yang terdiri dari: pertama memandang bahwa pasien sebagai manusia holistik yang harus dipenuhi segala kebutuhannya baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spritual yang diberikan secara komprehensif dan tidak bisa dilakukan hanya secara sepihak atau sebagian dari kebutuhannya; kedua, bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan harus secara langsung dengan tetap memperhatikan aspek kemanusiaan; ketiga, setiap

orang berhak memperoleh perawatan tanpa memandang perbedaan atas suku, kepercayaan, status sosial, agama, dan ekonomi; keempat, pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem kesehatan mengingat bahwa perawat bekerja dalam lingkup tim kesehatan, bukan sendiri sendiri; dan kelima, pasien adalah mitra yang selalu aktif dalam pelayanan kesehatan, bukan sebagai seorang penerima jasa yang pasif (Hidayat, 2009).

D. Ontologi, Epistemologi, Dan Aksiologi Ilmu Keperawatan

Dalam filsafat dibahas seluruh yang ada, bukan yang tiada, atau mungkin tidak ada, baik itu yang bersifat tidak nyata atau nyata meliputi Tuhan, manusia dan alam semesta. Untuk memahami secara keseluruhan filsafat dengan baik, sangat sulit dengan tidak adanya pemilahan dan mungkin kita hanya menguasai sebagian saja dari ruang lingkup filsafat.

Secara garis besar, terdapat tiga bahasan pokok sistematisa filsafat yaitu; epistemologi atau teori pengetahuan yang membahas bagaimana kita mendapatkan pengetahuan, ontologi atau teori hakikat yang bahasannya tentang hakikat segala sesuatu yang menghasilkan pengetahuan, dan aksiologi atau teori nilai yang membahas tentang pentingnya pengetahuan dan fungsi dari pengetahuan. Sangat penting mempelajari ketiga cabang tersebut dalam upaya memahami filsafat yang sangat luas ruang lingkup dan pembahasannya.

1. Ontologi

a. Pengertian Ontologi

Ontologi merupakan salah satu kajian filsafat yang paling kuno dan berasal dari Yunani, kajian tersebut membahas sesuatu yang bersifat konkret. Tokoh Yunani yang memiliki pandangan yang bersifat ontologi adalah Thales, Plato dan Aristoteles. Adapun pengertian paling umum pada ontologi adalah bagian dari bidang filsafat yang mencoba mencari hakikat dari sesuatu. Pengertian ini menjadi melebar dan dikaji secara tersendiri menurut lingkup cabang-cabang keilmuan tersendiri. Sebuah ontologi juga menjelaskan domain yang dapat digunakan sebagai landasan untuk sebuah "*knowledge base*". Dengan demikian, ontologi merupakan suatu teori tentang makna dari suatu objek, properti dari suatu objek serta relasi objek tersebut yang mungkin terjadi pada suatu domain pengetahuan (Nunu Burhanuddin, 2018).

Istilah ontologi berasal dari kata *ontos*, yang berarti sesuatu yang berwujud. Ontologi juga bisa disebut sebagai sebagai ilmu yang mempelajari wujud tentang hakikat yang ada. Argumen ini tidak hanya berdasarkan pada alam nyata, namun juga berdasarkan pada logika. Ontologi pertama kali digunakan oleh Plato (428-348 SM) dengan teori idenya. Ide yang dimaksudnya adalah konsep universal dari tiap sesuatu. Segala sesuatu yang ada di alam ini mestinya mempunyai ide. Contoh ide yang terdapat pada manusia adalah berpikir dan badan hidup. Tiap-tiap sesuatu yang ada di dunia ini intinya mempunyai sebuah ide. Ide inilah yang menjadi dasar sesuatu (Nurman Said, 2015).

Bagian ilmu filsafat yang paling umum ialah ontologi, atau bagian dari metafisika yang merupakan salah satu bab

atau bagian dari filsafat yang keberadaannya tidak terikat pada suatu perwujudan tertentu. Objek telaah ontologi yang ada secara universal atau secara umum adalah bahasan dalam ontologi, yaitu berusaha mencari inti yang dimuat pada setiap kenyataan yang mencakup segala macam kenyataan dalam semua bentuk perwujudannya (Bahrn, 2013).

Setelah mengetahui segala bidang yang utama pada ilmu filsafat, seperti contohnya filsafat manusia, moral, alam dunia, kehutanan, pengetahuan, dan sosial, selanjutnya disusun uraian ontologinya. Ontologi memang sangat sulit untuk mampu dipahami jika berdiri sendiri atau jika terlepas dari bagian-bagian dan bidang filsafat lain. Dalam bidang filsafat, ontologi ialah hal yang paling sulit. Metafisika adalah segala sesuatu yang dapat dianggap ada atau mempekasalahkan tentang hakikat. Hakikat ini tidak mampu terjangkau oleh pancaindra sebab tidak terbentuk, tidak berupa, tidak bertempat, dan tidak berwaktu.

Dengan kita mempelajari hakikat maka kita akan mampu mendapatkan pengetahuan dan mampu menjawab berbagai pertanyaan terkait apa hakikat dari ilmu itu. Bila dilihat dari aspek ontologi, maka ilmu melakukan pembatasan diri pada kajian-kajian yang sifatnya empiris. Objek penelaah dari sebuah ilmu mencakup semua aspek dalam kehidupan yang dapat diuji menggunakan pancaindra manusia, sehingga secara sederhana dapat disimpulkan bahwa segala hal yang telah berada di luar kemampuan jangkauan manusia sudah tidak dapat dibahas oleh ilmu karena sudah tidak mampu dibuktikan baik secara metodologi maupun secara empiris, sedangkan dipahami bahwa ilmu itu memiliki ciri-ciri tersendiri yaitu orientasinya pada dunia empiris.

Berdasarkan pada objek yang ditelaah di dalam ilmu pengetahuan maka terdapat dua macam objek, yaitu:

1) Objek material (*obiectum materiale, material object*) adalah semua lapangan atau bahan yang dapat dijadikan sebagai objek penyelidikan dari sebuah ilmu.

2) Objek formal (*obiectum formale, formal object*) adalah penentuan titik pandang pada objek material.

Ilmu dapat membuat beberapa asumsi atau pengandaian tentang objek untuk melakukan kajian yang lebih mendalam tentang hakikat objek empiris. Asumsi yang telah dianggap benar dan tidak menimbulkan keraguan lagi ialah asumsi yang merupakan sebuah dasar dan titik tolak dari segala pandang kegiatan. Asumsi itu diperlukan, sebab pernyataan asumtif itulah yang nantinya akan memberikan arah serta landasan bagi berbagai kegiatan penelaahan.

Terdapat beberapa pendapat tentang objek empiris yang telah dibuat oleh para ilmuwan, yakni:

1. Anggapan bahwa pada objek-objek tertentu memiliki kesamaan antara yang satu dengan yang lainnya, misalnya dalam hal struktur, bentuk, sifat dan yang lainnya.

2. Anggapan bahwa dalam jangka waktu tertentu suatu benda tidak mengalami perubahan.

3. Determinisme yaitu anggapan bahwa segala gejala bukan ditujukan untuk memperoleh pengetahuan yang mempunyai sifat analitis dan dapat menjelaskan berbagai macam keterkaitan dalam gejala yang tertuang dalam pengalaman manusia.

Jika pengalaman manusia dilakukan analisis dengan menggunakan berbagai disiplin keilmuan lainnya maka pendapat itu dapat dikembangkan dengan tanpa

mengabaikan beberapa hal; pertama, asumsi seharusnya sesuai dengan bidang dan tujuan dari pengkajian disiplin keilmuan. Pendapat ini seharusnya operasional dan merupakan dasar dari sebuah pengkajian teoritis; kedua, pendapat seharusnya disimpulkan dari “keadaan sebagaimana adanya” bukan dari “bagaimana keadaan yang seharusnya”.

Pendapat pertama ialah asumsi yang menjadi dasar sebuah telaah ilmiah, sedangkan asumsi kedua ialah asumsi yang menjadi dasar dari moral. Seorang ilmuwan seharusnya benar-benar telah mengenal asumsi yang dipergunakan dalam melakukan analisis keilmuannya, karena dengan mempergunakan asumsi yang berbeda maka akan berbeda pula konsep pemikiran yang dipergunakan. Sebuah pengkajian ilmiah hendaknya dilandasi dengan sebuah asumsi yang tegas, yakni tertulis. Karena sesuatu yang belum tertulis, maka dianggap belum diketahui atau belum memperoleh kesamaan pendapat (Bahrin, 2013)

Pertanyaan yang meliputi untuk apa penggunaan pengetahuan itu? Artinya untuk apa seseorang berilmu apabila kecerdasannya hanya dipergunakan untuk menghancurkan orang lain. Misalnya, seorang ahli ekonomi yang mensejahterakan saudaranya tetapi di satu sisi menyengsarakan orang lain, atau jika seorang ilmuwan politik yang menguasai strategi perebutan kekuasaan secara licik. Dan hal ini merupakan pertanyaan mendasar pada tatanan ontologi.

b. Fungsi-fungsi Pemikiran Ontologi

Fungsi dari pemikiran ontologi itu ialah membuat suatu peta mengenai segala sesuatu yang mengatasi manusia. Sikap ontologi berusaha menampakkan dunia

transenden itu, dunia yang mengatasi manusia, bahkan menjadikannya sesuatu yang dapat dimengerti. Dalam aliran-aliran filsafat yang timbul berkat usaha tersebut, maka yang dipentingkan bukan pengertian-pengertian spekulatif. Plato berbicara tentang ide-ide, tetapi yang dimaksudkannya bukan hasil pengasahan otak, melainkan suatu dunia yang nyata, real namun lebih luhur dan lebih indah dari pada dunia ini (Van Peursen. 2010).

c. Aliran - aliran Ontologi

Beberapa aliran ontologi terkenal yang berupaya menjelaskan hakikat realitas antara lain: monisme, dualisme, pluralisme, materialisme, idealisme, nihilisme, dan agnotisisme.

1) Monisme

Istilah ini berasal dari bahasa Yunani *monos* yang berarti tunggal atau sendiri. Dari istilah ini terdapat beberapa pengertian tentang monisme: 1) teori yang menyatakan bahwa segala hal dalam alam semesta dapat dijabarkan pada kegiatan satu unsur dasar. Misalnya, Allah, materi, pikiran, energi, bentuk; 2) teori yang menyatakan bahwa segala hal berasal dari satu sumber terakhir tunggal.

Jadi, monisme berpandangan bahwa realitas secara mendasar adalah satu dari segi proses, struktur, substansi, atau landasannya.

2) Dualisme

Istilah ini berasal dari bahasa latin, dualis yang berarti bersifat dua. Jika monisme berpandangan bahwa hanya ada satu substansi yang tidak tersentuh perubahan dan bersifat abadi, maka dualisme justru berpandangan bahwa ada dua substansi dalam kehidupan ini yaitu, dualisme pada

umumnya dan pandangan filosofis yang menegaskan eksistensi dari dua bidang yang terpisah. Contohnya, Allah/Alam semesta dan jiwa/badan.

3) Pluralisme

Istilah pluralisme berakar pada kata dalam bahasa latin *pluralis* yang berarti jamak atau plural. Aliran pluralisme secara umum dicirikan oleh keyakinan-keyakinan berikut: pertama, realitas fundamental bersifat jamak; berbeda dengan dualisme dan monisme; kedua, ada banyak tingkatan hal-hal dalam alam semesta yang terpisah yang tidak dapat direduksi, dan pada dirinya independen. Dan ketiga, alam semesta pada dasarnya tidak ditentukan dalam bentuk; tidak memiliki kesatuan atau kontinuitas harmonis yang mendasar, tidak ada tatanan koheren dan rasional fundamental.

4) Materialisme

Materialisme memiliki sejumlah pengertian berikut:

- a) Pertama, pada satu kutub eksterm, materialism merupakan keyakinan bahwa tidak ada sesuatu selain materi yang sedang bergerak.
- b) Kedua, materi dan alam semesta sama sekali tidak memiliki karakteristik-karakteristik pikiran: maksud, intensi, tujuan-tujuan, arti, dorongan, dan kehendak
- c) Ketiga, setiap perubahan mempunyai sebab material dan penjelasan materil tentang gejala-gejala merupakan satu-satunya alasan yang tepat
- d) Keempat, bentuk material dari barang-barang dapat diubah dan materi itu sendiri mungkin ada

dalam dimensi yang beragam dan rumit, tetapi materi tidak dapat diciptakan atau dibinasakan.

5) Idealisme

Istilah idealisme berasal dari kata “ide” yaitu sesuatu yang hadir dalam jiwa. Secara sederhana, idealisme hendak menyatakan bahwa realitas terdiri atas ide-ide, pikiran-pikiran, akal, atau jiwa, dan bukan benda material dan kekuatan.

Idealisme adalah suatu pandangan dunia atau metafisik yang menyatakan bahwa realitas dasar terdiri atas, atau sangat erat hubungannya dengan ide, pikiran atau jiwa.

6) Nihilisme

Istilah nihilisme berasal dari bahasa latin yang secara harfiah berarti tidak ada atau ketiadaan. Pengertian nihilisme dapat dirinci dalam beberapa poin berikut ini:

- a) Penyangkalan mutlak, dalam konteks ini nihilism berarti titik yang menolak ideal positif manapun
- b) Dalam epistemology, penyangkalan terhadap setiap dasar kebenaran yang objektif dan real
- c) Teori bahwa tidak ada yang dapat diketahui
- d) Tidak ada pengetahuan yang mungkin
- e) Keadaan psikologis dan filosofis dimana tidak ada ilia etis, religious, politik dan social
- f) Penyangkalan skeptis terhadap semua yang dianggap sebagai real/tidak real, pengetahuan/kekeliruan, ada/tiada, ilusi/nonilusi, penyangkalan terhadap nilai dari semua perbedaan

7) Agnotisisme

Istilah agnotisme berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu “a” yang berarti bukan, tidak, dan gantikan yang berarti orang yang mengetahui atau mempunyai pengetahuan tentang. Secara global terdiri beberapa pengertian mengenai agnotisisme, yaitu:

- a) Keyakinan bahwa kita tidak dapat memiliki pengetahuan tentang Tuhan atau keyakinan bahwa mustahil untuk membuktikan ada atau tidak adanya Tuhan
- b) Kadang-kadang digunakan untuk menunjuk pada penangguhan putusan tentang beberapa jenis pengetahuan
- c) Keyakinan atau ketidak mampuan unruk memahami atau memperoleh pengertian terutama pengertian Tuhan dan tentang asas-asas pokok agama dan filsafat
- d) Ajaran yang secara keseluruhan atau Sebagian menyangkal kemungkinan unmtuk mengetahui alam semesta (Zapurulkhan, 2016)

8) Ontologi Ilmu Keperawatan

Suatu pengetahuan tentang eksistensi dan sifat dari objek atau ide yang disebut juga sebagai metafisika. Bisa pula diartikan dengan ‘apa yang dikaji oleh pengetahuan itu?’. Filosofi ontologi berkaitan dengan manusia, sedangkan dalam keperawatan, ilmu ontologi juga turut menyusun ilmu keperawatan. Oleh karena itu menurut sudut pandang ini, maka keperawatan dapat menjadi objek penyelidikan filosofi.

b. Epistemologi

a. Pengertian Menurut bahasa

Secara etimologis berasal dari Bahasa Yunani *episteme* (pengetahuan) dan *logos* (kata, pikiran, percakapan atau ilmu). Epistemologi berarti kata, pikiran, percakapan tentang pengetahuan atau ilmu pengetahuan. *Webster third new internasional dictionary* mengartikan epistemologi sebagai *the study of method and ground of knowledge, especially with reference to its limits and validity*. Secara terminologinya, epistemologi seringkali dikatakan sebagai “*branch of philosophy concerned with the nature of knowledge, its possibility, scope and general basis*” (Suhartono, 2004). Paul Edward, dalam *The Encyclopedia of Philosophy* menjelaskan bahwa epistemologi merupakan *the branch of philosophy which concerned with the nature and scope of knowledge, its presuppositions and basis, and the general realilty of claims to knowledge*, sedangkan, Dagobert D. Renes dalam kamus *Dictionary of Philosophy* (1971) menjelaskan: *epistemologi is the branch of philosophy which investigates the origin, structure, methodes, and validity of knowledge* (Indo Santalia, 2017).

Berdasarkan pemahaman di atas, terdapat beberapa hal penting yang dapat kita cermati tentang epistemologi:

Pertama, epistemologi berkenaan dengan sifat pengetahuan, kemungkinan, cakupan, dan dasar-dasar pengetahuan.

Kedua, epistemologi membahas tentang rehabilitas pengetahuan, dan

Ketiga, epistemologi melakukan investigasi tentang sumber, struktur, metode, dan validitas pengetahuan.

b. Fungsi

Mempelajari epistemologi memiliki fungsi yang sangat penting dalam kehidupan manusia. Dalam kehidupan keseharian, tanpa disadari kita sebenarnya menggunakan epistemologi dalam arti seluas-luasnya.

Pertama: sebagai landasan bagi tindakan manusia dalam kehidupan sehari-hari.

Kedua: sebagai dasar bagi pengembangan kearifan dalam berpengetahuan.

Ketiga: sebagai sarana mengetahui variasi kebenaran pengetahuan (Indo Santalia, 2017)

c. Sumber Pengetahuan

- 1) Penalaran
- 2) Pengalaman
- 3) Intuisi
- 4) Wahyu

Epistemologi merupakan dasar yang mempunyai keterkaitan melalui cara mendapatkan dan penyusunan materi pengetahuan menjadi sebuah ilmu. Secara terinci epistemologi keilmuan dapat terlihat dari sifat pengetahuan ilmiah serta dari proses terbentuknya pengetahuan ilmiah (Asmadi, 2009).

d. Epistemologi Ilmu Keperawatan

Adalah cabang filsafat berurusan dengan pengetahuan, terutama dengan pengetahuan ilmiah, ia berhubungan erat dengan metodologi ilmu pengetahuan, tentang bagaimana cara mendapatkan pengetahuan tersebut, proses dan prosedurnya. Dari sudut pandang ini

hakikat pengetahuan keperawatan dapat menjadi obyek penyelidikan filosofis (Nur Aini, 2018).

Ilmu keperawatan ditinjau dari sudut epistemologi sifat/karakteristik ilmu keperawatan meliputi beberapa hal sebagai berikut:

1) Pengetahuan Umum (*Public knowledge*)

Ilmu keperawatan mampu dipelajari oleh siapa saja yang mempunyai minat. Ilmu keperawatan juga dapat dipublikasikan dengan bahasa yang sarat unsur informatif dan emotif.

2) Objektif

Ilmu keperawatan mampu memberikan interpretasi pada objek yang sama dengan menggunakan cara yang sama hingga diperoleh hasil akhir yang sama pula. Misalnya, ada tiga orang perawat yang melaksanakan tindakan keperawatan yang sama yaitu memasang oksigen. Hasil yang mereka capai akan sama, yaitu memenuhi kebutuhan oksigen pasien.

3) Abstraksi

Ilmu keperawatan diperuntukkan bagi manusia yang tidak akan pernah lepas dari kebutuhan. Hal ini telah tertuang pada sejumlah konsep tentang manusia, yaitu manusia sebagai makhluk holistic (*bio-psiko-sosio-spiritual*), manusia sebagai makhluk yang unik, manusia sebagai makhluk yang mempunyai kebutuhan dan manusia sebagai makhluk dari sistem yang terbuka.

4) Konseptual

Ilmu keperawatan memiliki konsepsi yang membangun teori keperawatan (Asmadi, 2009).

c. Aksiologi (*Etchis*)

a. Menurut Bahasa

Aksiologi berasal dari bahasa Yunani yaitu *Axios* dan *Logos*. *Axios* artinya nilai dan *logos* artinya ilmu, penalaran dan teori. Aksiologi secara bahasa dipahami sebagai teori tentang nilai atau rasionalitas nilai. Secara istilah, aksiologi dipahami sebagai cabang filsafat yang membahas tentang nilai. Aksiologi tidak lain adalah *the teory of values*. Aksiologi dalam manifestasinya, misalnya membahas tentang mengapa sesuatu itu dikatakan baik/buruk dan indah/tidak indah (Indo Santalia, 2017).

b. Aksiologi Ilmu Keperawatan

Investigasi atau pertimbangan moralitas dari tindakan kita dan pengetahuan atau cara berpikir yang mendasari adanya istilah benar versus salah, baik versus buruk, kebaikan versus keburukan, atau dapat juga diartikan dengan “untuk apa pengetahuan tersebut dipergunakan, dan kaitannya dengan penggunaannya dengan kaidah-kaidah moral (Nur Aini, 2018).

BAB II

KEPERAWATAN SEBAGAI ILMU DAN PROFESI

A. Defenisi Ilmu

Ilmu adalah suatu pengetahuan mengenai sebab akibat yang mempunyai bercirikan adanya cara logis dan koheren untuk mencapai suatu metodologi, mempunyai hubungan dengan tanggung jawab ilmuwan, bersifat universal, mampu dikomunikasikan, kritis yang mana tidak ada teori ilmiah yang definitif, terbuka untuk peninjauan kritis dan bermanfaat sebagai perwujudan hubungan antara teori dan praktek (Hidayat, 2010).

B. Sejarah Perkembangan Ilmu

1. Zaman Pra Yunani Kuno

Perkembangan atas dasar pengalaman suatu ilmu dapat diketahui. Kekuatan magis merupakan sesuatu yang sering dihubungkan dengan sikap pengalaman. Kegiatan menulis, berhitung dan penentuan kalender dari hasil abstraksi yang dilaksanakan serta kemampuan meramal berdasarkan pada peristiwa yang telah terjadi.

2. Zaman Yunani Kuno

Sudah dimulai adanya kebebasan seseorang dalam menyampaikan gagasan atau pendapatnya, dan sudah tidak percaya lagi akan adanya kekuatan pada magis atau mitos. Dapat dikatakan terjadi perkembangan pada ilmu yang berdasarkan atas kebebasan.

3. Zaman Pertengahan

Pada masa itu segala sesuatu kegiatan ilmiah diarahkan agar mendukung pada adanya kebenaran di agama. Perkembangan dari ilmu telah dimulai di wilayah timur melalui peradaban dunia Islam dengan telah dilakukannya penerjemahan karya-karya oleh filosofis. Pada zaman itu didapatkan berbagai penemuan berupa cara penegasan sistem desimal dan dasar-dasarnya, pengamatan astronomi, ilmu kimia, ilmu kedokteran, ilmu bumi dan lain sebagainya. Keberadaan para ilmuwan yang ada dikaitkan dengan para ahli agama dan aljabar

4. Zaman *Renaissance*

Di zaman itu, pemikiran manusia mulai mengalami perkembangan yakni adanya pemikiran bahwa dalam upaya mencapai kemajuan atas hasil dari usaha sendiri dan tidak didasarkan atas campur tangan dari Ilahi. Adanya pengamatan, penyingkiran pada segala hal yang tidak termasuk dalam peristiwa yang diamati, idealisasi, dan adanya upaya penyusunan teori atas dasar dari peristiwa serta adanya berbagai percobaan untuk menguji peristiwa yang telah ada, sebagai pembuktian bahwa telah ditemukan berbagai cara berpikir secara ilmiah. Terjadinya banyak penemuan ilmu pengetahuan modern, menandai perkembangan ilmu pada masa itu.

5. Zaman Modern

Ditandai pula berupa keberadaan penemuan ilmiah dan beberapa tahapan dalam berpikir secara ilmiah telah disusun. Menurut Descartes, tidak menerima apapun sebagai hal yang benar terkecuali diyakini oleh diri sendiri jika itu memang sesuatu yang benar adanya merupakan salah satu langkahnya. Adanya sebuah perincian secara lengkap dan

dilakukan pemeriksaan menyeluruh pada berbagai hal serta terdapat cara berpikir dari hal yang sederhana sampai pada hal yang paling rumit.

6. Zaman Kontemporer

Terjadi perkembangan pada ilmu kedokteran yang dibagi dalam spesialisasi dan subspecialisasi. Seiring dengan perkembangan pada ilmu kedokteran, maka pada ilmu keperawatan juga telah mulai dikembangkan dengan adanya perkembangan spesialisasi. Selain itu juga sebuah perkembangan ilmu yang sangat pesat dengan dimulainya teori-teori alam, yang disertai penemuan akan keberadaan teknologi canggih seperti teknologi informasi dan komunikasi (Hidayat, 2010).

C. Karakteristik Ilmu

Terdapat enam karakteristik dari sebuah kegiatan yang dapat dikatakan sebagai sebuah ilmu, antara lain:

1. Masalah

Masalah yaitu sebuah kegiatan ilmiah yang mempunyai titik tolak dari suatu persoalan yang mampu menarik perhatian. Akibat dari tidak terdapatnya ilmu jika tidak ditemukan masalah. Hal ini disebabkan karena ilmu tumbuh dari sebuah permasalahan yang telah ada untuk dilakukan upaya pemecahan masalah. Rasa keingintahuan dari masalah itu yang pada akhirnya akan melahirkan sebuah ilmu.

2. Sikap

Sikap ingin tahu sangat diperlukan dan dimiliki oleh seseorang untuk menghasilkan sebuah ilmu agar dapat mengatasi suatu masalah.

3. Metode

Metode ialah suatu cara yang dipergunakan sebagai upaya menyelesaikan berbagai persoalan. Masalah akan sulit untuk diselesaikan, jika tanpa mempunyai cara-cara tertentu. Cara-cara tersebut seharusnya mampu dipertanggungjawabkan agar menghasilkan sebuah ilmu.

4. Aktivitas

Yakni semua aktivitas manusia dalam upaya menghadapi permasalahan secara jelas dan terencana. Aktivitas ini sangat tergantung pada kemampuan, keterampilan serta adanya sebuah kesadaran moral dan usaha bagi seseorang yang berkeinginan untuk menghasilkan suatu ilmu. Sehingga aktivitas ini dapat dipergunakan untuk membangun sebuah ilmu

5. Solusi

Merupakan tanda yang menjadi ciri dari solusi jika ilmu mampu memecahkan persoalan dengan menggunakan sebuah prinsip umum atau hukum- hukum yang tertentu.

6. Pengaruh

Sejauh mana pengaruh ilmu terhadap masalah-masalah kehidupan dibuktikan oleh pengaruh yang merupakan suatu bagian dari sebuah kegiatan ilmiah. Apakah hal tersebut berpengaruh positif atau negative? Hasil dari pemecahan masalah dan pengaruh tersebut merupakan sebuah konsekuensi dari masing-masing ilmu (Hidayat, 2010).

D. Unsur-Unsur yang Membentuk Struktur Pikiran Manusia

1. Pengamatan

Unsur pengamatan akan dapat membentuk sebuah struktur pikiran sebab dengan cara pengamatan maka mampu menimbulkan keterkaitan di objek tertentu, hingga juga dapat membentuk suatu pemikiran.

2. Penyelidikan

Dihasilkan sebuah persepsi dan konsep yang dapat diingat secara sederhana maupun kompleks setelah proses pengamatan sehingga struktur pemikiran dapat dibentuk.

3. Percaya

Pemikiran agar mencapai hal apa yang akan dihasilkan nantinya ditimbulkan oleh rasa percaya terhadap objek yang akan muncul dalam kesadaran yang biasanya timbul dari sebuah perasaan ragu pada objek yang akan diselidiki.

4. Keinginan

Keinginan dapat membentuk struktur pemikiran berupa adanya kemauan. Jika tidak ada kemauan untuk mengenal, mengetahui, bahkan hingga menyelidiki sebuah objek, maka tidak terjadi juga pemikiran ataupun ide dalam pemikiran.

5. Adanya maksud

Maksud merupakan suatu tujuan ingin mengetahui sesuatu atau kemauan. Apabila inividu tidak memiliki maksud atau tujuan terhadap sebuah objek tertentu, walaupun telah dilakukan pengamatan dan penyelidikan, maka akan sulit untuk terjadinya sebuah pikiran. Pikiran terdapat dalam diri seseorang, dan pikiran akan dapat diatur

melalui kesadaran. Proses dalam pengaturan ini yang pada akhirnya akan dapat membentuk suatu pemikiran.

6. Menyesuaikan

Menyesuaikan ialah bentuk adaptasi. Hal ini merupakan sebuah bagian dari komponen yang mampu membentuk struktur pemikiran manusia. Melalui kemampuan manusia dalam menyesuaikan pemikiran, maka akan didapatkan berbagai pembatasan yang akan dibebankan pada pemikiran melalui situasi yang ada dalam kondisi fisik, biologis, hingga kondisi lingkungan.

7. Menikmati

Struktur pemikiran pada manusia dibentuk dari proses menikmati hidup ini. Melalui pikiran, maka akan dapat dirasakan kenikmatan tersendiri dalam menekuni berbagai persoalan dalam hidup. (Hidayat, 2010).

E. Sumber-Sumber Ilmu

Secara rasional, empiris, dan intuisi, ilmu dapat diperoleh:

1. Rasional

Rasio atau akal pikiran manusia dititik beratkan dari kebenaran ilmu secara rasional. Menurut pandangan ini, dasar kepastian pada pengetahuan ialah akal. Mempergunakan akal maka kebenaran pengetahuan dapat diperoleh dan diukur. Manusia memperoleh pengetahuan melalui aktifitas akal. Manusia sebagai makhluk yang utama dan terangkatnya kedudukannya karena keberadaan akal.

Paham rasionalisme telah dikembangkan oleh kaum rasionalis. Penggunaan indra dalam upaya memperoleh pengetahuan tidak diingkari oleh rasionalisme. Untuk

merangsang akal dan memberikan materi atau bahan yang dapat membuat akal bekerja dibutuhkan pengalaman dari indra. Laporan dari indra merupakan sebuah bahan yang belum jelas dan masih dalam kondisi kacau menurut paham rasionalisme. Oleh akal dalam pengalaman proses berpikir kemudian akan mempertimbangkan bahan ini. Akal akan melakukan pengaturan pada bahan tersebut hingga terbentuk suatu pengetahuan yang benar. Jadi, rasio ialah potensi yang dimiliki manusia dalam memahami proses serta sebab suatu kejadian.

2. Empiris

Empiris bersumber dari kata dalam bahasa Yunani “empeirikos” artinya pengalaman. Maksudnya ialah pengalaman indrawi. Pengetahuan manusia bukan diperoleh melalui penalaran rasional yang abstrak, melainkan melalui pengalaman yang konkret, merupakan pendapat kaum empiris. Menggunakan pancaindra manusia berbagai macam gejala alamiah yang timbul merupakan hal konkret yang dapat ditangkap (Insani, 2014).

Ada beberapa kelemahan metode empiris. Pertama ialah keterbatasan pada indra manusia, hingga mengakibatkan ketidaksesuaian pada hasil yang dilaporkan dan objek yang sebenarnya. Kedua ialah adanya indera yang menipu. Maksudnya, sesuatu yang ditangkap oleh indra bisa saja hal itu bertentangan dengan kebenaran dari objek tersebut. Ketiga ialah objek yang menipu, yang contohnya seperti fatamorgana.

Sebuah bukti yang terukur merupakan metode empiris. Karena itu, menggunakan pandangan yang rasional empirisme harus mampu dijelaskan. Adanya kerjasama pada rasionalisme dan empirisme ataupun sebaliknya. Hal ini

akan menciptakan sebuah metode sains, yang pada akhirnya akan melahirkan sebuah pengetahuan sains.

3. Intuisi

Intuisi ialah sebuah pengetahuan yang diperoleh tanpa melewati proses penalaran tertentu. Jika seseorang yang sedang terfokus dalam sebuah masalah, secara tiba-tiba tanpa harus melewati proses berpikir yang panjang menemukan jawaban atas permasalahan tersebut. Kegiatan ini tidak akan mampu diramalkan dan bersifat sangat personal. Kemunculan intuisi dari dalam hati manusia sebagai suatu respon terhadap sebuah hal. Superindra atau indra keenam merupakan sebutan lain dari intuisi. Sebab tertangkap oleh manusia dalam bentuk perasaan maka intuisi yang kemunculannya bisa saja benar namun tetapi bisa juga salah.

4. Wahyu

Wahyu ialah sebuah pengetahuan yang disampaikan oleh Allah SWT kepada manusia melalui perantara nabi. Wahyu sendiri berisikan prinsip-prinsip tentang kehidupan. Wahyu dari Allah SWT diperoleh para nabi tanpa adanya upaya dan bersusah payah. Atas kehendak Allah swt maka terjadi pengetahuan para nabi. Allah SWT mensucikan jiwa para nabi agar memperoleh kebenaran dengan jalan wahyu (Asmadi, 2009).

F. Sifat-Sifat Ilmu

1. Memiliki Objek

Semua ilmu memiliki objek yang menjadi pusat kajiannya. Objek tersebut dalam mempelajari sebuah ilmu biasanya yang akan mempunyai sifat spesifik. Contohnya ilmu kesenian, matematika, biologi, dan sebagainya.

2. Memiliki Metode

Agar tidak dilaksanakan secara asal-asalan maka memerlukan metode khusus dalam mempelajari ilmu pengetahuan yang disebut metode ilmiah. Dipergunakan untuk meneliti dan mempelajari sebuah objek hingga ditemukan kebenaran. Kebenaran ilmu itu akan diakui secara ilmiah oleh semua pakar ilmu pengetahuan jika Ilmu yang dikembangkan dengan mempergunakan metode ilmiah, yang dapat berlaku hingga terdapat bukti baru yang akan menggugurkan atau menentangnya.

3. Bersifat Sistematis

Ilmu pengetahuan seharusnya tersusun secara sistematis dari tingkat yang sederhana hingga ke tingkat yang kompleks, diatur sebaik mungkin dan sedemikian rupa hingga dapat saling mendukung antara yang satu dengan yang lainnya. Sifat ini mempunyai tujuan agar memudahkan di dalam mempelajari ilmu tersebut.

4. Bersifat Universal

Kebenaran yang tersajikan dalam ilmu pengetahuan seharusnya dapat diterima pada semua institusi pendidikan dan berlaku secara umum. Memudahkan manusia dalam pembelajaran dan agar tercipta sebuah keseragaman menjadi tujuan sifat universal. Sehingga adanya kebenaran yang terungkap mampu diterima pada seluruh pelosok dunia.

5. Bersifat Objektif

Segala pernyataan yang diungkapkan harus memiliki sifat jujur, disesuaikan dengan kondisi yang benar, memiliki data dan informasi akurat, bebas prasangka, tidak

mengakibatkan kesenjangan dan pada kepentingan pribadi orang perorangan tidak memiliki hubungan.

6. Bersifat Analitis

Tujuan mempelajari ilmu ialah menuju pada hal-hal yang lebih khusus seperti bagian, sifat, peranan dan berbagai macam hubungan. Perlu dilakukan pengkajian secara khusus dalam memahami hal yang bersifat khusus. Sehingga ada hubungan antarbagian yang dikaji sebagai hasil dari sebuah proses analisa.

7. Bersifat Verifikatif

Tidak bersifat mutlak, sebuah pernyataan kebenaran di dalam ilmu pengetahuan, tetapi memiliki sifat terbuka atau verifikatif. Teori semula tersebut dapat ditumbangkan untuk memberikan ruang dan tempat pada hadirnya kebenaran baru yang mungkin akan lebih relevan apabila suatu saat ditemukan bukti-bukti baru yang tidak mendukung pada kebenaran semula.

G. Fungsi Ilmu

1. Fungsi Deskripsi

Berbagai macam gejala alam yang sedang dan telah terjadi mampu dijelaskan oleh ilmu. Secara ideal, sebuah disiplin ilmu seharusnya dapat menjelaskan berbagai macam hal yang termasuk dalam bidang yang digarapnya. Fungsi ini membuat sebuah ilmu dapat diterima oleh masyarakat secara umum, dan bukan hanya sebatas pada kalangan yang memang berkecimpung pada bidang keilmuan itu saja, disebabkan oleh ilmu itu mempunyai sifat universal.

2. Prediksi

Secara ilmiah ilmu akan mampu meramalkan kejadian yang akan terjadi. Salah satu cara agar mendapatkan ilmu ialah melalui berbagai pengalaman dan upaya uji coba yang kemudian hasilnya akan dibuat kesimpulan. Kesimpulan ini yang akan menjadi panduan di dalam upaya menjelaskan munculnya berbagai fenomena alam yang terjadi.

3. Fungsi kontrol

Ilmu mampu mengendalikan gejala alam. Jika sebuah ilmu telah dapat meramalkan dan menjelaskan keberadaan berbagai fenomena alam, maka fungsi ini baru dapat berlaku. Tujuan dari fungsi kontrol ialah mencegah terjadinya peristiwa yang tidak diharapkan.

4. Fungsi eksplanasi

Ilmu akan mampu menjelaskan berbagai macam gejala alam yang memungkinkan manusia agar mampu melakukan segala macam kegiatan agar menguasai berbagai gejala alam tersebut.

5. Fungsi pengembangan

Menemukan hasil dari ilmu yang masih baru. Sebuah ilmu seharusnya dapat memberikan solusi pada berbagai permasalahan yang sedang dihadapi manusia (Asmadi, 2009)

H. Keperawatan Sebagai Ilmu

Ilmu Keperawatan merupakan suatu disiplin ilmu yang memiliki body of knowledge yang sangat khas hingga akan selalu mengalami perkembangan. Perkembangan ilmu keperawatan menjadi tanggung jawab seluruh stakeholder keperawatan, diantaranya ialah para profesional, pendidik dan mahasiswa keperawatan. Salah satu bagian terpenting di proses perkembangan ilmu keperawatan ialah adanya

riset dalam bidang keperawatan (Nursalam, Efendy Ferry, 2009).

Keperawatan sebagai sebuah ilmu mempunyai objek formal dan objek material. Objek formalnya, sebagai dalam upaya memenuhi kebutuhan dasar manusia maka keperawatan memiliki cara pandang terhadap respon manusia pada masalah kesehatan, bantuan pada manusia diberikan kepada individu, kelompok atau masyarakat yang mengalami ketidakmampuan untuk berfungsi secara sempurna dalam berbagai masalah kesehatan dan proses penyembuhan serta Ilmu keperawatan sangat memperhatikan dan berfokus pada masalah-masalah keperawatan yang dilaksanakan dengan cara mencari secara ilmiah (Asmadi, 2009).

Sebagai objek materi, maka keperawatan mempunyai sebuah bahasan yang telah disusun secara sistematis dengan menggunakan metode ilmiah. Asuhan keperawatan yang ditujukan pada manusia diperuntukkan kepada bagian yang tidak mampu berfungsi secara sempurna yang mempunyai kaitan dengan kondisi kesehatan dan sebagai manusia sebagai makhluk yang utuh dan unik (Asmadi, 2009).

Untuk mempertahankan argumentasi maka Ilmu sebagai pembuktian dari fakta pada kenyataan dan apa yang telah dipelajari itulah yang harus dinyatakan. Jika perawat profesional sudah dibekali oleh ilmu yang cukup pada masa proses pendidikan, maka akan mudah dalam mempraktikkan ilmunya. Suatu ilmu tidak akan dapat membuat orang merasa ragu apabila orang tersebut telah mencapai jenjang pendidikan yang tinggi (Asmadi, 2009).

Ilmu yang nantinya akan menjelaskan kepada kita hingga mampu mengambil sebuah kesimpulan dari sebuah

penelitian dan menentukan profesionalisasi melalui proses pengembangan ilmu pengetahuan. Pengembangan ini telah ditentukan oleh paradigma keperawatan yang dikembangkan dan telah disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan yang lain yang mampu mendukung dan mengontrol keperawatan (Asmadi, 2009).

Perkembangan ilmu keperawatan selalu mengikuti perkembangan di ilmu lain pula sebab Ilmu keperawatan merupakan sebuah ilmu terapan yang akan selalu mengikuti perkembangan zaman. Demikian juga halnya yang terjadi dengan pelayanan keperawatan yang ada di Indonesia. Diharapkan ilmu keperawatan harus dapat memberikan pelayanan kepada seluruh masyarakat secara profesional pada masa depan yang disesuaikan pada tuntutan kebutuhan di masyarakat serta teknologi bidang kesehatan yang terus mengalami perkembangan. Penerapan asuhan keperawatan pada rumah sakit di Indonesia umumnya telah mengimplementasikan pendekatan secara ilmiah dengan menggunakan proses keperawatan (Asmadi, 2009).

Cabang pengetahuan pada ilmu keperawatan dapat juga kita bedakan menurut hal-hal yang diketahuinya (ontologi), cara diperoleh dan disusunnya pengetahuan (epistemologi), serta nilai yang terhubung dengan nilai tersebut (aksiologi) (Asmadi, 2009).

1. Aspek Ontologi

Setiap disiplin ilmu seharusnya memiliki objek yang akan menjadi fokus penelaahannya berdasarkan pada tinjauan aspek ontologi. Menurut Poedja Wijadna (1986) dalam Darji 2006, objek sebuah ilmu dapat kita bedakan atas dua yakni objek materia dan objek forma.

Objek materia ialah lapangan atau bahan penyelidikan sebuah ilmu sedangkan yang dimaksud objek forma ialah sudut pandang tertentu yang akan menentukan jenis sebuah ilmu. Jadi dapat saja terjadi ada lebih dari satu ilmu yang mempunyai forma berbeda tetapi objek materianya sama.

Pada ilmu keperawatan, manusia yang tidak dapat berfungsi secara sempurna dalam keterkaitannya dengan kondisi kesehatan dan dalam proses penyembuhan sebagai objek materianya. Serta bantuan yang bersifat holistik diberikan bagi individu yang tidak dapat berfungsi secara sempurna karena terkait dengan kondisi kesehatan dan proses penyembuhan individu tersebut sebagai objek formanya.

2. Aspek Epistemologi

Asas yang berhubungan dengan cara mendapatkan serta menyusun materi dari pengetahuan menjadi sebuah ilmu. Epistemologi keilmuan mampu terlihat dari sifat dan proses pembentukan pengetahuan ilmiah.

Ditinjau dari perspektif epistemologi, Ilmu keperawatan mempunyai sifat atau karakteristik diantaranya:

Pengetahuan ialah milik umum

Berarti bahwa pengetahuan itu disampaikan kepada masyarakat menggunakan publikasi ilmiah. Siapapun yang mempunyai minat dapat mempelajari ilmu keperawatan.

Objektif

Ilmu keperawatan mampu menginterpretasikan pada objek yang sama dengan menggunakan cara yang sama pula sehingga akan diperoleh hasil yang sama.

Abstraksi

Umat manusia yang tidak pernah lepas dari kebutuhan menjadi peruntukan Ilmu keperawatan. Hal ini nampak dalam konsep-konsep manusia, seperti manusia makhluk yang unik, manusia makhluk holistik, manusia makhluk yang mempunyai kebutuhan, serta manusia makhluk dengan sistem yang terbuka.

d. Konseptual

Maksudnya bahwa ilmu keperawatan memiliki konsepsi yang dapat dipergunakan untuk membangun sebuah teori keperawatan.

e. Generalisasi

Mempunyai arti bahwa ilmu keperawatan mampu diterima secara umum. Menggunakan realitas asuhan keperawatan atau melalui berbagai bantuan yang diberikan maka masyarakat mampu mengenal ilmu keperawatan.

3. Aspek Aksiologi

Cara mempergunakan atau pemanfaatan dari pengetahuan ilmiah. Asas dalam keilmuan tersebut dipergunakan untuk kebaikan seluruh umat manusia. Meningkatkan taraf hidup manusia tanpa mengabaikan martabat manusia, kodrat manusia dan kelestarian alam melalui pemanfaatan ilmu pengetahuan ilmiah secara komunal dan universal, asas moral yang terkandung di dalam pengetahuan ilmiah diperuntukkan.

Secara aksiologi maka keperawatan yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan memiliki andil yang besar terhadap seluruh masyarakat. Orientasi keperawatan tidak hanya berfokus pada individu yang dalam kondisi sakit, tapi juga kepada individu yang dalam kondisi sehat. Melakukan pengembangan diri ke arah yang lebih

profesionalisme menjadi upaya yang selalu dilakukan dalam Keperawatan. Aplikasi moral dari ilmu keperawatan ialah tanggung jawab secara profesional kepada pasien, masyarakat serta Tuhan Yang Maha Esa.

I. Perawat Sebagai Suatu Profesi

Profesi ialah kata serapan dari sebuah kata di dalam bahasa Inggris “Profess”, yang mempunyai makna: “Janji untuk memenuhi kewajiban melakukan suatu tugas khusus secara tetap/permanen”. (Kusnanto,2010)

Profesi ialah sebuah pekerjaan yang membutuhkan pelatihan dan penguasaan terhadap sebuah pengetahuan khusus. Sebuah profesi biasanya mempunyai asosiasi profesi, kode etik, proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Seseorang yang mempunyai suatu profesi tertentu, disebut profesional (Kusnanto,2010).

1. Pengertian Profesi Menurut Para Ahli

a. Wilensky (1964)

Profesi berasal dari kata profession yang berarti suatu pekerjaan yang memerlukan dukungan dengan badan ilmu (body of knowledge) sebagai dasar untuk pengembangan teori yang sistematis berguna untuk menghadapi banyak tantangan baru, memerlukan pendidikan dan pelatihan yang cukup lama, serta memiliki kode etik dengan fokus utama pada pelayanan (altruism) (Asmadi, 2008).

b. Hamid A. Y (1996)

Profesi merupakan pekerjaan yang bertujuan untuk kepentingan masyarakat dan bukan bertujuan untuk

kepentingan golongan atau kelompok tertentu (Asmadi, 2008).

c. DeYoung (1985)

Profesi merupakan keterkaikatan adanya 7 elemen yaitu: memiliki dasar ilmu yang kuat, berorientasi pada pelayanan, mempunyai otoritas, memiliki kode etik, mempunyai organisasi profesi, melakukan penelitian secara terus menerus serta memiliki otonomi (Asmadi,2008).

2. Pengertian Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual yang bersifat komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat yang sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia untuk mencapai derajat kesehatan optimal (Handayaningsih Siti. 2009).

Keperawatan ialah kegiatan pemberian asuhan yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (KMK, RI 2020).

3. Hakikat Profesi

Sebuah pekerjaan yang memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang mempunyai kualitas tinggi dalam melayani atau dalam mengabdikan pada kepentingan umum sebagai upaya pencapaian kesejahteraan bagi seluruh umat manusia. Keterampilan teknis yang didukung oleh pengetahuan dan sikap kepribadian tertentu yang berlandaskan atas norma norma yang mengatur perilaku seluruh anggota profesi (Hidayat A, Aziz Alimul, 2010).

4. Arti dan Makna Keperawatan sebagai Suatu Profesi.

Keperawatan ialah sebuah bentuk pelayanan kesehatan profesional dan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang berlandaskan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk bio, psiko, sosial, dan spritual. Keperawatan yang pada awalnya belum memiliki kejelasan ruang lingkup dan pembatasannya, secara bertahap mengalami perkembangan. Florence Nightingale, Goodrich, Imogene King, Virginia Henderson, dan lain sebagainya mengartikan pengertian perawat dan keperawatan dengan berbagai cara dalam berbagai bentuk rumusan (Nursalam, 2009).

Perawat itu tidak hadir sebagai pembantu dokter melainkan suatu profesi yang sebenarnya mempunyai tingkat yang sama dengan dokter. Jika dokter lebih berfokus pada aspek medisnya, maka perawat dengan profesi perawat tentu akan bertugas dan melaksanakan peran pada bidang khusus di keperawatan itu sendiri (Nursalam, 2009).

Keperawatan dapat dikatakan sebagai sebuah profesi sebab mempunyai berbagai hal yang dapat membuat keperawatan sebagai profesi yakni:

1. Landasan ilmu pengetahuan yang sudah jelas (*Scientific Nursing*).
2. Mempunyai kode etik profesi.
3. Pada jenjang pendidikan tinggi memiliki pendidikan yang berbasis keahlian.
4. Melalui praktik pada bidang profesi memberikan pelayanan kepada seluruh masyarakat.
5. Pemberlakuan kode etik keperawatan (Nursalam, 2009).

Menurut Prof. Ma'rifin Husin, sebagai profesi maka keperawatan mempunyai ciri – ciri yakni:

1. Memberikan pelayanan atau asuhan dan melakukan penelitian yang sesuai dengan kaidah ilmu dan keterampilan disertai kode etik keperawatan.

2. Telah lulus pendidikan pada jenjang perguruan tinggi (JPT) sehingga diharapkan mempunyai kemampuan untuk:

- a) Bersikap profesional,
- b) Memiliki pengetahuan dan keterampilan profesional,
- c) Memberi pelayanan asuhan keperawatan secara profesional, dan
- d) Menggunakan etika keperawatan dalam memberi sebuah pelayanan.

3. Mengelola ruang lingkup keperawatan yang sesuai dengan kaidah suatu profesi dalam bidang kesehatan, yakni:

- a) Sistem pelayanan atau asuhan keperawatan,
- b) Pendidikan atau pelatihan keperawatan yang berjenjang dan berlanjut,
- c) Perumusan standar keperawatan (asuhan keperawatan, pendidikan keperawatan registrasi atau legislasi), dan
- d) Melaksanakan riset keperawatan oleh perawat pelaksana secara terencana dan terarah yang disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Nursalam, 2009)

Dengan mencermati definisi, ciri, dan kriteria profesi yang telah disebutkan sebelumnya maka dapat dianalisis bahwa perkembangan keperawatan di Indonesia saat ini telah:

1. Mempunyai badan ilmu dan telah diakui secara undang – undang oleh pemerintah Indonesia melalui UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan.

2. Mempunyai institusi pendidikan jenjang perguruan tinggi, yakni AKPER/DIII Keperawatan, DIV Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan (S1), dan Program Pasca Sarjana Keperawatan (S2) serta program Doktoral Keperawatan (S3).

3. Mempunyai kode etik keperawatan, standar profesi, standar praktik keperawatan, standar pendidikan keperawatan, dan standar asuhan keperawatan.

4. Memiliki legislasi keperawatan yakni Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan dan yang terkini Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat.

5. Memiliki organisasi profesi yaitu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).

6. Memberikan asuhan keperawatan secara mandiri dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

7. Melaksanakan berbagai riset keperawatan (Nursalam & Efendi, 2009)

Kebijakan Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan (Depkes) tentang Profesionalitas Keperawatan. Dalam rangka mencapai Indonesia sehat 2010, misi Depkes ialah:

1. Pergerakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan

2. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungan.

3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.

4. Mendorong kemandirian masyarakat untuk sehat (Nursalam & Efendi, 2009).

Untuk mencapai misi dan visi tersebut, telah dikembangkan pilar strategi pembangunan kesehatan yang meliputi:

1. Paradigma sehat / pembangunan berwawasan kesehatan
2. Profesionalisme
3. Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM)
4. Desentralisasi

5. Proses Profesionalisasi Keperawatan

Tujuan proses profesionalisasi keperawatan yakni agar memperoleh hasil dari asuhan keperawatan yang berkualitas, efektif, dan efisien serta disesuaikan dengan kebutuhan pelaksanaannya yang dilaksanakan dengan cara sistematis, dinamis serta berkelanjutan (Susilo Rakhmat, 2011).

Fungsi proses profesionalisasi keperawatan;

1. Memberikan panduan dan bimbingan secara sistematis dan ilmiah bagi profesi tenaga keperawatan sebagai upaya memecahkan permasalahan pasien menggunakan sebuah proses asuhan keperawatan.

2. Memberikan ciri profesionalisasi dalam proses asuhan keperawatan dengan cara pendekatan dalam pemecahan masalah serta menggunakan pendekatan menggunakan komunikasi yang efektif dan efisien.

3. Memberi pasien kebebasan untuk memperoleh pelayanan yang optimal disesuaikan dengan kebutuhan dan kemandiriannya (Susilo Rakhmat, 2011)

Asas-asas personalisasi keperawatan yakni:

1. Kemitraan, keterbukaan dan kebersamaan.
2. Manfaat, semua kebutuhan atau tindakan yang diambil seharusnya mempunyai manfaat untuk kepentingan pasien, tenaga keperawatan dan institusi.
3. Interdependensi, terdapat saling ketergantungan di antara para tenaga keperawatan di dalam proses merawat pasien.
4. Saling memberikan keuntungan pada masing-masing pihak yang terlibat dan akan mendapatkan kepuasan yaitu perawat, pasien dan institusi (Susilo Rakhmat, 2011)

- a. Peran Perawat Profesional.

Peran ialah sebuah pola sikap, perilaku nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan pada posisinya di dalam masyarakat (Kusnanto, 2010). Dan juga merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh pihak lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam sebuah sistem, keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan dapat mempengaruhi hal tersebut.

Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 terdiri atas:

1. Pemberi Asuhan Keperawatan

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilaksanakan perawat dengan mempertimbangkan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan pasien melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan mempergunakan proses keperawatan hingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian selanjutnya dilakukan evaluasi pada

tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilaksanakan dari tingkat yang sederhana hingga tingkat yang kompleks.

2. Advokat Klien

Peran ini dilaksanakan perawat dalam membantu pasien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan sendiri nasibnya dan hak untuk menerima ganti rugi akibat dari kelalaian.

3. Edukator

Peran ini dilaksanakan dengan membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan. Sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien setelah dilakukan program pendidikan kesehatan.

4. Koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi sebuah pelayanan kesehatan dari tim kesehatan hingga pemberian pelayanan kesehatan dapat lebih terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien.

5. Kolaborator

Peran perawat disini dilaksanakan karena perawat bekerja melalui sebuah tim kesehatan yang terdiri dari

dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan upaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk di dalamnya yakni diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan keperawatan selanjutnya.

6. Konsultan

Peran disini ialah sebagai tempat konsultasi terhadap berbagai masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilaksanakan atas permintaan pasien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang telah diberikan.

7. Peneliti / Pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan (Kusnanto, 2010).

b. Fungsi Perawat.

Organisasi keperawatan sedunia / International Council of Nursing (ICN) pada tahun 1973 mempunyai pendapat bahwa, "The unique function of the nurse is to assist individual, sick or well in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to a peaceful death) he would perform unaided if he had necessary strength will or knowledge" yang berarti bahwa fungsi unik dari perawat yakni melaksanakan proses pengkajian pada individu yang dalam kondisi sehat maupun dalam kondisi sakit, semua aktivitas yang dilaksanakan bermanfaat untuk kesehatan dan proses pemulihan kesehatan yang didasarkan pengetahuan yang dimiliki. Berbagai aktivitas ini dilaksanakan dengan mempergunakan

berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin (Kusnanto, 2010).

Perawat akan melaksanakan berbagai fungsi dalam menjalankan perannya antara lain:

1. Fungsi Independen

Merupakan suatu fungsi mandiri dan tidak ada ketergantungan pada orang lain. Perawat melakukan secara sendiri dengan berdasar pada keputusan sendiri dalam melaksanakan tindakan sebagai upaya memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti di antaranya pemenuhan kebutuhan fisiologis (oksigenasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, aktifitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri dalam melaksanakan tugasnya.

2. Fungsi Dependen

Melaksanakan kegiatan perawatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Hingga sebagian tindakan merupakan pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilaksanakan oleh perawat spesialis pada perawat umum atau juga dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilaksanakan dalam kelompok tim yang mempunyai sifat saling ketergantungan di antara tim yang satu dengan lainnya. Fungsi ini dapat terlaksana apabila bentuk pelayanan memerlukan kerja sama tim di dalam pemberian pelayanan contohnya seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mempunyai penyakit kompleks. Kondisi ini tidak dapat diatasi hanya dengan tim

perawat saja melainkan juga perlu melibatkan pihak dari dokter ataupun pihak yang lainnya (Kusnanto, 2010).

J. Tanggung Jawab Perawat

1. Secara umum:
 - a. Memberikan asuhan atau pelayanan keperawatan
 - b. Meningkatkan ilmu pengetahuan
 - c. Meningkatkan diri sebagai sebuah profesi
2. Terhadap pasien
 - a. Memenuhi kebutuhan dalam pelayanan keperawatan
 - b. Melakukan perlindungan terhadap pasien
 - c. Membantu pasien agar dapat menolong dirinya sendiri
 - d. Menjaga rahasia dari pasien
3. Terhadap diri sendiri
 - a. Melindungi diri dari sumber penularan penyakit
 - b. Melindungi diri terhadap gangguan yang timbul akibat dari pekerjaan atau lingkungannya
 - c. Menghindarkan adanya konflik pada orang lain atau diri sendiri
1. Terhadap profesi
 - 1) Mengadakan kerjasama yang baik antar tim kesehatan
 - 2) Mempertahankan dan meningkatkan kualitas dalam pelayanan keperawatan
 - 3) Meningkatkan Ilmu pengetahuan dan teknologi pada bidang keperawatan
 - 4) Melaksanakan semua kewajiban dengan tulus dan ikhlas

- 5) Menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan
- 6) Membina dan memelihara kualitas organisasi profesi.
- 7) Tanggung jawab terhadap masyarakat

Menjalin hubungan kerjasama yang baik sebagai upaya mengambil prakarsa dan mengadakan berbagai upaya kesehatan khususnya serta berbagai upaya lain untuk mensejahterakan secara umum sebagai bagian dari tugas perawat terhadap masyarakat (Hidayat A, Aziz Alimul, 2010)

Profesi mempunyai ciri – ciri sebagai berikut:

1. Didukung oleh badan ilmu yang sesuai dengan bidangnya (ontologi), jelas wilayah kerja keilmuannya (epistemologi), dan aplikasinya (aksiologi).

2. Profesi diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan yang terencana, terus – menerus, dan bertahap.

3. Pekerjaan profesi diatur oleh kode etik profesi serta diakui secara legal melalui perundang – undangan.

4. Peraturan dan ketentuan yang mengatur hidup dan kehidupan profesi (standar pendidikan dan pelatihan, standar pelayanan, dan kode etik) serta pengawasan terhadap pelaksanaan peraturan – peraturan tersebut dilakukan sendiri oleh warga profesi (Winsley, 1964).

K. Standar Praktik Keperawatan Profesional

1. Klasifikasi Praktik Keperawatan

a. Perawat dan pelaksanaan praktek keperawatan

Perawat sangat memegang peranan penting pada penentuan dan pelaksanaan proses standar praktek keperawatan untuk mencapai kemampuan yang disesuaikan dengan standar pendidikan keperawatan. Sebagai anggota

profesi maka perawat setiap saat mempunyai kemampuan mempertahankan sikap yang sesuai dengan standar profesi keperawatan (Walid Saiful, 2009)

b. Nilai-nilai pribadi dan praktek profesional

Terjadinya peningkatan konflik antara nilai-nilai pribadi yang dimiliki perawat dengan pelaksana praktek lainnya yang dilakukan sehari-hari diakibatkan oleh adanya perubahan dan perkembangan yang terjadi pada ruang lingkup praktek keperawatan dan bidang teknologi medis dapat berakibat di samping itu pihak atasan juga memerlukan bantuan dari perawat dalam melakukan tugas pelayanan keperawatan yang tertentu, di pihak lain perawat juga memiliki hak untuk menerima ataupun menolak tugas tersebut yang disesuaikan dengan nilai-nilai pribadi perawat sendiri (Walid Saiful, 2009).

2. Ciri – ciri standar Praktek Keperawatan

Mengetahui proses dan hasil pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien sebagai fokus utamanya menggunakan standar praktek keperawatan (Walid Saiful, 2009).

Ciri-ciri praktek keperawatan profesional yakni:

- a. Otonomi di dalam pekerjaan
- b. Bertanggung jawab dan bertanggung gugat
- c. Pengambilan keputusan secara mandiri
- d. Kolaborasi dengan disiplin ilmu lain
- e. Pemberian pembelaan
- f. Memfasilitasi kepentingan pasien (Walid Saiful,

2009)

3. Tipe Standar Keperawatan

Secara luas ada dua kategori standar keperawatan yang diterima yakni standar asuhan (standar of care) atau

pertanyaan yang menguraikan tingkatan asuhan keperawatan yang akan diterima oleh pasien, dan standar praktek (standar of practice) atau harapan terhadap kinerja seorang perawat dalam melakukan standar asuhan keperawatan.

Aktifitas pemantauan dan evaluasi dapat memastikan bahwa level atau tingkat perawatan pasien dan kinerja perawat telah tercapai dengan baik. Kedua jenis kinerja ini dirancang untuk mendukung aktivitas perawat dalam praktek sehari-hari dengan mempersiapkan sebuah struktur yang diperuntukkan pada praktek tersebut dan untuk membantu perawat dalam upaya mengidentifikasi kontribusi keperawatan dalam proses perawatan pasien (Setiadi, 2007).

a. Standar praktek

Standar praktek mencakup pada kebijakan (policy), uraian tugas (job deskription), dan standar kinerja (performance standar). Standar praktek menjadi panduan perawat dalam melakukan tugas perawatan pasien. Serta menetapkan tingkatan kinerja yang diperlukan untuk diperlihatkan perawat sebagai upaya untuk memberikan kepastian bahwa standar asuhan akan diperoleh dan menggambarkan definisi institusi tentang hal apa yang mampu dilaksanakan oleh perawat. Kebijakan dalam menetapkan berbagai sumber yang harus tersedia untuk memfasilitasi dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan (Setiadi, 2007).

Kompetensi, pendidikan, dan pengalaman yang diperlukan bagi seluruh staf yang mempunyai peran atau posisi sebagai seorang perawat tercermin dalam uraian tugas. Sedangkan standar kinerja diturunkan dari uraian

tugas dan menyiapkan ukuran untuk melakukan evaluasi pada tingkat perilaku dari perawat yang berdasarkan atas pengetahuan, ketrampilan, dan pencapaian aktifitas pada kemajuan profesional (Setiadi, 2007).

b. Standar Asuhan

Standar asuhan mencakup pada prosedur, standar asuhan genetik, dan rencana asuhan (care plans). Semua hal tersebut merupakan alat untuk memberikan kepastian pada perawatan pasien yang aman dan juga untuk memastikan hasil yang berasal dari diri pasien. Prosedur ialah uraian tahap demi tahap tentang bagaimana melaksanakan keterampilan psikomotor yang mempunyai sifat yang berorientasi pada tugas.

Terdapat lima kategori yang utama dari protokol yakni: manajemen pasien menggunakan peralatan invasif; manajemen pasien mempergunakan peralatan non-invasif; manajemen pada status fisiologis dan psikologis pasien dan diagnosis keperawatan yang tertentu.

Standar asuhan genetik menguraikan tentang harapan dari asuhan minimal yang disiapkan bagi seluruh pasien dimanapun pasien tersebut menjalani perawatan. Rencana asuhan yang dibuat dan biasanya memiliki hubungan antara diagnosa medis dan diagnosis keperawatan pasien (Setiadi, 2007).

4. Pelaksanaan Standar Praktik Keperawatan

Standar praktik keperawatan di Indonesia disusun oleh Depkes. R.I. (1995) yang terdiri dari beberapa standar. Menurut Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisasi (JCHO) pada tahun 1999, terdapat 8 standar

tentang asuhan keperawatan yang meliputi: (Hidayat A, Aziz Alimul, 2010)

- a. Menghargai hak-hak pasien
- b. Penerimaan sewaktu pasien MRS
- c. Observasi keadaan pasien
- d. Pemenuhan kebutuhan nutrisi
- e. Asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif
- f. Asuhan pada tindakan non-operative dan administrative
- g. Pendidikan kepada pasien dan keluarga
- h. Pemberian asuhan secara terus menerus dan berkesinambungan (Hidayat A, Aziz Alimul, 2010)

5. Tujuan Standar Praktek Keperawatan

Standar praktek keperawatan memiliki tujuan umum meningkatkan asuhan atau pelayanan keperawatan dengan menggunakan cara memfokuskan kegiatan atau proses pada usaha pelayanan untuk pemenuhan pada kriteria pelayanan yang diharapkan akan berguna untuk:

a. Perawat

Pedoman yang akan membimbing perawat di dalam menentukan tindakan keperawatan yang dilaksanakan pada pasien.

b. Rumah sakit

Efisiensi dan efektifitas pelayanan keperawatan di rumah sakit dapat meningkat.

c. Pasien

Biaya yang ditanggung keluarga menjadi lebih ringan karena lama perawatan yang singkat.

d. Profesi

Alat perencanaan dalam pencapaian target dan sebagai alat ukur saat melakukan evaluasi.

e. Tenaga kesehatan lain

Saling menghormati dan bekerja sama dengan baik dengan mengetahui batas kewenangan dengan profesi lain (Hidayat A, Aziz Alimul, 2010).

6. Manfaat Praktek Keperawatan

a. Praktek Klinis

Memberikan serangkaian kegiatan yang dilaksanakan agar dapat mengevaluasi mutu asuhan keperawatan dan merupakan sebuah alat untuk mengukur kualitas penampilan kerja dari perawat yang berguna memberikan umpan balik sebagai upaya perbaikan.

b. Administrasi Pelayanan Keperawatan

Memberikan informasi pada pihak administrator yang akan sangat penting dalam proses perencanaan di pola staf, pada program pengembangan staf dan upaya mengidentifikasi isi program orientasi.

c. Pendidikan Keperawatan

Membantu dalam penyusunan dan perencanaan isi dari kurikulum pendidikan keperawatan dan melakukan evaluasi penampilan kerja dari mahasiswa.

d. Riset Keperawatan

Hasil dari proses evaluasi merupakan sebuah penelitian yang hasil pertemuannya dapat memperbaiki dan meningkatkan mutu layanan asuhan keperawatan.

e. Sistem Pelayanan Kesehatan

Penerapan standar dapat meningkatkan fungsi dari kerja tim kesehatan sebagai upaya mengembangkan kualitas

asuhan keperawatan dan peran perawat di dalam tim kesehatan hingga akan terbina hubungan kerja yang baik dan akan memberikan kepuasan bagi seluruh anggota dari tim kesehatan (Hidayat A, Aziz Alimul, 2010).

BAB III

TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN

A. Defenisi Konsep

Konsep secara umum dapat dirumuskan pengertiannya sebagai suatu representasi abstrak dan umum tentang sesuatu sebagai suatu representasi abstrak dan umum. Konsep dapat dimengerti dari sisi subjek maupun dari sisi objek. dari sisi subjek, suatu konsep adalah kegiatan merumuskan dalam pikiran atau menggolongkan dari sisi objek suatu konsep adalah isi kegiatan tersebut. Artinya, apa makna konsep itu sebagai suatu yang bersifat umum, konsep adalah suatu yang bersifat universal, konsep universal bisa bersifat langsung bisa juga tidak langsung (Sudarminta J, 2002).

Model konsep adalah rangkaian konstruksi yang sangat abstrak dan berkaitan yang menjelaskan secara luas fenomena-fenomena, mengekspresikan asumsi dan mencerminkan masalah (Asmadi, 2009).

Model konsep keperawatan berfungsi untuk:

- a. Mengklarifikasi ide/pola pikir tentang keperawatan dan kaitannya dengan praktek keperawatan
- b. Meningkatkan pola pikir kreatif perawat untuk membantu mengembangkan profesi
- c. Memberi arahan bagi pelayanan klien
- d. Memberi corak/warna pada pelayanan yang diberikan

2. Teori

Teori adalah deskripsi atau penjelasan dari suatu fenomena dan hubungan antara fenomena-fenomena semacam itu. Secara inti, konsep seperti deskripsi simbolik dari fenomena dihubungkan dengan preposisi yang menyatakan hubungan di antara fenomena-fenomena tersebut (Aini Nur, 2018)

Teori adalah seperangkat konsep dan proposisi yang memberikan cara yang teratur untuk melihat fenomena, pernyataan yang menjelaskan atau memberi ciri fenomena tertentu. Menurut defenisi tradisional, teori adalah seperangkat konsep yang terorganisir, koheren, dan saling berhubungan satu sama yang menawarkan deskripsi penjelasan dan prediksi tentang fenomena (DeLaune and Ladner, 2011)

Teori adalah deskripsi atau penjelasan dari suatu fenomena dan hubungan antara fenomena-fenomena semacam itu (Steves, 1979). Secara inti, konsep seperti deskripsi simbolik dari fenomena dihubungkan dengan preposisi yang menyatakan hubungan di antara fenomena-fenomena tersebut.

Tujuan teori dalam disiplin keilmuan adalah memandu penelitian untuk meningkatkan ilmu dengan mendukung pengetahuan yang ada atau menghasilkan pengetahuan baru. Sebuah teori tidak hanya membantu kita untuk mengatur pikiran dan ide-ide, tetapi juga dapat membantu mengarahkan kita pada apa yang harus dilakukan dan kapan serta bagaimana melakukannya

a. Ciri-ciri Teori :

1) Pada dasarnya, teori harus rasional dan masuk akal

- 2) Dapat digeneralisasikan
- 3) Teori tersusun atas ide-ide yang terkoneksi sedemikian rupa
- 4) Dasar-dasar untuk teori yang dapat diuji
- 5) Digunakan oleh praktisi untuk membimbing dan meningkatkan praktik mereka
- 6) Konsisten dengan teori-teori, hukum dan prinsip-prinsip yang sudah dibuktikan sebelumnya. Tetapi tetap meninggalkan pertanyaan yang belum terjawab sehingga memungkinkan untuk diteliti dan diuji lebih lanjut (Arora, 2015).

b. Komponen Suatu Teori

Komponen suatu teori secara umum yaitu:

1) Konsep adalah blok bangunan dasar dari sebuah teori, bentuk pikiran atau gagasan dari pemahaman manusia yang mencerminkan tanda penting dan umum dari objek tertentu yang dipahami. Konsep dapat juga diartikan istilah atau label yang menjelaskan fenomena. konsep merupakan suatu pondasi untuk membangun suatu teori yang di dalamnya menggambarkan suatu fenomena tertentu.

2) Fenomena adalah fakta yang dapat diamati oleh pancaindra dan dapat dijelaskan. Fenomena yang dijelaskan dapat berupa empirik atau abstrak. Fenomena empirik adalah sesuatu yang bisa dialami atau diamati melalui pancaindra Fenomena abstrak adalah sesuatu yang tidak bisa diamati seperti harapan (Aini Nur, 2018).

Komponen suatu teori berdasarkan F. Nightingale yaitu:

1) Defenisi: Menjelaskan/menggambarkan teori, konsep ataupun komponen-komponen yang menyusun teori tersebut.

2) Konsep: Formulasi tentang objek/kejadian yang dapat diamati/dirasakan karena konsep itu abstrak.

3) Asumsi: Pernyataan-pernyataan yang menjelaskan konsep dan merupakan suatu kenyataan, yang di terima sebagai suatu kebenaran.

4) Fenomena: Sesuatu yang dapat disaksikan, dilihat dengan panca indera (Suara Mahyar, Dalam Ermawati, Rochimah, Raenah Een, Rusmianti, 2013).

B. Teori Keperawatan

Teori keperawatan adalah seperangkat ide, defenisi, hubungan, dan harapan atau saran yang berasal dari model keperawatan atau dari disiplin (bidang ilmu) lain dan rancangan purposif, pandangan metodis fenomena dengan merancang inter-relationship khusus di antara ide-ide yang bertujuan menggambarkan, menjelaskan, peramalan, atau merekomendasikan (Arora, 2015).

Teori keperawatan membedakan keperawatan dari disiplin lain, dimana teori ini memiliki tujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan mengendalikan hasil yang diinginkan dari praktik asuhan keperawatan (Ahmad, 2016).

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan dengan menggunakan pendekatan secara ilmiah melalui proses keperawatan secara umum telah diterapkan pada sebagian besar rumah sakit di Indonesia. Profesi keperawatan ialah sebuah profesi yang kompleks, unik, holistik dan komprehensif. Pada pelaksanaan prakteknya, seharusnya

perawat selalu menggunakan acuan pada model konsep dan berbagai teori keperawatan yang telah ada.

Karakteristik ilmu keperawatan meliputi beberapa hal, yaitu: (Asmadi, 2009)

1. Pengetahuan umum (*public knowledge*).

Siapa saja yang mempunyai minat akan mampu mempelajari ilmu keperawatan.

2. Objektif.

Ilmu keperawatan mampu menginterpretasikan objek yang sama dengan cara yang sama hingga pada akhirnya akan diperoleh hasil yang sama pula.

3. Abstraksi.

Ilmu keperawatan diperuntukkan bagi seluruh umat manusia yang tidak akan lepas dari kebutuhan sepanjang hidupnya.

4. Konseptual.

Ilmu keperawatan memiliki konsepsi yang membangun dari teori keperawatan.

1. Pentingnya Teori Keperawatan

Teori keperawatan bertujuan untuk menggambarkan dan menjeaskan fenomena keperawatan, memberikan dasar dalam praktik keperawatan, membantu menciptakan pengetahuan (*body of knowledge*) yang lebih maju dan menunjukkan bagaimana keperawatan akan berkembang di masa depan. Teori keperawatan sangat penting karena membantu memutuskan apa yang kita ketahui dan apa yang ingin kita ketahui (Arora, 2015).

2. Tujuan Teori Keperawatan

Kerangka Kerja Praktik: Teori ini mencakup filosofi dan ilmu tentang caring; caring merupakan proses interpersonal yang terdiri dari intervensi yang menghasilkan pemenuhan kebutuhan manusia (Torres, 1986) Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dalam perkembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai di antaranya :

a. Dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan.

b. Membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan.

c. Membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas.

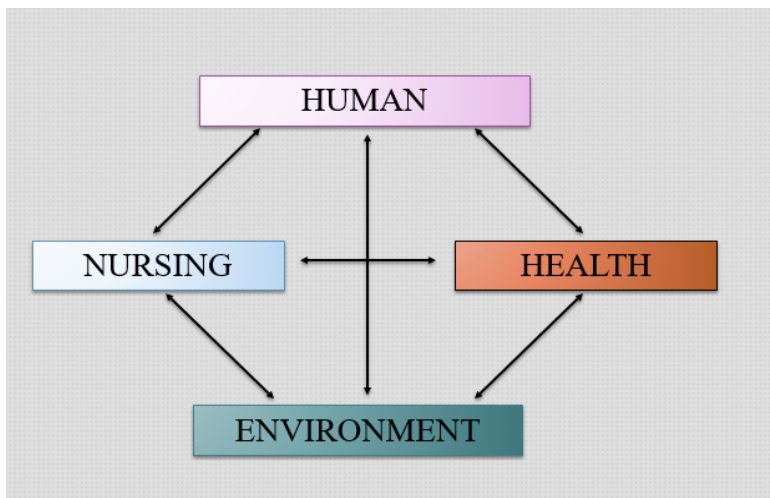
C. Paradigma Keperawatan

Paradigma adalah suatu cara pandang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memaknai, menyikapi serta memilih tindakan atas fenomena yang ada. Paradigma merupakan sebuah diagram atau kerangka berpikir yang menjelaskan fenomena. Paradigma mengandung beberapa konsep yang terkait dengan fokus keilmuannya (Asmadi, 2009).

Paradigma keperawatan merupakan suatu pandangan global yang dianut oleh mayoritas kelompok ilmiah (keperawatan) atau hubungan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori tersebut guna mengembangkan model

konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan.

Paradigma keperawatan terdiri dari 4 unsur, yaitu keperawatan, manusia, sehat sakit, dan lingkungan. Keempat unsur inilah yang membedakan paradigma keperawatan dengan teori lain. Teori keperawatan didasarkan pada keempat konsep tersebut yakni konsep manusia, konsep sehat sakit, konsep lingkungan, konsep keperawatan (Asmadi, 2009)



Gambar 1. Paradigma Keperawatan

1. Manusia

Manusia adalah makhluk hidup lebih sempurna dibandingkan makhluk hidup yang lain. profesi keperawatan mempunyai konsep tentang manusia yang memandang dan meyakini manusia sebagai makhluk yang unik, sebagai sis

Item adaptif, dan sebagai makhluk holistic (Asmadi, 2009).

a. Manusia sebagai makhluk unik

Manusia sebagai makhluk unik mengandung pengertian bahwa manusia mempunyai sifat dan karakteristik yang berbeda satu sama lain, begitupun responnya terhadap stimulus. Sebagai contoh ada 2 orang yang sama-sama merasa lapar karena sejak pagi belum mendapat makanan. Orang pertama berespons dengan menahan/mengganjal perutnya dengan kedua tangannya. Sedangkan orang kedua berteriak meminta makan. Contohnya ini membuktikan bahwa dari stimulasi yang sama dihasilkan respons yang berbeda. Ini menunjukkan keadaan manusia dalam konteks keperawatan (Asmadi, 2009).

b. Manusia sebagai sistem adaptif

Manusia sebagai sistem adaptif/terbuka memandang manusia sebagai sistem terbuka yang dinamis yang memerlukan berbagai masukan dari subsisten maupun suprasistem. Subsistem terdiri atas komponen sel, organ, dan sistem organ (misalnya sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, dan sistem lainnya) suprasistem meliputi keluarga, komunitas, masyarakat, dan sosial budaya dalam mempertahankan suatu keadaan seimbang (Asmadi, 2009).

c. Manusia sebagai makhluk holistik

Keperawatan memandang manusia sebagai makhluk holistik yang meliputi bio-psiko-sosio-spiritual-kultural. Ini menjadi prinsip keperawatan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan harus memerhatikan aspek tersebut. Klien yang dirawat di rumah sakit harus mendapatkan perhatian

bukan hanya pada aspek biologis, tetapi juga aspek-aspek yang lain (Asmadi, 2009).

2. Konsep sehat sakit

Rentang sehat sakit adalah sebuah skala ukur hipotesis yang diperuntukkan untuk melakukan pengukuran pada keadaan sehat atau kesehatan seseorang. Dipengaruhi oleh faktor pribadi dan lingkungan maka kedudukan seseorang di skala tersebut memiliki sifat dinamis. Di skala ini, sewaktu-waktu seseorang dapat berada dalam keadaan sehat, namun di lain waktu bisa mengalami pergeseran pada kondisi sakit (Asmadi, 2009).

Konsep sehat secara fisik dan bersifat individual adalah seseorang dikatakan sehat bila semua organ tubuh dapat berfungsi dalam batas-batas normal sesuai dengan umur dan jenis kelamin. Konsep sehat berdasarkan ekologi adalah sehat berarti proses penyesuaian antara individu dengan lingkungannya. Menurut WHO (1948) sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial serta tidak hanya terbebas dari penyakit dan kelemahan (Asmadi, 2009).

Sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, atau seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit (Asmadi, 2009).

3. Lingkungan

Lingkungan adalah agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan suatu organisme. Mencakup benda hidup dan benda mati yang terdapat di sekitar manusia. Komponen internal seperti: faktor genetik, struktur anatomis, fisiologis, psikologis, nilai, keyakinan serta faktor internal lain yang

potensial mempengaruhi perubahan sistem manusia. Faktor eksternal terdiri dari: keadaan fisik, demografis, ekologis, hubungan interpersonal dan nilai sosial budaya dan penerapannya dalam kehidupan sehari-hari, serta faktor eksternal lain yang potensial mempengaruhi perubahan pada sistem manusia. Perawat memberikan perhatian khusus pada hubungan interpersonal manusia, karena memandang manusia sebagai makhluk sosial. Unit sosial terdiri dari keluarga, kelompok dan komunitas. Pada tiap unit sosial individu membawa sifatnya yang unit dan secara bersamaan juga berbagi tujuan, nilai dan budaya dalam tiap interaksi yang dilakukan (Asmadi, 2009).

4. Keperawatan

Merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosiokultural-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas, baik sakit maupun sehat serta mencakup seluruh siklus hidup manusia. Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Bantuan juga ditujukan kepada penyediaan pelayanan kesehatan utama dalam upaya mengadakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang mencapai hidup sehat dan produktif (Asmadi, 2009).

BAB IV

PANDANGAN BEBERAPA AHLI TENTANG MODEL KONSEP DAN TEORI KEPERAWATAN

Teori Keperawatan adalah upaya untuk menyusun model konsep dalam keperawatan yang memiliki pengaplikasian berdasarkan struktur keperawatan sehingga memungkinkan perawat mampu menerapkan keilmuannya sesuai dengan batas kewenangan sebagai seorang perawat dalam bekerja. Bertujuan untuk menentukan model praktek keperawatan yang berlandaskan pada adanya keyakinan serta nilai yang mendasari terciptanya suatu model, maka model konsep keperawatan ini dipergunakan.

1. RUFAlDAH BINTI SA'AD AL-BANI ASLAM AL-KHAZRAl



“Pencegahan Penyakit dan Penyuluhan Kesehatan”

Rufaidah Binti Sa’ad Al-Bani Aslam Al-Khazraj

(Sumber:<https://www.google.co.id/search?q=RUFAlDAH+BINTI+SA%E2%80%99AD+AL-BANI+ASLAM+AL-KHAZRAl>)

Sangat sedikit ditemukan dokumen tentang keperawatan sebelum-Islam (pre-Islamic period) atau sebelum 570 M. Perkembangan keperawatan di masa itu sejalan dengan perang kaum muslimin atau jihad (holy wars), memberikan gambaran tentang keperawatan dimasa ini. Sistem kedokteran masa lalu yang lebih menjelaskan pengobatan yang dilakukan oleh dokter ke rumah pasien dengan memberikan resep lebih mendominasi.

Walau hanya sedikit sekali literatur tentang perawat, tetapi dalam periode ini dikenal seorang perawat yang bersama dengan Nabi Muhammad SAW yang telah melaksanakan peran keperawatan yaitu Rufaidah binti Sa'ad/Rufaidah Al-Asamiya (Tumulty 2001, Al Osimy, 1994) Catatan sejarah keperawatan atau profesi keperawatan di era setelah kematian Nabi Muhammad SAW pada 632 M jarang terjadi (Al-Osimy, M. (2004). Catatan yang diterbitkan bersaksi bahwa Rufaidah Al-Asalmiya, yang berlatih pada zaman Nabi Muhammad SAW adalah perawat muslim pertama (Kasule, O.H. , 2003).

Rufaidah Al-Asalmiya mempunyai nama lengkap Rufaidah Binti Sa'ad Al-Bani Aslam Al-Khazraj. Beliau dilahirkan di Yathrib, kota Madinah pada tahun 570 M dan wafat pada tahun 632 M. Rufaidah hidup di masa Rasulullah SAW pada abad pertama Hijriah atau abad ke-8 Masehi. Rufaidah termasuk pada golongan kaum Anshor di Madinah yakni golongan pertama yang menganut agama Islam.

Kata Rufaidah ialah kata benda yang berasal dari kata kerja 'rafada', yang berarti memberikan bantuan dan dukungan untuk orang lain. Rufaidah belajar dan mengembangkan keterampilan merawat dari ayahnya yang adalah seorang tabib terkenal (Kasule 1998). Menurut Hussain (1981) Rufaidah memberi perawatan kepada

tentara yang terluka selama jihad (perang suci), serta memberikan perlindungan dari angin dan panasnya gurun pasir yang keras bagi orang yang sekarat (Jan, 1996).

Rufaidah banyak mempelajari ilmu keperawatan saat ia bekerja membantu ayahnya yang merupakan seorang dokter menjalankan profesinya. Dia mengabdikan diri dengan merawat kaum muslimin yang jatuh sakit ketika kota madinah telah berkembang. Saat perang tidak terjadi, dia mendirikan tenda-tenda di luar Masjid Nabawi untuk melakukan perawatan pada kaum muslimin yang sakit. Saat terjadi perang Badar, Uhud, Khandaq, dan Khaibar, Rufaidah menjadi sukarelawan yang merawat korban-korban terluka akibat peperangan. Ia juga membuka rumah sakit lapangan, sehingga Rasulullah SAW pada masa itu memberikan perintah pada korban yang terluka agar dirawat oleh Rufaidah.

Rufaidah ialah sosok pemimpin, organisatoris, mampu melakukan mobilisasi dan motivasi pada orang lain. Ia diriwayatkan mempunyai pengalaman di klinik yang mampu diajarkan kepada perawat lain yang dilatih dan bekerja sama dengan Rufaidah. Bukan hanya melakukan peran perawat dalam klinikal saja yang dia lakukan, tetapi juga melaksanakan peran pada komunitas dan memecahkan berbagai permasalahan sosial yang dapat menimbulkan berbagai macam penyakit. Hingga hal tersebut membuat Rufaidah juga sering digelari sebagai Public Health Nurse dan Social Worker yang banyak menginspirasi bagi seluruh perawat Islam di dunia.

Di Pertengahan abad IV masehi, keperawatan berkembang di Asia Barat Daya yaitu Timur Tengah, seiring dengan perkembangan agama Islam. Pengaruh agama Islam terhadap perkembangan keperawatan tidak lepas dari

keberhasilan Nabi Muhammad SAW menyebarkan agama Islam. Abad VII Masehi, di Jazirah Arab berkembang pesat ilmu pengetahuan seperti Ilmu Pasti, Kimia, Hygiene dan obat-obatan. Pada masa ini mulai muncul prinsip-prinsip dasar keperawatan kesehatan seperti pentingnya kebersihan diri, kebersihan makanan dan lingkungan. Tokoh keperawatan yang terkenal dari Arab adalah Rufaidah. Seorang wanita dari periode itu yang telah diidentifikasi sebagai praktik keperawatan jauh sebelum Florence Nightingale adalah Rufaidah Al-Asalmiya (Tumulty 2001, Al Osimy, 1994)

Telah dipercaya bahwa Rufaidah tidak hanya melatih sekelompok wanita sebagai perawat (dikenal sebagai teman wanita), ia juga menjadi terlibat dalam pekerjaan sosial dalam masyarakat. Nabi Muhammad (SAW) memberikan izin baginya untuk mendirikan tenda di dalam masjid dan menyampaikan ajaran yang berhubungan dengan kesehatan kepada masyarakat (Al-Osimy, 1994).

Selain melayani selama masa perang, Rufaidah mempraktikkan keperawatan dalam masa damai dengan merawat orang sakit, melatih perawat lain, merawat orang miskin dan menyelesaikan masalah sosial (Kasule 1998). Untuk tujuan ini dan dengan izin dan dukungan dari Nabi Muhammad [SAW], Rufaidah mendirikan sebuah tenda di dekat Masjid Nabi di Al Madinah (Aldossary et al. 2008; El-Haddad, 2006).

Sejumlah wanita Muslim yang namanya tercatat bekerja sebagai perawat bersama Rufaidah dan berlanjut setelah kematiannya (Al Thagafi, 2006). Praktek Rufaidah dengan "teman-teman" wanitanya, yang dilakukan dalam batas-batas Islam sambil merawat yang sakit, berfungsi sebagai model bagi wanita Saudi dalam perawatan hari ini

(Al-Osimy, 1994). Batas-batas ini termasuk pemisahan jenis kelamin, pakaian sederhana untuk wanita (berjilbab) dan subordinasi dalam kehidupan publik dan pribadi. Karena perilaku teladan Rufaidah, menyusui dapat menjadi karier yang mulia bagi wanita Muslim (Jan, 1996).

Rufaidah Al-Aslamiyah, diakui sebagai perawat Muslim pertama dan pendiri keperawatan di era Islam. Sementara sejarawan keperawatan di Amerika dan Eropa mengidentifikasi Florence Nightingale sebagai pendiri keperawatan modern. Berbagai negara Timur Tengah menghubungkan hal ini dengan sosok Rufaidah, seorang perawat Muslim (Jan, 1996).

Selain itu, Rufaidah Al-Asalmiya juga melatih beberapa kelompok wanita untuk menjadi perawat, dan dalam perang Khaibar mereka meminta izin kepada Rasulullah SAW agar diikutkan di garis belakang pertempuran untuk merawat para mujahid yang terluka. Tugas ini digambarkan dengan mulia oleh Rufaidah, dan merupakan sebuah pengakuan awal untuk pekerjaannya di bidang keperawatan dan medis.

Rufaidah Al-Asalmiya juga terlibat dalam berbagai aktifitas sosial di komunitasnya. Dia memberi perhatian pada setiap muslim, orang miskin, anak yatim, atau yang menderita cacat mental serta juga merawat anak yatim dan memberi bekal pendidikan. Rufaidah dirivayakan sebagai sosok yang mempunyai kepribadian luhur dan empati sehingga memberikan pelayanan keperawatan pada semua pasiennya dengan teliti dan sangat baik. Ia juga digambarkan sebagai pemimpin dan pencetus sekolah keperawatan pertama didunia Islam meskipun hingga saat ini lokasinya tidak dapat dilaporkan. Rufaidah menganjurkan perawatan

pengecahan dan mengakui pentingnya pendidikan kesehatan (Kasule, 2003).

Rufaidah Al-Asalmiya merupakan perawat muslim pertama yang telah hadir di dunia. Sosoknya sudah berperan jauh sebelum Pioneer of Modern Nurse terlahir ke dunia. Semoga sedikit dari kisah ini mampu menambah pengetahuan dan wawasan kita tentang orang yang berjasa dalam pengembangan bidang profesi keperawatan. Di Indonesia sendiri, yang mayoritas penduduknya beragama Islam. Tetapi sangat disayangkan ketika nama Rufaidah masih terasa masih asing jika dibandingkan dengan tokoh-tokoh keperawatan dunia yang berasal dari dunia barat. Namun pada kenyataannya nama Florence Nightingale tidak lebih terkenal dari Rufaidah Binti Sa'ad atau Rufaidah Al-Asalmiya, di kalangan wilayah Negara arab dan timur tengah.

2. FLORENCE NIGHTINGALE

“Teori Lingkungan (*Environmental Theory*)”



Florence Nightingale

(Sumber: https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale)

A. Biografi

Florence Nightingale, pendiri keperawatan modern, dilahirkan pada tanggal 12 Mei 1820 di France, Italia, ketika orangtuanya sedang sedang dalam perjalanan wisata ke Eropa. Dia diberi nama berdasarkan tempat kelahirannya. Florence wafat pada tanggal 13 Agustus 1910 di Mayfair, London, Britania Raya. Keluarga Nightingale adalah keluarga yang terpandang, makmur, terdidik dan keluarga aristokrat Victoria yang tinggal di Derbyshire, London. Florence menyelesaikan pelatihan perawatnya pada tahun 1851 di Kaisarwerth, Jerman. Setelah menyelesaikan pelatihannya, Florence berangkat menuju London dan dia bekerja sebagai seorang pengawas di Hospital For Invalid Gentlewoman di London pada tahun 1853.

Saat terjadi Perang Krimea tahun 1854, Florence menerima permintaan dari Sidney Herbert yang merupakan menteri penerangan Inggris pada saat itu, untuk menjadi sukarelawan perang di Turki guna merawat tentara Inggris yang terluka. Pada saat kedatangan Florence pertama kali di rumah sakit Turki, menunjukkan kondisi yang sangat mengerikan dan mengkhawatirkan. Di dalam Ruangan dipenuhi dengan para prajurit yang mengalami luka-luka dan ratusan prajurit terbaring di halaman tanpa adanya tempat untuk berteduh dan tanpa adanya seorang perawat yang mendampingi. Florence pun melakukan banyak perubahan penting, diawali dengan perbaikan hygiene dan sanitasi. Florence menata ruangan para penderita serta mengusahakan di luar ruangan mampu memiliki tempat bernaung di bawah pohon. Selain itu, Florence juga menugaskan untuk mendirikan tenda, memperbaiki sistem pembuangan limbah dan sirkulasi udara. Perawatan dilakukan dengan teliti, mengganti perban dengan teratur,

memberikan obat tepat pada waktunya, serta membersihkan lantai rumah sakit setiap hari secara rutin, membersihkan kursi dan juga meja, mencuci baju yang telah digunakan. Selanjutnya, pada malam hari Florence berjalan sambil membawa lentera, untuk mencari para prajurit yang masih hidup untuk memberikan pertolongan serta berkeliling bangsal untuk memberikan kenyamanan emosional pada para prajurit, sehingga dia mendapat julukan “the lady of the lamp” London.

Setelah perang, Florence kembali ke Inggris untuk menerima penghargaan dan juga dianugerahi sejumlah dana sebagai pengakuan terhadap hasil kerjanya ini yang kemudian digunakan untuk membangun sekolah-sekolah pelatihan keperawatan London (Aini Nur, 2018).

B. Konsep dan Teori

Pengembangan teori keperawatan era modern Nightingale, sangat dipengaruhi oleh pandangan filosofi mengenai interaksi manusia/klien dengan lingkungannya. Nightingale memandang penyakit sebagai proses pergantian atau perbaikan (reparative process). Upaya memberikan bantuan proses tersebut dapat dilaksanakan dengan melakukan manipulasi dengan lingkungan eksternal. Selain itu, pada dasarnya manusia memiliki kemampuan alamiah dalam proses penyembuhan diri (Suara Mahyar, Dalam Ermawati, Rochimah, Raenah Een, Rusmiyati, 2010).

Florence tidak menampilkan ide-idenya sebagai model atau teori, karena ia belum mengetahui dengan baik cara menjelaskan ide-idenya dengan cara tersebut. Namun demikian, sangat jelas bahwa ide utama dari pendekatannya berkaitan dengan lingkungan sehingga teorinya dikenal dengan “Teori lingkungan”.

Model konsep menetapkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan. Disamping itu, perawat tidak perlu mengetahui seluruh proses penyakit, sehingga model konsep dapat memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran. Pemberian asuhan keperawatan atau tindakan keperawatan lebih berorientasi kepada pemberian udara, lampu, kenyamanan lingkungan, kebersihan, ketenangan, dan nutrisi yang adequate. Hal ini dimulai dengan pengumpulan data yang dibandingkan dengan tindakan pengobatan. Pada akhirnya, teori model konsep bertujuan agar perawat mampu menjalankan praktik keperawatan mandiri tanpa tergantung dengan profesi lain (Huriati, Dardin AKP, 2017).

Menurut Florence, keperawatan berarti memanipulasi faktor-faktor lingkungan, sehingga dapat menyembuhkan pasien dalam bukunya "Notes on nursing". Florence memberikan panduan rinci tentang aktivitas keperawatan. Perawat harus memberikan lingkungan yang bersih, nyaman, dan aman tempat pasien dapat memulihkan diri. Florence mengidentifikasi 5 hal untuk mendapatkan lingkungan yang sehat yaitu udara murni, air murni, drainase yang efisien, kebersihan dan cahaya. Selain memastikan kondisi-kondisi tersebut, perawatan juga harus menjaga agar pasien tetap pada kondisi yang hangat, mempertahankan atmosfer yang bebas dari kebisingan, serta memberikan pola diet seimbang dan makanan bergizi.

Menurut Florence, ada 3 faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan pasien. Namun menurutnya yang terpenting adalah lingkungan fisik.

1). Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik merupakan elemen dasar dari lingkungan pasien dan bisa mempengaruhi aspek lingkungan lainnya. Dalam teorinya Florence menjelaskan

konsep sanitasi (kebersihan), udara segar, ventilasi, pencahayaan, air, tempat tinggal (pemukondokan), kehangatan, ketenangan. Kesehatan bisa dirusak oleh faktor lingkungan seperti kelembaban, tidak bersih, dingin, bau dan gelap. Kebersihan lingkungan secara langsung berhubungan dengan pencegahan penyakit dan angka mortalitas pasien.

2). Lingkungan Psikologis

Florence memahami bahwa ada pengaruh kesehatan psikologis terhadap fisik pasien, meskipun pada saat itu masih sedikit bukti ilmiah yang menjelaskan keterkaitan antara aspek fisik dan psikologis pada manusia. Dia yakin bahwa lingkungan yang tidak sehat bisa menyebabkan stress psikologis dan hal ini bisa berdampak negatif pada emosi pasien.

3). Lingkungan sosial

Pencegahan penyakit berkaitan dengan lingkungan sosial. Karena itu, penting bagi perawat untuk memonitor lingkungan, dalam artian mengumpulkan informasi spesifik yang berhubungan dengan terjadinya penyakit dari komunitas atau lingkungan sosialnya (Aini Nur, 2018).



Gambar 2. Model Florence Nightingale (Zborowsky, T, (2014)

Teori Lingkungan Florence Nightingale mengungkapkan terdapat sepuluh hal utama yang dia yakini merupakan aspek yang diperlukan untuk menjaga kesehatan. Keseimbangan adalah kuncinya, jika salah satu aspeknya tidak seimbang maka pasien dapat menjadi stres. Kehadiran Perawat yang bertugas agar melakukan tindakan yang diperlukan untuk menjaga keseimbangan tersebut (Zborowsky, 2014).

Teori model konsep Florence Nightingale menetapkan lingkungan sebagai tujuan asuhan keperawatan. Selain itu, perawat tidak perlu lagi memahami seluruh proses penyakit, sehingga dapat memisahkan antara profesi keperawatan dengan kedokteran. Lingkungan merupakan salah satu yang dapat mempengaruhi proses perawatan pada pasien sehingga perlu diperhatikan. Oleh karena itu, lingkungan pasien sangat perlu diperhatikan. Nightingale memandang perawat secara luas dengan tidak hanya memandang tugas perawat untuk memberikan obat dan pengobatan, akan tetapi perawat lebih berorientasi pada pemberian udara, lampu, kenyamanan lingkungan, kebersihan, ketenangan dan nutrisi yang baik untuk kesehatan (Nightingale, 1860; Torres, 1986).

Perawat berperan dalam membantu proses penyembuhan penyakit dan bukan untuk menyembuhkan penyakit. Hal ini disebabkan karena peran perawat adalah merawat orang yang sakit, sedangkan dokter adalah orang yang memiliki peran penting untuk membantu proses penyembuhan penyakit. Selain itu, perawat bukan hanya memberikan obat untuk proses menyembuhkan penyakit, melainkan mampu membuat menyembuhkan lingkungan fisik, psikologis, dan sosial pasien.

Menurut Florence Nightingale (modern nursing) falsafah keperawatan dapat dilihat dari penyakit sebagai proses pergantian atau perbaikan reparatif. Adapun proses dan 4 komponen paradigma keperawatan yaitu: manusia, keperawatan, sehat-sakit (kesehatan) dan lingkungan. Model konsep Florence memberikan inspirasi dalam perkembangan praktik keperawatan, paradigma perawat yaitu lingkungan dapat mempengaruhi proses perawatan pada pasien, sehingga kondisi lingkungan sangat perlu diperhatikan (Hidayat, A. Aziz alimul, 2009).

3.VIRGINIA HENDERSON

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



Virginia Henderson

(Sumber: <https://www.kentontimes.com/obits/virginia-lhenderson/>)

A. Biografi

Virginia Henderson dilahirkan 30 November 1897 di Kansas, Missouri, Amerika. Wafat pada tanggal 19 Maret 1996, Connecticut Hospice, Branford, Connecticut, Amerika. Virginia memiliki ketertarikan dengan keperawatan selama Perang Dunia ke-I terjadi. Ia memiliki keinginan mulia untuk

dapat membantu personel militer yang terluka atau sedang sakit. Ia pun belajar ilmu keperawatan di Sekolah Perawat Militer yang terletak di Washington, D.C, pada tahun 1918 dan lulus tahun 1921. Dan pada tahun 1926, ia mendapatkan gelar B.S. dan M.A. dibidang pendidikan perawatan. Sejak tahun 1953, ia pun menjadi asosiet riset di Yale University School of Nursing. Ia memperoleh gelar Honorary Doctoral dari Catholic University of Amerika, Pace University, University of Rochester, University of Western Ontario, dan Yale University. Adapun beberapa buku yang telah ia publikasikan antara lain *The Principles and Practice of Nursing* (1939), *Basic Principles of Nursing Care* (1960) dan *The Nature of Nursing* (1966).

B. Definisi dan Teori Keperawatan Menurut Virginia Henderson

Virginia Henderson memandang pasien sebagai individu yang membutuhkan bantuan dalam mencapai kebebasan dan keutuhan pikiran dan tubuh. Dia menegaskan bahwa praktik yang dilakukan oleh perawat independen dari praktik dokter. Dia juga mengenalkan pemikirannya tentang peran perawat yang dipengaruhi oleh berbagai faktor Karyanya berdasarkan karya (1) Thorndike, seorang psikolog Amerika, (2) pengalamannya di Henry House Visiting Nurse Agency, (3) pengalamannya di keperawatan rehabilitasi, dan (4) konsep Orlando tentang tindakan keperawatan yang terencana (Henderson, 1964; Orlando, 1961).

Henderson menegaskan pentingnya seni dalam keperawatan dan mengenalkan 14 kebutuhan dasar manusia yang menjadi dasar asuhan keperawatan. Kontribusi Peplau meliputi mendefinisikan keperawatan, memperjelas otonomi fungsi keperawatan, menekankan tujuan hubungan

yang saling ketergantungan dengan pasien, dan menciptakan konsep menolong diri sendiri. Konsep menolong diri sendiri yang diciptakan Henderson dipengaruhi oleh karya Abdellah dan Adam (Abdellah, Beland, Martin. & Matheney, 1960; Adam, 1980, 1991). Henderson telah memberikan kontribusi luar biasa kepada profesi keperawatan selama 60 tahun pelayanannya sebagai seorang perawat, pendidik, penulis dan peneliti. Dia yang telah mempublikasikan karya-karyanya secara luas selama kurun waktu tersebut. Henderson menulis tiga buku yang menjadi karya-karya besarnya dalam keperawatan: *Textbook of the 2 Principles and Practice of Nursing* (1955), *Basic Principles of Nursing care* (1960), and *The Nature of Nursing* (1966).

Kontribusi terbesarnya dalam penelitian adalah proyek pengembangan *Nursing Studies Index* yang dilakukan selama 11 tahun atas dukungan Yale, dan hasilnya dipublikasikan dalam empat volume literatur mencakup uraian biografi, analisa serta sejarah keperawatan dari tahun 1990-1959. Pada tahun 1959, divisi pelayanan keperawatan di Asosiasi Perawat Internasional (ICN - the International Council Nurses) meminta Henderson menjelaskan konsepnya tentang keperawatan. Inilah sejarah munculnya definisi keperawatan yang dipublikasikan oleh 10 pada tahun 1961, yaitu saat Henderson menampilliam kesimpulan akhir dari proyek yang dilakukannya selama bertahun-tahun (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

Seorang perawat berperan untuk membantu individu sakit maupun sehat. Dalam melakukan aktivitas yang memengaruhi kebutuhan dan penyembuhan (atau menghadapi kematian yang damai). Individu tersebut mungkin saja tidak membutuhkan bantuan jika dia telah memiliki hal-hal yang dibutuhkan seperti kekuatan diri,

keinginan, atau pengetahuan, dan dengan kondisi ini perawat tetap perlu melakukan upaya-upaya untuk membantu individu meningkatkan kebebasan dirinya secepat mungkin (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

Dalam bukunya "The Nature of Nursing Reflections he 25 Years, Henderson (1991)" memberikan tambahan pada setiap bab buku edisi tahun 1966, dan dengan memberikan perubahan pandangan pendapatnya terkait keperawatan. Henderson mengungkapkan teorinya bahwa kompleksitas dan kualitas pelayanan hanya dibatasi oleh imajinasi dan kompetensi perawat yang menafsirkannya (Henderson 2006), Teorinya telah diterapkan untuk penelitian di bidang khusus donasi organ (Nicely De-Lario 2011) dan menjadi bingkai dalam diskusi tentang kiat keperawatan di era teknologi (Henderson, Timmins, 2013). Karya Henderson dipandang sebagai filosofi keperawatan dalam hal tujuan dan fungsi keperawatan (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

Selanjutnya, definisi keperawatan oleh Henderson digunakan oleh ICN (the International Council Nurses) dan disebarluaskan, definisi Inipun terus digunakan di seluruh dunia. Di dalam Bukunya yang berjudul *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education*, Henderson (1966) memperkenalkan 14 kebutuhan dasar manusia yang merupakan dasar dalam pemberian asuhan keperawatan:

1. Bernapas normal.
2. Mengonsumsi makanan dan minuman yang cukup.
3. Mengeluarkan buangan tubuh.
4. Menggerakkan dan mempertahankan postur tubuh
5. Tidur dan beristirahat.

6. Memilih pakaian yang tepat; memilih antara memakai atau melepas pakaian.

7. Mempertahankan suhu tubuh pada batas normal dengan cara menyesuaikan pakaian dan modifikasi lingkungan.

8. Mempertahankan kebersihan tubuh, berhias dengan pantas, dan melindungi kulit.

9. Mencegah aktivitas yang dapat membahayakan orang lain dan lingkungan

10. Mampu mengkomunikasikan dan mengungkapkan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran, dan pendapat kepada orang lain

11. Beribadah sesuai keyakinan dirinya.

12. Bekerja sehingga merasa berprestasi.

13. Ikut berpartisipasi dalam berbagai kegiatan rekreasi.

14. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mendukung pengembangan diri dan kesehatan yang normal, serta menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

Keempat belas kebutuhan dasar manusia tersebut dapat diklasifikasikan menjadi empat kategori, yaitu komponen kebutuhan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual kebutuhan dasar poin 1-9 termasuk komponen kebutuhan biologis, poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis, poin 11 termasuk kebutuhan spiritual, dan komponen 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis. Selain itu, Henderson juga menyatakan bahwa pikiran dan tubuh manusia tidak dapat dipisahkan satu sama lain (inseparable). Sama halnya dengan klien dan keluarga, mereka merupakan satu kesatuan (unit) (Asmadi, 2008).

Henderson mengidentifikasi tiga tahap hubungan perawat-pasien, yaitu saat perawat berperan sebagai

pengganti, penolong, dan mitra bagi pasien. Melalui proses interpersonal, perawat harus sampai ke 'dalam kulit tiap pasiennya untuk mengetahui bantuan apa yang dibutuhkan. Meskipun Henderson percaya bahwa fungsi perawat dan dokter saling tumpang tindih, dia menegaskan bahwa perawat bekerja saling ketergantungan dengan tenaga kesehatan profesional lainnya dan juga dengan pasien (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

Perawat melaksanakan peran pengganti pada upaya memenuhi kebutuhan pasien diakibatkan oleh berkurangnya kekuatan fisik dan kemampuan pasien di dalam situasi pasien yang gawat. Dalam hal ini perawat berfungsi untuk "melengkapinya". Pasien berada pada fase pemulihan setelah kondisi gawat terlewati. Perawat memiliki peran sebagai penolong yang membantu pasien mendapatkan kemandiriannya. Kemandirian yang bersifat relatif, sebab tak ada manusia yang tidak bergantung pada orang lain. Walaupun demi untuk mewujudkan kesehatan pasien perawat berusaha keras saling bergantung. Perawat dan pasien secara bersama merumuskan rencana perawatan bagi pasien sebagai mitra. Meski mempunyai diagnosis berbeda, setiap pasien pasti memiliki kebutuhan dasar yang harus terpenuhi. Hanya saja, kebutuhan dasar itu dimodifikasi berdasarkan kondisi patologis serta faktor lainnya, seperti usia, tabiat, kondisi emosional, status sosial atau budaya, serta kekuatan fisik dan intelektual.

Henderson berasumsi bahwa perawat tidak boleh selalu tunduk mengikuti perintah dokter pada kaitan hubungan perawat dan dokter. Filosofi yang memperbolehkan seorang dokter memberi instruksi kepada pasien atau tenaga kesehatan yang lainnya menjadi pertanyaan tersendiri oleh Henderson. Merupakan tugas

perawat membantu pasien dalam melakukan manajemen kesehatan ketika dokter tidak ada. Agar dapat memenuhi rencana pengobatan yang juga dilaksanakan oleh dokter maka rencana perawatan yang dirumuskan oleh perawat dan pasien harus dapat berjalan sedemikian rupa (Asmadi, 2008).

C. Konsep Utama Teori Henderson

Konsep utama dari teori Henderson yaitu; manusia, keperawatan, kesehatan, dan lingkungan.

1) Manusia

Menurut Henderson, kebutuhan dasar manusia terdiri atas 14 komponen yang merupakan komponen penanganan perawatan dan Henderson memandang manusia sebagai individu yang butuh bantuan untuk memperoleh kesehatan, kebebasan, kematian yang damai dan meraih kemandirian.

2). Keperawatan

Perawat memiliki fungsi unik dalam membantu individu, baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Sebagai anggota dari tim kesehatan, perawat memiliki fungsi independen di dalam penanganan perawatan berdasarkan pada 14 kebutuhan manusia. Perawat harus memiliki pengetahuan biologis maupun sosial, untuk menjalankan fungsinya.

3). Kesehatan

Sehat ialah kualitas hidup yang mendasari seseorang dapat berfungsi pada kemanusiaan. Mengobati penyakit tidak lebih penting daripada memperoleh status kesehatan. Diperlukan kemandirian dan saling ketergantungan, untuk mencapai kondisi sehat. Bila memiliki kekuatan, kehendak,

serta pengetahuan yang cukup maka Individu akan meraih atau mempertahankan kesehatan.

4). Lingkungan

Beberapa hal yang perlu menjadi perhatian terkait pada aspek lingkungan.

a) Kondisi sakit akan menghambat kemampuan individu untuk mengontrol lingkungan mereka.

b) Perawat seharusnya mampu memberikan perlindungan cedera ekanis pada pasien

c) Perawat harus mempunyai pengetahuan keamanan lingkungan yang baik.

d) Dokter mempergunakan hasil observasi dan penilaian perawat, yang menjadi dasar dalam menuliskan resep.

e) Saran-saran perawat tentang kontruksi bangunan dan pemeliharannya dapat meminimalkan peluang terjadinya luka pada pasien.

f) Perawat harus tahu tentang kebiasaan sosial dan praktik keagamaan dalam memperkirakan adanya bahaya (Asmadi, 2008).

D. Aplikasi Teori Henderson dalam Proses Keperawatan

Pada kaitannya dengan praktik keperawatan, jika melihat defenisi ilmu keperawatan Henderson bahwa pemberi asuhan keperawatan langsung pada pasien merupakan tugas utama perawat. Manfaat dari asuhan keperawatan ini nampak dari kemajuan dari kondisi pasien, yang pada awalnya bergantung pada orang lain hingga akhirnya menjadi mandiri. Perawat dapat membantu pasien dalam hal ini dengan mengkaji, merencanakan,

mengimplementasikan, serta mengevaluasi 14 komponen penanganan perawatan dasar (Asmadi, 2008).

Di tahap pengkajian, menggunakan dasar 14 komponen perawat menilai kebutuhan dasar pasien. Saat mengumpulkan data perawat mempergunakan metode observasi, indera penciuman, peraba, dan pendengaran. Bila telah terkumpul, maka perawat menganalisis data dan melakukan perbandingan dengan pengetahuan dasar tentang sehat-sakit. Hasil analisisnya sangat menentukan munculnya diagnosis keperawatan.

Pengenalan akan kemampuan individu untuk memenuhi kebutuhannya dengan atau tanpa mempergunakan bantuan, serta juga mempertimbangkan kekuatan atau pengetahuan yang individu telah miliki maka dibuat diagnosis keperawatan. .

Pada perencanaan, mencakup aktivitas penyusunan rencana kebutuhan yang disesuaikan pada kebutuhan individu, termasuk rencana perbaikan apabila didapatkan ada perubahan, serta dokumentasi bagaimana upaya perawat dalam membantu individu di saat kondisi sehat atau sakit.

Tahap implementasi, berdasarkan pada rencana perawatan untuk membantu individu memenuhi kebutuhan dasar, berguna memelihara kesehatan individu, pemulihan dari kondisi sakit, atau bantuan untuk meninggal dalam damai. Intervensi perawat bersifat individual, mempertimbangkan prinsip fisiologis, usia, latar belakang budaya, keseimbangan emosional, kemampuan intelektual dan fisik individu.

Akhirnya perawat melakukan evaluasi pencapaian kriteria yang diharapkan dengan melakukan penilaian

terhadap kemandirian pasien dalam melakukan berbagai aktivitas pada kehidupan sehari-hari sehari-hari (Asmadi, 2008).

4. ERNESTINE WIEDENBACH

“Teori Seni Membantu Keperawatan Klinis”

(The Helping Art of Clinical Nursing)



Ernestine Wiedenbach

(Sumber: <https://alchetron.com/Ernestine-Wiedenbach>)

A. Biografi

Ernestine Wiedenbach merupakan pimpinan yang terkenal dengan pengembangan teori dan perawatan maternal bayi. Ernestine bersama bersama Dicroff dan Yakobus menulis artikel teori klasik, artikel yang berisi mengenai suatu disiplin praktik yang digunakan ketika mempelajari teori evolusi keperawatan. Ernestine lahir pada tanggal 18 Agustus 1900 di Hamburg, Jerman. Wafat pada tanggal 8 Maret 1998 di Florida, Amerika Serikat

Memiliki latar belakang keluarga yang makmur. Saat masih muda, keluarga Ernestine berimigrasi dari Jerman. Ernestine memiliki ketertarikan mempelajari ilmu keperawatan saat melihat neneknya yang sedang menjalankan perawatan. Ernestine juga gemar mendengarkan cerita berupa pengalaman dari saudara perempuan temannya yang merupakan seorang mahasiswi kedokteran mengenai berbagai pengalamannya di rumah

sakit. Ernestine kagum dengan peran seorang perawat setelah memperoleh gelar sarjana muda pada bidang budaya liberal dan lulus dari Wellesley Collage tahun 1922, Ernestine kemudian mendaftarkan di sekolah keperawatan agar tidak mengecewakan kedua orang tuanya (I Gusti Ayu, 2017).

Pada awalnya, Ernestine masuk di Post-Graduate Hospital School of Nursing. Akan tetapi, setelah diadakanya pertemuan dengan administrasi sekolah dan ia menjadi pembicara untuk menyampaikan keluhan sekelompok murid maka akhirnya ia dikeluarkan. Namun atas bantuan Adelaide Nutting yang merupakan lulusan Johns Hopkins yang menghubungi Direktur Johns Hopkins School of Nursing, Elsie Lawler, maka Ernestine diizinkan lagi untuk melanjutkan pendidikan perawatnya. Ernestine akhirnya berhutang budi pada Nutting dan berjanji untuk tidak lagi melakukan organisir atau mendorong kesalahpahaman diantara para murid Hopkins.

Ernestine menaati semua peraturan perawat termasuk memotong pendek rambutnya. Hal ini disebabkan pada satu saja rambutnya, maka Ernestine akan dikeluarkan dari sekolah. Pada tahun 1925, Ernestine lulus dari Johns Hopkins dan mendapatkan tawaran sebagai pengamat. Ia bekerja pada Johns Hopkins dan kemudian di Bellevue di kota New York. Selanjutnya, Ernestine melanjutkan pendidikan untuk mendapatkan gelar sarjana tinggi di Teacher Collage, Columbia University dengan mengikuti kelas malam. Pada tahun 1934, ia berhasil memperoleh sertifikat perawatan kesehatan masyarakat. Kemudian, Ernestine meninggalkan bekerja di rumah sakit dan bergabung di Henry Street Settlement. Ia bekerja sebagai perawat kesehatan masyarakat yang tergabung dalam

asosiasi untuk meningkatkan kondisi pada orang-orang lemah (Association for Improving Conditions of The Poor AICP).

Ernestine berhenti dari klinik perawatan, kemudian bekerja sebagai penulis profesional dengan The Nursing Information Bureau (NIB) untuk The American Journal of Nursing. Ernestine dihubungi oleh banyak profesional penting karena kemampuan menulisnya. Kemudian setelah terjadi pengeboman Pearl Harbor, Ernestine bekerja untuk NIB dalam menyiapkan perawat-perawat yang akan memasuki Perang Dunia II. Namun, penyakit jantung yang diderita oleh Ernestine menyebabkan ia tidak mampu melanjutkan tugasnya pada saat perang. Setelah perang usai, Ernestine meminta untuk kembali merawat para pasien.

Hazel Corbin yang merupakan Direktur The Maternity Center Association of New York membujuknya untuk mendaftar pada sekolah bidan di usia 45 tahun. Setelah lulus, Ernestine mengikuti pelatihan sebagai bidan di Maternity Center Association serta mengikuti pelajaran sore bidang perawatan maternitas di Teachers Collage. Bagian terfavorit Ernestine selama mengikuti pelatihan bidan adalah memberikan pertolongan melahirkan di rumah pasien.

Tahun 1952, ia memperoleh penetapan menjadi direktur program kelulusan pada Yale University School of Nursing bidang perawatan kesehatan maternal bayi baru lahir yang dimulai pada tahun 1956. Namun, Ernestine tidak menerima posisi tersebut karena memiliki tujuan untuk menetapkan suatu program perawat kebidanan. Bagaimanapun, ia telah berusaha melakukan lobi untuk

masuk kebidanan ketika Yale memulai program kelulusannya.

Pada tahun 1958, Ernestine menulis sebuah keperawatan klasik, *Family-Centered Maternity Nursing*, yang berisi mengenai perawatan pada kandungan. Ernestine bersama Ida Orlando di Yale dan berkerjasama dengan Patricia James dan William Dickoff mengajar mengenai perawatan dan filosofi. Contoh dari ilmu perawatan klinis Ernestine Wiedenbach telah mengalami perkembangan berdasarkan pada pengetahuannya selama bertahun-tahun di aturan klinis dan ajarannya sebagai sebuah hubungan profesionalnya.

Menurut Ernestine, ada empat elemen atau unsur dalam melaksanakan perawatan klinis, yaitu: filosofi, tujuan atau maksud, pelatihan, dan seni. Ernestine Wiedenbach juga telah menerbitkan banyak artikel dan buku. Adapun beberapa diantaranya yaitu:

- a. Wiedenbach, E (1958). *Family-Centered maternity nursing*, New York: G.P. Putnam's Sons.
- b. Wiedenbach, E (1964). *Clinical Nursing: A helping Art*. New York: Spinger.

Tahun 1966, Ernestine Wiedenbach mengundurkan diri dan tidak pernah menikah serta meninggal pada tanggal 8 maret 1998 di usia 97 tahun (Currentnursing, 2012).

B. Pengertian Teori Ernestine Wiedenbach

Ernestine Wiedenbach merupakan perawat kebidanan (nurse midwifery) yang memiliki keterterikan terhadap keperawatan maternitas yang berfokus pada keluarga (*Family-Centered Maternity Nursing*, berdasarkan teori Dr.

Grantley Dick Read). Ernestine Wiedenbach pernah bekerja pada suatu proyek yang mempersiapkan persalinan. Berdasarkan pengalaman dan observasi dalam praktik, Wiedenbach mengembangkan teorinya secara induktif. Konsep teori Wiedenbach bukan merupakan hasil penelitian. Akan tetapi, hasil pemikiran yang ia dituangkan dalam bukunya. Teori Ernestine Widenbach dikenal sebagai *“The Need For Help”*.

Teori ini melihat segala aspek yang terdapat dalam ruang lingkup asuhan keperawatan baik dari aspek pasien, perawat dan lingkungan sosial yang berada di sekitar pelayanan kesehatan yang diberikan. Dengan penggunaan teori ini diharapkan dapat melihat keseluruhan dari aspek-aspek yang terkait dapat menyelesaikan permasalahan yang terjadi pada pasien terutama dalam keadaan emergensi dengan cepat dan tepat yaitu dengan mengidentifikasi bantuan segera apa yang dibutuhkan oleh pasien (kegawatdaruratan), perawat dapat menggunakan sumber dukungan pasien untuk memenuhi kebutuhannya dan menilai apakah bantuan yang diberikan benar-benar dibutuhkan oleh pasien (Alligood, 2014).

C. Model Konseptual Teori Ernestine Wiedenbach

1) Elemen-Elemen Model Konseptual

Model konseptual Wiedenbach membantu mengidentifikasi kebutuhan terhadap keyakinan kepercayaan pada nurse midwife dan kepercayaan rekan. Berikut ini komponen model konseptual Wiedenbach yang diketahui sebagai lima elemen dalam the Realistic of Nursing (I Gusti Ayu, 2017) yaitu:

1.The Agents

Wiedenbach mengidentifikasi empat elemen dalam praktik klinik perawat. Adapun empat elemen “clinical

nursing” yaitu Filosofi tujuan, praktik dan art (seni) sebagai berikut penjelasannya :

a) Filosofi

Berikut ini adalah 3 poin dasar filosofi keperawatan:

(1) Menghargai kehidupan yang diberikan

(2) Menghargai merupakan sebuah kehormatan, suatu yang berharga, otonomi dan individualisme pada semua orang

(3) Resolusi dalam menerapkan dinamisasi terhadap orang lain filosofi yang dikemukakan yaitu mengembangkan mengenai kebutuhan ibu dan bayi serta kebutuhan untuk persiapan menjadi orang tua (I Gusti Ayu, 2017).

b) Tujuan

Tujuan yang dimaksud adalah apa yang ingin perawat capai melalui apa yang dilakukan-keseluruhan tujuan untuk praktik profesional, termasuk keseluruhan kegiatan yang berdampak baik pada pasien (I Gusti Ayu, 2017).

c) Praktik

Mengobservasi aksi keperawatan termasuk disiplin dalam pemikiran dan perasaan melalui pertemuan bantuan yang dibutuhkan pasien. Aksi ini adalah tujuan secara langsung dan berpusat pada pasien (I Gusti Ayu, 2017).

d) *Art*

Art pada keperawatan klinik terdiri dari:

(1) Pemahaman perawat pada kondisi, situasi dan kebutuhan pasien.

(2) Tujuan internal perawat dan aksi eksternal untuk meningkatkan kemampuan pasien melalui perawatan yang sesuai.

(3) Aktivitas perawat secara langsung memperbaiki kondisi pasien melalui penggunaan *artfull* pada perencanaan perawatan medis.

(4) Intervensi perawat bertujuan mencegah kekambuhan dan membangun *new concern* (I Gusti Ayu, 2017).

Contoh kasus: Bidan A memberikan konseling kepada wanita yang baru saja menjadi seorang ibu setelah proses persalin yang dialaminya berjalan dengan lancar. Bidan A memberikan informasi mengenai apa saja yang harus atau perlu dilakukan selama merawat bayinya. Bidan A juga memberikan informasi mengenai apa saja yang dibutuhkan bayi selama masa perkembangan agar tumbuh menjadi anak yang cerdas atau menjadi anak yang sesuai dengan harapan orang tua.

1) *The Recipient* (wanita, keluarga dan komunitas)

Individu diberikan intervensi oleh perawat sesuai dengan situasi dan kebutuhan masing-masing. Recipient terdiri dari: wanita, keluarga, dan masyarakat. Menurut masyarakat tertentu, perempuan menurut tidak mampu memenuhi kebutuhannya. Wiedenbach berpendapat bahwa recipient merupakan individu yang memiliki kompetensi dan mampu melakukan segalanya sendiri dan dapat memastikan jika need-for-help telah menjadi pengalaman. Perawat hanya memberi pertolongan jika individu tersebut mengalami kesulitan untuk pemenuhan kebutuhannya sendiri (I Gusti Ayu, 2017).

Contoh kasus: bidan B memberikan informasi mengenai cara memandikan bayi dengan benar, cara memberikan pola tidur dan menidurkan bayi dengan benar pada nyonya B beberapa hari setelah bersalin. Hal tersebut

bertujuan ibu dapat melakukan semuanya sendiri tanpa bantuan bidan secara terus-menerus.

2) *The Goal*

Proses keperawatan bertujuan untuk membantu individu yang membutuhkan pertolongan. Konsep Wiedenbach merupakan tujuan akhir dari perawatan dimana ukuran maupun tindakan yang dibutuhkan diharapkan seseorang. Selain itu, memiliki potensi baik untuk mengubah maupun memperpanjang kemampuan individu untuk mengatasi keterbatasan. Wiedenbach mendefinisikan *need-for-help* ialah pengukuran atau tindakan yang diperlukan dan diharapkan individu dan yang memiliki potensi untuk memulihkan atau memperluas kemampuannya untuk mengatasi implisit dalam situasi.

Kebutuhan setiap individu perlu diketahui sebelum menetapkan goal. Kita dapat memperkirakan goal yang akan dicapai dengan mempertimbangkan tingkah laku fisik, emosional atau psikologis yang berbeda dari kebutuhan yang biasanya disesuaikan dengan kebutuhan setiap individu, jika kebutuhan telah diketahui. Mengidentifikasi kebutuhan pasien dapat dilakukan oleh bidan/perawat menggunakan mata, telinga, tangan, serta pikirannya (I Gusti Ayu, 2017).

3) *The Means*

Maksud atau arti pada pencapaian tujuan perawatan kebidanan diekspresikan dalam praktik terdiri dari empat fase:

Identifikasi pengalaman *need-for-help* pasien.

a) *Ministration*, yaitu memberi dukungan untuk mencari pertolongan yang dibutuhkan.

b) *Validation*, mengecek apakah bantuan yang diberikan merupakan bantuan yang dibutuhkan.

c) *Coordination*, melakukan koordinasi dengan sumber yang dibutuhkan dalam upaya pemenuhan kebutuhan pasien. Model Wiedenbach mengidentifikasi kebutuhan dari *nurse midwife* akan pengetahuan, penilaian dan keterampilan yang dapat dicapai:

(1) Pengetahuan meliputi segala sesuatu yang telah dipahami. Pengetahuan dapat berupa fakta, spekulatif atau praktik dan menyediakan sumber.

(2) Penilaian meliputi kemampuan perawat dalam membuat keputusan.

(3) Keterampilan menunjukkan kemampuan perawat dalam mencapai keberhasilan hasil (I Gusti Ayu, 2017).

4) *The Framework*

Yaitu kerangka kerja yang terdiri dari lingkungan sosial, organisasi dan profesional. Tujuan Wiedenbach di dalam teorinya adalah untuk mengidentifikasi bantuan yang dibutuhkan pasien melalui tahapan berikut:

a) Mengobservasi perilaku yang konsisten atau tidak konsisten terhadap kenyamanan pasien.

b) Mengeksplorasi maksud atau arti dari perilaku pasien.

c) Memastikan penyebab ketidaknyamanan atau ketidakmampuan pasien.

d) Menentukan apakah pasien dapat mengatasi masalahnya sendiri atau membutuhkan bantuan (I Gusti Ayu, 2017).

D. Tahap-tahap untuk Mencapai Tujuan Asuhan Keperawatan Melalui Teori Ernestine Wiedenbach

Tujuan Wiedenbach adalah untuk mengidentifikasi bantuan yang dibutuhkan pasien melalui tahapan berikut:

1) Mengobservasi perilaku yang konsisten atau tidak konsisten terhadap kenyamanan pasien.

2) Mengeksplorasi maksud/arti dari perilaku pasien.

3) Memastikan penyebab ketidaknyamanan atau ketidakmampuan pasien.

4) Menentukan apakah pasien dapat mengatasi masalahnya sendiri atau membutuhkan bantuan.

E. Aplikasi Teori Ernestine Wiedenbach Dalam Keperawatan

Aplikasi teori Ernestine Wiedenbach paling sesuai digunakan untuk kasus kegawatdaruratan maternal yang membutuhkan penanganan segera dengan cepat dan tepat. Tenaga kesehatan khususnya keperawatan harus memiliki potensi dan kompetensi yang memadai untuk mengatasi permasalahan yang muncul, dengan melihat aspek dari perawat dan respon dari klien teori Wiendenbach dianggap mewakili untuk menyelesaikan kasus perdarahan ini. Teori Wiendenbach merupakan teori yang terdiri dari lima (5) konsep dari realitas keperawatan, yaitu:

- 1) Agen : Bidan / perawat.
- 2) Penerima : Wanita, keluarga dan masyarakat.
- 3) Tujuan/*Goal* : tujuan dan pelayanan.
- 4) Alat : metode untuk mencapai tujuan.
- 5) Kerangka : sosial dan lingkungan organisasi dan profesional

Penggunaan teori ini melihat segala aspek yang terdapat dalam ruang lingkup asuhan keperawatan baik dari aspek pasien, perawat dan lingkungan sosial yang berada di sekitar pelayanan kesehatan yang diberikan. Dengan

penggunaan teori ini diharapkan dapat melihat keseluruhan dari aspek-aspek yang terkait dapat menyelesaikan permasalahan yang terjadi pada pasien terutama dalam keadaan emergensi dengan cepat dan tepat yaitu dengan mengidentifikasi bantuan segera apa yang dibutuhkan oleh pasien (kegawatdaruratan), perawat dapat menggunakan sumber dukungan pasien untuk memenuhi kebutuhannya dan menilai apakah bantuan yang diberikan benar-bener dibutuhkan oleh pasien (I Gusti Ayu, 2017).

5. LIDYA ELOISE HALL

“Teori Care, Core dan Cure (Care, Cure, Core Nursing Theory)”



Lidya E. hall

(Sumber:<https://nurseslabs.com/lydia-e-halls-care-cure-core-theory>)

A. Biografi

Lidya E. hall dilahirkan pada tanggal 21 September 1906 di kota Newyork dan wafat pada tanggal 27 Februari 1969.

Tiga teori lingkaran keperawatan diperkenalkan oleh Lidya E. Hall yakni:

1) Lingkaran Kepedulian (*care*)

Perawat yang profesional akan menyiapkan berbagai kebutuhan pasien. Ketika kepedulian (*care*) berfungsi, maka perawat mengimplementasikan pengetahuan alami dan biologi yang mendasari kuatnya ilmu keperawatan. Suasana yang nyaman pada diri pasien seharusnya diciptakan perawat, hingga pasien dapat menganggap perawat dapat menghibur dan menghadirkan rasa nyaman.

2) Lingkaran Inti (*core*)

Perawat dapat membantu pasien untuk mengungkapkan perasaan atau penyakit yang dialaminya pada pelaksanaan hubungannya. Intinya dalam hal ini bahwa perawat harus mempunyai keedulian dalam upaya penyembuhan pasiennya. Perawat yang profesional dengan mempergunakan tehnik berhubungan atau strategi berhadapan langsung dengan pasien yang berguna untuk melihat status kesehatan pada masa sekarang dan masa yang akan datang.

3) Lingkaran Keperawatan (*cure*)

Kepedulian perawat terhadap pasiennya yang didasarkan pada ilmu pengetahuan dan cara pengobatan penyakit, sehingga tidak hanya perduli, berhadapan langsung dengan pasien, tetapi juga cara merawat pasiennya. Perawat yang profesional ialah perawat yang mampu membantu pasien agar sembuh dengan cepat sehingga dapat membuat ringan beban dari keluarga.

Proses keperawatan yang diperkenalkan meliputi hubungan antarmanusia, kesehatan, bersosialisasi dengan lingkungan dan keperawatan. Untuk lebih jelasnya pada

keempat konsep utama yang sesuai dengan Teori Lidya E. Hall seperti ini:

1) Manusia atau seseorang yang telah berumur 16 tahun atau lebih yang menderita suatu penyakit dan membutuhkan bantuan atau proses keperawatan yang lebih. Individu seperti ini memerlukan motivasi dari keluarganya agar dapat sembuh dengan cepat.

2) Optimalnya kesehatan dapat terlihat dari perilaku manusia itu sendiri.

3) Terciptanya kondisi kesehatan yang merata dan menyeluruh, akibat dari konsep lingkungan masyarakat yang diperhadapkan dengan hubungan individu.

4) Proses keperawatan berkaitan dengan kepedulian yang merupakan inti dari keperawatan. Tujuannya ialah mencapai suatu hubungan antara individu dengan individu lain atau antara perawat dengan pasiennya.

B. Proses Keperawatan Menurut Lidya E. hall

Lidya E. Hall melakukan motivasi pada pasiennya demi proses penyembuhan. Aspek ini mencakup pada 5 tahapan dalam proses keperawatan yakni:

1) Penilaian

Meliputi status kesehatan individu atau pasien. Menurut teori Lidya E. Hall proses pengumpulan data diperuntukkan demi kepentingan kebutuhan kesehatan pasien jika dibandingkan dengan kepentingan perawat. Pengumpulan data harus diarahkan pada peningkatan kesehatan individu.

2) Diagnosis / diagnosa

Pada tahap ini perawat mengamati penyakit pasien hingga dapat mengetahui penyakit yang dideritanya.

Sehingga dalam proses penyembuhannya akan lebih mudah dan cepat.

3) Perencanaan

Diri pasien dilibatkan sebagai prioritas utama. Membantu pasien menjadi sadar dan mengerti akan pentingnya sebuah kesehatan bagi kehidupannya merupakan peran perawat. Membantu pasien menjadi lebih mengerti dengan kebutuhan, perasaan dan motivasi menjadi inti dari perencanaan. Dalam upaya mencapai kesembuhan dengan pengobatan medis, perawat melakukan kerja sama dengan pasien.

4) Implementasi

Rencana kerja yang nyata memerlukan keterlibatan. Tahap ini merupakan tahap pemberian pelayanan yang nyata antara perawat dengan pasien yang mencakup memandikan pasien, membalut luka, memberi makan, memberikan kebutuhan kenyamanan dan lain- sebagainya. Perawat juga membantu pasien dan keluarganya untuk memahami dan menerapkan rencana medis dalam mencapai kesembuhan.

5) Evaluasi.

Ialah suatu proses untuk menilai kemajuan kondisi kesehatan dari pasien. Tahap ini diarahkan melihat hasil dari proses perawatan, kecenderungan pada berhasil atau tidaknya pasien dalam pencapaian status kesehatan atau kesembuhan.

C. Aplikasi dan Pembatasan Teori

Teori keperawatan Lidy E. Hall terdapat area yang membatasi penerapan dan cara perawat melakukan kepedulian pada pasien berupa:

1) Langkah suatu penyakit.

2) Dalam proses penyembuhannya, pasien memerlukan perhatian yang lebih dari perawat.

3) Masalah terkait umur.

4) Faktor pembatasan adalah sebuah uraian bagaimana cara membantu seseorang kearah yang lebih mengerti perihal kesehatan. Keluarga juga berada didalam lingkaran perawatan (*care, core, cure*).

Akhirnya, Teori Hall hanya diperuntukkan pada individu atau seseorang yang sedang sakit. Ini tidak akan menunjukkan bahwa keperawatan berkaitan langsung dengan kondisi kesehatan individu, keluarga dan masyarakat serta menghilangkan konsep tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan untuk pencegahan suatu penyakit. Seorang pasien terbentuk oleh bagian-bagian yang saling tumpang-tindih, yakni: manusia (inti), status patologis dan pengobatan (penyembuhan) dan tubuh perawatan. Perawat berposisi sebagai pemberi perawatan (Care giver).

6. HILDEGARD PEPLAU

“Teori Hubungan Interpersonal (*Theory of Interpersonal Relations*)”



Hildegard Peplau

(Sumber: <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/>)

A. Biografi

Peplau dilahirkan tanggal 1 September 1909 di Reading, Pennsylvania. Wafat pada tanggal 17 Maret 1999 di Sherman Oaks, Los Angeles, California, Amerika. Menyelesaikan pendidikannya yaitu Diploma Keperawatan di kampus Pottstown, Pennsylvania tahun 1931. Kemudian menyelesaikan gelar BA di Bennington College bidang interpersonal Psychology tahun 1943. Di pusat jiwa swasta ia pun belajar masalah psikologis bersama dengan Erich Fromm Frieda Fromm-Reichmann dan Harry Stack Sullivan. Sebagian besar pekerjaan seumur hidup Peplau difokuskan pada pengembangan pada teori interpersonal yang dipergunakan Sullivan dalam melaksanakan praktik keperawatan. Selanjutnya menyelesaikan magister MA konsentrasi keperawatan jiwa tahun 1947 hingga kemudian tahun 1953 menyelesaikan pendidikan doktoral dengan konsentrasi Pendidikan dengan konsentrasi pengembangan kurikulum.

Pada Teachers College, Columbia University Peplau meraih gelar master dan doktora. Memiliki lisensi dalam psikoanalisis di William Alanson Institute of New York City. Di awal 1950-an, Peplau berkembang dan mengajarkan kelas pertama untuk lulusan kejiwaan mahasiswa keperawatan di Teachers College. Peplau juga anggota fakultas dari College of Nursing di Rutgers University dari tahun 1954 hingga tahun 1974 dan mendirikan program pertama tingkat pascasarjana yang mempersiapkan spesialis klinis di bidang keperawatan jiwa.

Pasca perang, Peplau bekerja di tengah lingkungan yang mayoritas laki-laki. Sama seperti mereka yang juga bekerja dengan tujuan untuk mengembalikan sistem kesehatan mental di Amerika Serikat dengan menggunakan

bagian dari Undang-Undang Kesehatan Mental Nasional tahun 1946.

Berbagai prestasi beliau torehkan melalui kegiatan menulis, pidato, dan lokakarya pelatihan klinisnya. Peplau memiliki gairah yang kuat untuk mengaplikasikan bahwa perawat seharusnya menjadi lebih dalam aspek pengetahuan hingga perawat dapat memberikan perawatan yang komprehensif bagi pasien daripada perawatan kustodian yang umum di rumah sakit jiwa pada masa itu. Pada tahun 1950 hingga 1960-an, ia membuat lokakarya pada musim panas untuk perawat di seluruh Amerika Serikat, terutama di wilayah yang memiliki rumah sakit jiwa. Pada lokakarya itu, ia mengajarkan konsep interpersonal dan teknik mewawancarai pasien dan keluarga, serta terapi kelompok individu.

Peplau sendiri telah mempunyai rekam jejak pekerjaan dalam bidang keperawatan baik itu di instansi pemerintah maupun milik swasta, selama 2 tahun mengabdikan diri di Kemiliteran Amerika Serikat serta penelitian bidang keperawatan, dan memanfaatkan sebagian waktu untuk mengabdikan diri di keperawatan jiwa swasta. Profesor Emeritus di Universitas Rutgers dan menjadi pendidik pada bidang keperawatan jiwa selama beberapa tahun.

Peplau merupakan salah seorang penasehat di Organisasi Kesehatan Dunia serta menjadi dosen tamu di beberapa universitas negara Afrika, Amerika Serikat, Amerika Latin dan Belgia. Sosok pengacara yang kuat untuk bidang pendidikan pascasarjana dan berbagai penelitian di bidang keperawatan, ia pun menjabat sebagai konsultan bedah umum di Angkatan Udara Amerika Serikat dan institut kesehatan jiwa nasional. Banyak berpartisipasi dalam berbagai kelompok penyusunan kebijakan

pemerintah. Menjabat sebagai presiden American Nurses Association pada tahun 1970-1972 dan wakil presiden kedua di tahun 1972-1974. Menjabat sebagai profesor tamu di University of Leuven di Belgia pada tahun 1975 dan 1976 setelah pensiun dari Rutgers. Dia kemudian meninggal pada saat tidur di rumahnya di Sherman Oaks, California.

“Hubungan interpersonal dalam keperawatan” merupakan buku yang dipublikasikan oleh Hildegard Peplau pada tahun 1952. Selain buku, beliau juga menuliskan banyak artikel dalam majalah profesional seperti konsep interpersonal hingga sampai berita terbaru mengenai keperawatan. “prinsip dasar bagi konseling keperawatan” merupakan pamflet yang ia tulis berdasarkan hasil dari penelitian maupun lokakarya.

Pengalaman Peplau mengenai organisasi telah banyak menorehkan prestasi, seperti pada WHO, kesatuan keperawatan serta lembaga nasional kesehatan jiwa. Beliau merupakan seorang mantan direktur eksekutif serta anggota akademi keperawatan Amerika dan presiden persatuan Perawat Amerika. Peplau bekerja sebagai seorang konsultan keperawatan di berbagai negara asing dan bekerja pada bagian bedah umum di angkatan udara Amerika Serikat. Walau telah pensiun di tahun 1974 namun masih aktif dalam bidang keperawatan.

Hildegard Peplau mempublikasikan buku dengan topik hubungan antar-pribadi (interpersonal) pada keperawatan, buku tersebut berhubungan dengan “teori parsial untuk praktek keperawatan” beliau menceritakan tahapan-tahapan proses melakukan hubungan antar-pribadi, peran di dalam

pekerjaan keperawatan, dan berbagai metode mempelajari keperawatan sebagai suatu proses interpersonal.

B. Konsep Utama Peplau

Teori yang dikembangkan Hildegard E Peplau ialah keperawatan psikodinamik (psychodynamic Nursing). Model hubungan interpersonal yang bersifat terapeutik (significant therapeutic interpersonal process mempengaruhi teori ini. Dia mendefinisikan teori keperawatan psikodinamiknya sebagai;” Perawat psikodinamik ialah kemampuan untuk memahami perilaku seseorang untuk membantu mengidentifikasi keluhan-keluhan yang dirasakan dan untuk menerapkan prinsip-prinsip kemanusiaan yang berkaitan dengan masalah-masalah yang muncul dari semua hal atau kejadian yang telah di alami” (Manuntung, 2018).

Menurut peplau tahun 1952, keperawatan merupakan suatu usaha pendewasaan yang disadari saat kepribadian berkembang melalui proses pendidikan, terapeutik, interpersonal (Abdul haris, 2016). Walaupun Peplau bersentuhan langsung dengan masyarakat atau lingkungan, beliau tidak mengajurkan perawat untuk melakukan pertimbangan pada aspek budaya dan adat istiadat ketika pasien melakukan adaptasi dengan lingkungan rumah sakit.

C. Model Teori Peplau

Model Peplau sudah teruji bermanfaat pada teori perawat dalam pengembangan intervensi keperawatan. Untuk menggambarkan peran karakter dinamis khas dalam

melakukan perawatan klinis maka terdapat tujuh Peran Keperawatan Menurut Peplau, yakni:

1) Peran Asing

Menyambut pasien sama seperti bertemu dengan orang asing dalam situasi kehidupan yang lainnya, memberikan kesan kepercayaan kepada pasien hingga pasien merasa diperhatikan

2) Peran Sumber

Jawaban pertanyaan, menjelaskan proses pengobatan klinis yang dijalani pasien klinis, ketepatan pemberian informasi.

3) Peran Pengajaran

Menginstruksikan dengan benar dan mengajarkan kembali, yang melibatkan analisis serta sintesis dari seluruh pengalaman peserta didik.

4) Peran Konseling

Memfasilitasi klien dalam memahami dan mengkoneksikan makna dari keadaan hidup pada saat ini, memfasilitasi motivasi dan dorongan menuju ke arah perubahan.

5) Peran Pengganti

Membantu pasien dalam memperjelas domain ketergantungan, saling ketergantungan, dan kemandirian serta melakukan tindakan sebagai advokat atas nama pasien.

6) Kepemimpinan Aktif

Membantu pasien dalam memikul tanggung jawab secara maksimal sebagai upaya memenuhi tujuan terapi dengan cara yang saling memuaskan

7) Teknis Peran Ahli

Melakukan perawatan dalam aspek fisik dan memperlihatkan skill atau keterampilan klinis atau mengoperasikan peralatan (Potter, patricia, 2011).

D. Tahap Perkembangan Peplau dengan Hubungan antar Perawat dan Pasien

Model konsep dan juga teori keperawatan yang telah dijabarkan oleh Peplau menjelaskan mengenai kemampuan untuk menguasai diri sendiri dan orang lain yang memanfaatkan dasar hubungan antar manusia yang terdiri dari 4 item penting yakni pasien, perawat, masalah kecemasan yang terjadi akibat sakit dan proses interpersonal.

1) Klien

Klien merupakan subjek yang bisa dipengaruhi dengan keberadaan proses interpersonal. Sistem dari perkembangan terdiri dari karakteristik biokimia, fisiologis, interpersonal dan kebutuhan serta selalu berusaha memenuhi kebutuhannya dan mengintegrasikan belajar dari pengalaman.

2) Perawat

Sementara pasien mengendalikan isi yang menjadi sebuah tujuan dan perawat yang berfungsi mengelola tujuan dan perjalanan interaksi interpersonal dengan pasien yang memiliki sifat partisipatif. Hal ini sama halnya dengan hubungan pada pasien.

Perawat yang disesuaikan dengan fase proses interpersonal berperan sebagai mitra kerja, pendidik, pengasuh pengganti narasumber, pemimpin dan konselor. Pendidikan atau pematangan fungsi yang dijelaskan untuk

mengoptimalkan gerakan yang progresif dan kepribadian seseorang dalam berkreasi, membangun serta menghasilkan pribadi dan cara hidup bermasyarakat.

3). Sumber Kesulitan

Kesulitan dalam mengintegrasikan pengalaman interpersonal masa lalu dengan menggunakan hal yang ada saat ini mengakibatkan kondisi ansietas berat. Jika komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologi dan biologi individu, maka ansietas dapat terjadi.

Pada model Peplau, karena ansietas berkaitan langsung dengan penggunaan kondisi sakit sehingga konsep ini mempunyai peran penting. Kondisi sakit biasanya meningkatkan taraf ansietas. Oleh karenanya perawat harus memiliki kemampuan mengkaji taraf ansietas pasien. Syarat kondisi pasien yang semakin membaik ditunjukkan dengan berkurangnya ansietas.

4). Proses Interpersonal

Sebuah proses interaksi secara simultan dengan orang lain yang saling mempengaruhi satu dengan lainnya merupakan arti proses interpersonal di bidang ilmu komunikasi. Yang bertujuan membina suatu hubungan. Sehingga proses interpersonal yang dimaksudkan antara perawat dan pasien menunjukkan metode transformasi energi atau ansietas pasien oleh perawat yang terdiri atas empat fase, yakni;

a) Fase orientasi

Perawat melaksanakan sebuah kontrak awal untuk membangun kepercayaan dan terjadi pengumpulan data menandai tahap ini. Lebih berfokus untuk membantu pasien menyadari ketersediaan pada bantuan dan rasa percaya

pada kemampuan perawat untuk mempunyai peran serta secara efektif dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan pada pasien.

b) Fase identifikasi

Terjadi jika perawat melakukan fasilitasi ekspresi perilaku pasien dan memberikan sebuah asuhan keperawatan yang tanpa disertai penolakan dari perawat sehingga memungkinkan pengalaman menderita rasa sakit sebagai sebuah kesempatan untuk melakukan orientasi kembali pada perasaan dan menguatkan bagian positif dan kepribadian pasien.

Berbagai respon pasien pada fase ini yang dapat berupa:

(1) Partisipan mandiri dalam melaksanakan hubungannya dengan perawat.

(2) Individu secara mandiri dapat terpisah dari perawat.

(3) Individu yang tidak berdaya dan pada perawat sangat memiliki ketergantungan

c) Fase eksplorasi

Fase ini merupakan inti dari hubungan proses interpersonal. Di fase ini perawat membantu pasien dalam memberikan deskripsi akan kondisi pasien dan semua aspek yang terlibat didalamnya. Memungkinkan sebuah situasi pasien mampu merasakan nilai hubungan yang sesuai pandangan atau persepsinya terhadap situasi.

d) Fase resolusi

Pasien sudah mulai melepaskan dirinya dari perawat secara bertahap. Hal ini memungkinkan adanya penyaluran energi yang mengarah pada realisasi potensi yang dimiliki

dan penguatan akan kemampuan dalam pemenuhan kebutuhannya sendiri.

Perawat akan berusaha untuk mendorong kemandirian dari pasiennya. Keempat fase ini merupakan serangkaian suatu proses pengembangan perawat membimbing pasien dari kondisi ketergantungan tinggi menjadi interaksi yang saling tergantung dalam sebuah lingkungan sosial. Dipercaya oleh Peplau jika perawat dapat mengambil peran yang banyak, termasuk diantaranya sebagai mediator, peneliti, administrator, pengamat, konsultan, guru dan agen keamanan. Hal ini tidak dapat dijelaskan artinya secara detail tetapi "diserahkan kepada imajinasi dan kecerdasan pembaca" (Peplau, 1952).

E. Hubungan antara Tahapan Peplau dan Proses Keperawatan

Proses keperawatan diartikan sebagai "aktivitas", yang disengaja secara intelektual, pendekatan praktek keperawatan yang tertib dan sistematis jika didasarkan pada empat fase proses interpersonal. Terdapat persamaan yang mendasar antara fase antar pribadi Peplau dan proses keperawatan, yakni berurutan secara sistematis dan berfokus pada interaksi terapeutik serta mempergunakan kedua teknik pemecahan masalah bagi perawat dan pasien untuk melakukan kolaborasi pada akhir tujuan. Keduanya beralih dari kondisi umum ke khusus contohnya, perasaan yang tersamar antara pasien pada fakta spesifik tentang perasaan yang tersamar itu. Keduanya meliputi observasi, komunikasi, dan rekaman sebagai sebuah alat dasar yang dipergunakan oleh perawat.

Tetapi juga terdapat perbedaan, antara proses keperawatan dan fase interpersonal Peplau. Ketika membandingkan perbedaan yang harus merujuk pada buku

Peplau “Interpersonal dalam Hubungan Keperawatan” yang diterbitkan ditahun 1952. Keperawatan profesional berfungsi pada tujuan yang lebih jelas. Hal ini jauh dari anggapan bahwa perawat sebagai pembantu dokter dan perawat sebagai advokat konsumen (Potter, patricia, 2011).

F. Blending dari Hubungan Perawat Pasien

Merupakan seni dalam penyembuhan yang dapat membantu individu yang sakit atau yang membutuhkan suatu perawatan kesehatan maka keperawatan dianggap sebagai suatu terapi menurut Peplau (1952/1988), karena melibatkan interaksi antar dua atau lebih individu yang mempunyai tujuan bersama maka perawatan ini dapat dilihat sebagai sebuah proses antar pribadi.

Tujuan bersama ini memberikan insentif dalam proses terapi dimana perawat menghormati pasien satu sama lain sebagai sosok individu dalam proses keperawatan. Seorang individu dapat belajar saat dia memilih stimulus dalam lingkungannya dan kemudian melakukan reaksi terhadap stimulus tersebut. Kedua pihak akan belajar dan berkembang sebagai suatu respon dari interaksi (Mundakir, 2006).

G. Tujuan Teori Peplau

Adapun tujuan dari teori Peplau ialah agar dapat mendidik pasien dan keluarganya serta membantu pasien untuk mencapai tingkat kepribadian yang matang (potter, patricia 2011). Perawat mempunyai peran mendidik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat yang berada dibawah tanggung jawabnya dan peran ini dapat diimplementasikan berupa kegiatan penyuluhan kesehatan kepada pasien.

H. Kelebihan dan Kekurangan dari Teori Peplau

Kelebihan:

- 1) Meningkatkan kondisi kejiwaan pasien yang lebih baik.
- 2) Menurunkan kecemasan pada pasien dalam teori keperawatan.
- 3) Memberikan proses asuhan keperawatan yang lebih baik.
- 4) Mendorong kemandirian pasien.

Kekurangan:

Hanya difokuskan pada aspek kejiwaan pasien saat melakukan upaya penyembuhan.

7. DOROTHEA ELIZABETH OREM

“Teori Defisit Perawatan Diri (Self Care Deficit Theory)”



Dorothea E. Orem

(Sumber: <https://www.google.com/search?q=dorothea+elizabeth+orem>)

A. Biografi

Dorothea lahir pada tanggal 15 Juli 1914, Baltimore, Maryland, Amerika. Wafat 22 Juni 2007, Savannah, Georgia, Amerika. Dia mengambil pendidikan di Providence Hospital School Of Nursing kemudian lulus pada tahun 1930. Ia

kemudian melanjutkan pendidikan dan meraih gelar *Bachelor Of Science* (BSc) pada bidang pendidikan keperawatan di tahun 1939, serta gelar master of science pada bidang pendidikan keperawatan di tahun 1945 dari Universitas Katolik Amerika dan terakhir, ia mendapat gelar doktor kehormatan dari Georgetown University di Washington, D.C., Pada tahun 1976 dengan latar belakang pendidikan tinggi, Orem disebut sebagai Ners Teorist (Asmadi, 2005).

Menurut Orem, untuk melakukan proses asuhan keperawatan maka harus dengan keyakinan bahwa setiap orang memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan pada dirinya sendiri sehingga akan membantu individu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, memelihara kesehatannya dan mencapai kesejahteraan. Teori Orem ini dikenal sebagai self-care deficit theory. Orem memberikan label pada teorinya sebagai teori umum yang terdiri atas 3 teori terkait, yaitu teori self-care, teori self-care deficit, dan



teori nursing sistem (Asmadi, 2005).

Gambar 3. Teori Defisit Perawatan Diri

B. Teori *self-Care*

Self-care atau Perawatan diri adalah sebuah kontribusi berkelanjutan orang dewasa bagi eksistensinya, kesehatannya dan kesejahteraannya. Self-care menggambarkan dan menjelaskan beberapa manfaat dari perawatan diri guna mempertahankan hidup, kesehatan dan juga kesejahteraannya jika dilakukan secara efektif, upaya perawatan diri ini dapat memberi kontribusi bagi integritas struktural fungsi dan perkembangan manusia (Asmadi, 2005).

Kebutuhan dari perawatan diri, menurut Orem, meliputi pemeliharaan udara, air/cairan, makanan, proses eliminasi normal, keseimbangan antara istirahat dan aktifitas, keseimbangan antara interaksi sosial dan solitud, pencegahan bahaya bagi kehidupan manusia, fungsi, dan kesejahteraan manusia, serta upaya untuk meningkatkan fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi, keterbatasan, dan juga keinginan untuk normal. Kebutuhan perawatan diri ini merupakan sifat umum bagi setiap manusia, berkaitan dengan proses kehidupan dan pemeliharaan integritas struktur dan fungsi manusia (Asmadi, 2005).

Kemampuan dari individu untuk melakukan perawatan diri atau self-care agency merupakan suatu kekuatan/kemampuan individu yang mempunyai hubungan pada perkiraan dan esensial dari operasi produksi untuk perawatan diri. Self-care agency ini dipengaruhi oleh usia, status perkembangan, pengalaman hidup, orientasi sosial budaya, kesehatan dan juga sumber daya yang tersedia (Asmadi, 2005).

Di dalam teori self-care disebutkan pula mengenai therapeutic self-care demand, yaitu totalitas aktifitas perawatan diri yang dilakukan untuk jangka waktu tertentu guna memenuhi kebutuhan perawatan diri dengan menggunakan metode yang valid. Perawatan diri sendiri memiliki beberapa prinsip. Pertama, perawatan diri dilakukan secara holistik, mencakup delapan komponen kebutuhan perawatan diri diatas. Kedua, perawatan dilaksanakan sesuai dengan tahapan tumbuh-kembang manusia. Ketiga, perawatan diri dilaksanakan karena adanya masalah pada kesehatan dengan tujuan mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan (Asmadi, 2005).

Orem melihat individu sebagai suatu kesatuan utuh yang terdiri atas suatu fisik, psikologik dan sosial, dengan derajat kemampuan mengasuh diri sendiri (self-care ability) yang berbeda-beda. Berdasarkan pandangan ini, ia berpendapat bahwa kegiatan atau tindakan keperawatan ditujukan kepada upaya memacuh kemampuan mengasuh diri sendiri. Ia menyatakan bahwa teorinya, yaitu self-care defisit teori of nursing merupakan teori umum (general theory) (Kusnanto, 2003).

Pada teori ini, ia menggambarkan kapan perawatan diperlukan, keperawatan diberikan jika: (1) kemampuan kurang dibandingkan dengan kebutuhan, (2) kemampuan sebanding dengan kebutuhan, tetapi diprediksi untuk masa yang akan datang kemungkinan terjadi penurunan dan peningkatan kebutuhan (Kusnanto, 2003).

Lima metode bantuan menurut Orem:
(Kusnanto,2003)

- 1) Bertindak untuk orang lain
- 2) Membimbing

3) Memberikan dukungan fisik maupun psikis

4) Menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan perkembangan personal dalam memenuhi kebutuhan saat ini dan yang akan datang

5) Mengajarkan

Lima Area aktifitas untuk praktik keperawatan, meliputi: (Kusnanto, 2003)

1) Membina dan memelihara hubungan dengan individu, keluarga dan kelompok sampai pasien mampu untuk merawat dirinya

2) Menentukan kapan dapat dibantu

3) Memberikan respon terhadap permintaan, keinginan dan kebutuhan pasien untuk bantuan perawat

4) Memberikan dan mengatur bantuan langsung

5) Koordinasi dan integrasi keperawatan dan pasien, sosial kultural dan edukasinya

Menurut Orem, manusia berbeda dari makhluk lain dalam kapasitas untuk merefleksikan diri dan lingkungannya, menyimpulkan apa yang mereka alami, menggunakan simbol (ide, kata-kata) dalam berpikir dan berkomunikasi membimbing untuk melakukan sesuatu dan membuatnya berguna untuk dirinya atau orang lain. Manusia mempunyai kemampuan untuk belajar dan berkembang, fungsi manusia terintegrasi antara fisik, psikis, interpersonal dan aspek sosial Orem mempertimbangkan manusia dari 2 perspektif yang berbeda, yaitu: (a) Bergerak menuju kematangan dan pencapaian potensi manusia, dan (b)

perbedaan struktur dan fungsi dalam kebutuhan manusianya (Kusnanto, 2003).

8. MARTHA ELIZABETH ROGERS

“Teori Kesatuan Manusia (*Unintary Human Beings Theory*)”



Martha E. Rogers

(Sumber: <https://nurseslabs.com/martha-e-rogers-theory-unitary-human-beings/>)

A. Biografi

Martha E. Rogers lahir pada 12 Mei 1914 di Dallas, Texas dan wafat pada tanggal 13 Maret 1994 di Phoenix, Arizona, Amerika. Pada tahun 1936, ia memperoleh gelar diploma pada ilmu keperawatan dari General Hospital School of Nursing. Tahun 1937, ia menerima B.S dari George Peabody College di Nashville, Tennessee. Gelar sarjana lainnya adalah M.A di bidang supervisi keperawatan kesehatan masyarakat (public health nursing supervision) dari Teacher's College, University of Columbia, New York tahun 1945. Gelar M.P.H dan Sc.D, ia peroleh dari John

Hopkins University di Baltimore masing-masing pada tahun 1952 dan tahun 1954 (Asmadi, 2008)

B. Model Konsep Dan Teori Keperawatan Martha E. Rogers (Teori Rogers)

Model konsep dan teori keperawatan menurut Martha E. Rogers dikenal dengan nama konsep manusia sebagai unit. Dalam memahami konsep, model dan teori ini, Martha berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda-beda. Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah (Huriati, 2017).

Lima asumsi yang mendasari teori Roger adalah sebagai berikut:

1) Manusia adalah keseluruhan yang utuh yang memiliki integritas dan karakteristiknya sendiri dan berbeda-beda serta dinamis.

2) Manusia dan lingkungan saling berinteraksi serta saling bertukar materi dan energi secara terus menerus, dipengaruhi atau mempengaruhi sekitarnya

3) Proses kehidupan manusia berjalan lambat tanpa arah dan tiap individu memiliki perbedaan

4) Identitas individu menggambarkan dan merefleksikan seluruh proses kehidupannya serta dapat dilihat dari tingkah lakunya

5) Manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri (Mahyar Suara dkk, 2010)

C. Teori Manusia sebagai Satu Kesatuan (*Unitary Human Beings*)

Pada tahun 1970 Model Rogers pertama kali dipublikasikan yaitu *An Introduction to the Theoretical of Nursing*. Lalu kemudian diperjelas dengan mendefinisikan konsep yang salah satunya *The Science of Unitary Human Beings: A Paradigm for Nursing*.

Rogers membangun modelnya berdasarkan manusia sebagai satu kesatuan (*Unitary Human Beings*) dan lingkungan sebagai bidang energi yang menyatu dengan proses kehidupan serta mengambil pengetahuan dari antropologi, psikologi, sosiologi, astronomi, agama, filsafat, matematika, dan sastra.

Dasar-dasar yang menggambarkan proses kehidupan manusia ditetapkan Rogers dalam model keperawatannya. Proses kehidupan manusia yang dicirikan oleh keseluruhan (*wholeness*), keterbukaan (*openness*), kesatuan arah (*unidirectionally*), pola (*pattern*), dan organisasi, ilmu pengetahuan, serta pemikiran (Asmadi, 2008).

D. Teori Rogers dan Unsur Utama Keperawatan

1) Keperawatan.

Teori Rogers mendefinisikan Keperawatan sebagai seni dan sains yang humanistik dan kemanusiaan. Hal ini diarahkan pada manusia sebagai kesatuan dan berkaitan dengan sifat dan arah perkembangan manusia tujuan perawat adalah untuk berpartisipasi dalam proses perubahan.

Menurut Rogers, Keperawatan sebagai *The Science of Unitary Human Beings* mengandung dua dimensi: ilmu keperawatan, yang merupakan pengetahuan khusus untuk bidang keperawatan yang berasal dari penelitian ilmiah, dan

seni keperawatan, yang melibatkan penggunaan ilmu keperawatan secara kreatif untuk membantu kehidupan pasien yang lebih baik. Ini adalah studi tentang bidang manusia dan lingkungan yang kesatuan, tak teruraikan, tak terpisahkan, manusia dan dunia mereka. Rogers mengklaim bahwa keperawatan ada untuk melayani orang, dan praktik keperawatan yang aman tergantung pada sifat dan jumlah pengetahuan keperawatan ilmiah yang dibawa perawat ke praktiknya.

2) Individu

Seseorang didefinisikan sebagai bagian yang tak terpisahkan yang diidentifikasi oleh suatu pola, dan memanifestasikan karakteristik khusus untuk keseluruhan, dan itu tidak dapat diprediksi dari pengetahuan bagian-bagiannya. Seseorang juga merupakan satu kesatuan yang utuh, memiliki ciri khas tersendiri yang tidak dapat dilihat dengan melihat, menggambarkan, atau merangkum bagian-bagiannya. Individu juga merupakan kesatuan yang integral dengan lingkungannya.

3) Lingkungan

Lingkungan sebagai suatu medan energi merupakan pandangan Rogers. Medan energi adalah unit dasar dari makhluk hidup dan non-hidup. Ini memberikan cara untuk memandang manusia dan lingkungan sebagai keseluruhan yang tidak dapat dipisahkan. Medan energi terus bervariasi dalam intensitas, kepadatan, dan luasnya. Tidak ada batasan yang menghentikan aliran energi antara manusia dan lingkungan, yang merupakan keterbukaan dalam Teori

Rogers. Interaksi antara manusia dan lingkungan bersifat kontinu, mutual, dan simultan.

4) Kesehatan

Rogers menggunakan banyak menggunakan kata kesehatan (health) dalam tulisan pertamanya, namun ia tidak pernah mendefinisikan kata tersebut. Ia menggunakan kata kesehatan positif (positive health) untuk melanjutkan kondisi bugar (wellness) dan tidak adanya penyakit dan penyakit parah. Istilah health digunakan oleh Rogers dalam konteks nilai yang ditentukan oleh budaya atau individu (Asmadi, 2008).

9. DOROTHY E. JOHNSON

“Model Sistem Perilaku (*Behavioral Sistem Model*)”



Dorothy E. Johnson

(Sumber: <http://keperawatankese.blogspot.com/2015/>)

A. Biografi

Dilahirkan pada tanggal 21 Agustus 1919 di Savannah, Georgia dan wafat di bulan February 1999. Johnson menerima gelar A.A pada tahun 1933 dari Armstrong junior College di Savannah, Georgia. Pada tahun 1949-1978,

menjadi instruktur dan asisten profesor dalam perawat kesehatan anak-anak (pediatric nursing) di Vanderbilt University School of Nursing. Pada tahun 1955-1956 menjadi penasehat perawatan anak yang diberi tugas di Vellore - India Selatan pada Sekolah kesehatan Kristen bidang keperawatan.

Johnson memperoleh apresiasi tertinggi yakni Faculty Award. Kemudian tahun 1975 dari Asisi kembali memperoleh apresiasi sebagai Lulu Hassenplug Distinguished Achievement Award. Keyakinannya pada teori Nightingale menumbuhkan Teori sistem perilaku Johnson bahwa membantu mencegah atau mengobati dari penyakit atau cedera pada indivisu merupakan tujuan perawatan. Ilmu dan seni merawat bukan hanya pada entitas yang spesifik, namun harus berpusat pada pasien sebagai individu.

Johnson dalam membangun teorinya, Johnson menggunakan hasil kerja ilmu perilaku dari psikologi, sosiologi dan etnologi. Menyandarkan sepenuhnya pada teori sistem-sistem dan menggunakan konsep dan definisi dari A. Rapoport, R. Chin dan W. Buckley. Struktur dari teori sistem perilaku dibuatkan pola setelah model sistem, sistem dinyatakan dan terdiri dari bagian yang saling berhubungan untuk melaksanakan fungsi bersama-sama dalam membentuk keseluruhan. Johnson mengkonsepkan manusia sebagai sebuah sistem perilaku pada karya yang ia tuliskan. Fungsi ialah observasi perilaku dari teori sistem biologi yang menyatakan bahwa manusia merupakan sebuah sistem biologi yang terdiri dari bagian biologi dan penyakit merupakan hasil dari adanya gangguan pada sistem biologi.

Johnson menuliskan bahwa perawatan adalah kontribusi penyediaan fungsi perilaku efektif pada pasien

pra, selama dan pasca penyakit. Hal ini merupakan sebuah pengembangan teori dari sebuah perspektif filosofis. Ia menggunakan konsep yang berasal dari disiplin ilmu lain seperti motivasi, sosialisasi, stimulus, kepekaan, adaptasi dan modifikasi perilaku, dalam upaya pengembangan teorinya.

Johnson menuliskan bahwa walaupun literatur memperlihatkan ide dukungan lain yakni bahwa keberadaan manusia adalah sistem perilaku, maka sejauh yang beliau ketahui bahwa ide itu merupakan ide yang original dari beliau. Pengetahuan akan bagian-bagian sistem perilaku didukung di dalam ilmu-ilmu perilaku, tetapi literatur secara empiris mendukung dugaan bahwa sistem perilaku merupakan keseluruhan yang belum mengalami perkembangan. Pada sistem biologis, pengetahuan atas bagian-bagiannya mendahului daripada pengetahuan dari keseluruhan sistem (Ari Thomas, 2013).

B. Konsep Utama Teori Dorthy E. Johnson

Definisi Keperawatan menurut Johnson (1980) yang mengembangkan Model Teori Sistem Perilaku untuk keperawatan dari perspektif filosofis "didukung oleh badan pengetahuan empiris dan teoretis yang kaya, sehat, dan berkembang pesat". Teori ini dikembangkan dari kepercayaan awalnya, yang berfokus pada individu yang telah mengalami gangguan.

Johnson mengembangkan definisi keperawatan yang jauh lebih luas. Pada tahun 1980, ia mendefinisikan keperawatan sebagai "kekuatan pengaturan eksternal yang bertindak untuk mempertahankan organisasi dan integrasi perilaku pasien pada tingkat yang optimal di bawah kondisi di mana perilaku tersebut merupakan sebuah ancaman

terhadap kesehatan fisik atau sosial, atau di mana penyakit itu ditemukan. Berdasarkan definisi ini, tujuan keperawatan berikut ialah untuk membantu pasien menjadi orang yang lebih sehat dari berbagai aspek (George, 2014).

Dorothy E. Johnson yakin bahwa asuhan keperawatan diterapkan untuk memberikan bantuan pada individu dalam memfasilitasi tingkah laku efektif dan efisien sebagai upaya pencegahan dari penyakit. Manusia merupakan makhluk dari kesatuan yang utuh serta terdiri atas 2 sistem yakni sistem biologi dan sistem tingkah laku tertentu.

Lingkungan dan masyarakat merupakan sistem eksternal yang dapat mempengaruhi perilaku individu. Seseorang akan dapat dinyatakan sehat jika dapat berespon adaptif baik secara fisik, mental, emosi dan sosial terhadap lingkungan internal dan eksternal dengan disertai oleh harapan agar mampu memelihara kesehatannya.

Terdapat 4 tujuan dari asuhan keperawatan yang ditujukan pada individu menurut Johnson, yakni;

- 1) Kesesuaian antara tingkah laku individu dengan tuntutan dan harapan yang ada di masyarakat,
- 2) Kemampuan melakukan adaptasi pada berbagai perubahan fungsi tubuhnya,
- 3) Tetap produktif serta bermanfaat pada dirinya dan orang lain.
- 4) Kemampuan memberikan solusi bagi masalah kesehatan yang lainnya.

Menggunakan instrumen "behavioral sistem theory", teori keperawatan Dorothy E Johnson dapat diobservasi. Merupakan output dari struktur dan proses-proses intra-organismik yang mana keduanya dikoordinasikan dan di

artikulasi serta bersifat responsif terhadap adanya perubahan-perubahan dalam stimulasi sensori, merupakan defenisi perilaku yang dikemukakan oleh para ahli perilaku dan biologi yang dapat diterima oleh Johnson.

Johnson berfokus pada perilaku yang dipengaruhi oleh kehadiran aktual dan tak langsung sebagai makhluk sosial lain yang telah ditunjukkan memiliki signifikansi secara adaptif yang utama. Sehingga manusia harus senantiasa menjaga keseimbangan dalam bagian-bagian ini melalui pengaturan dan kemampuan beradaptasi terhadap kekuatan yang terkait dengan diri mereka (Bussinestgirl Young, 2014).

C. Model Konsep dan Teori Keperawatan Dorothy Johnson

Akibat dari behavioral sistem yang mempunyai banyak tugas untuk diselesaikan, bagian-bagian sistem akan mengalami perubahan ke subsistem-subsistem dengan tugas yang tertentu pula. Sebuah subsistem merupakan sistem kecil dengan tujuan khusus sendiri dan mempunyai fungsi dapat dijaga sepanjang hubungannya dengan subsistem lain atau lingkungan tidak mengalami gangguan. Terdapat tujuh subsistem yang telah diidentifikasi oleh Johnson yang bersifat terbuka, terhubung dan saling terintegrasi (interealated).

Model konsep dan teori keperawatan menurut Johnson menggunakan pendekatan sistem perilaku dimana individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin merasakan keseimbangan dan stabilitas, baik dilingkungan eksternal ataupun internal, selain itu juga mempunyai keinginan untuk mengatur dan menyesuaikan dari pengaruh yang ditimbulkannya. Sebagai suatu sistem, di dalamnya terdapat komponen subsistem yang membentuk sistem

tersebut, di antaranya komponen subsistem yang membentuk sistem perilaku.

Ketujuh elemen yang diidentifikasi sebagai sub sistem tersebut ialah achievement, affiliative, aggressive, dependency, eliminative, ingestive, dan sexual.

1) Pencapaian (*Achievement*), adalah tingkat kemampuan memperoleh prestasi dengan ketrampilan yang kreatif, subsistem *achievement* berusaha memodifikasi lingkungan. Cakupan perilaku prestasi termasuk pada kemampuan intelektual, psikis, kreatif, mekanis dan sosial. Tujuannya untuk mengontrol aspek pribadi atau lingkungan di beberapa standar kesempurnaan.

2) Perhubungan (*afiliasi*), ialah pencapaian suatu hubungan dengan kondisi lingkungan yang adekuat. Subsistem *attachement-afilative* mungkin adalah yang paling kritis, dikarenakan subsistem ini membuat dasar bagi seluruh organisasi sosial. Di tingkatan umum, hal itu memberikan kelangsungan (*survival*) dan keamanan (*security*). Namun konsekuensinya ialah adanya inklusi sosial, kedekatan (*intimacy*) dan kuatnya susunan pemeliharaan ikatan sosial.

3) Penyerangan (*agresi*), Koping terhadap ancaman di lingkungan ialah perlindungan (*protection*) dan pemeliharaan (*preservation*). Dapat dianggap bahwa perilaku agresif tidak hanya dipelajari tapi mempunyai maksud utama yang membahayakan pihak lain. Bagaimanapun, masyarakat meminta batasan-batasan tersebut diposisikan pada model perlindungan diri dan orang-orang serta harta milik mereka dapat dihormati dan dilindungi.

4) *Subsistem Ketergantungan (Dependency)*, suatu sistem perilaku dalam upaya mengadaptasikan sebuah bantuan, kedamaian, keamanan dan kepercayaan. Subsistem

dependency membantu mengembangkan perilaku yang membutuhkan sebuah respon pengasuhan dalam hal yang paling luas. Sebagai konsukuensinya ialah bantuan persetujuan, perhatian atau pengenalan dan bantuan fisik. Pada pengembangannya, perilaku dependensi berubah dari hampir bergantung secara total kepada orang lain ke arah bergantung total pada diri sendiri dengan derajat ketergantungan yang lebih besar. Untuk kelangsungan kelompok sosial maka jumlah interpedensi tertentu sangat penting.

5) *Subsistem Eliminasi*. Segala hal secara biologis yang mempunyai hubungan dengan pembuangan zat-zat yang tidak diperlukan oleh tubuh.

6) *Subsistem Ingesti*, segala hal yang berkaitan dengan pola makan

7) *Subsistem Seksualitas*, pemenuhan kebutuhan untuk dicintai dan mencintai. Subsistem seksual ini mempunyai fungsi ganda yaitu hasil (*procreation*) dan kepuasan (*gratification*). *Courting* dan *mating* juga termasuk namun tidak dibatasi. Sistem respon ini dimulai saat perkembangan identitas jenis kelamin dan termasuk dalam cakupan yang luas yakni perilaku-perilaku yang berdasar pada prinsip jenis kelamin (Ari Thomas, 2013).

D. Asumsi-asumsi Teori Dorothy Johnson

Asumsi-asumsi menurut Johnson yaitu:

1) Manusia

Manusia adalah makhluk yang paling sempurna yang dibuat oleh Tuhan yang Maha Esa. Manusia memiliki perbedaan baik secara biologis maupun rohani. Secara biologis umumnya manusia dibedakan secara fisik, secara rohani manusia dibedakan berdasarkan kepercayaannya atau

agama yang dianutnya. Kehidupan manusia sangat kompleks, begitu pula hubungan yang terjadi pada manusia sangatlah luas. Hubungan tersebut dapat terjadi antara manusia dengan makhluk hidup yang ada di alam, dan manusia dengan sang pencipta.

2) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang terdapat di sekeliling kita atau kombinasi antara kondisi fisik yang mencakup sumber daya alam seperti tanah, air, energi surya, mineral, serta flora dan fauna yang tumbuh di atas tanah maupun di dalam lautan.

3) Kesehatan

Sehat adalah keadaan optimal baik fisik maupun psikologi, dimana bukan saja terjauh dari penyakit. Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan, dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan atau perawatan termasuk kehamilan dan persalinan.

4) Keperawatan

Perawat adalah pelayanan kemanusiaan dimana memiliki tujuan untuk dapat mempercepat penyembuhan, berbentuk pelayanan biologis, psikososial, sosial, dan spiritual yang komprehensif, ditunjukkan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat (Kozier, 2011).

E. Aplikasi Teori Dorothy E. Johnson dalam Proses Keperawatan

Sistem perilaku Johnson dan proses perawatan merupakan pengaplikasian dari model Sistem Perilaku Johnson dengan model proses keperawatan. Grubbs (1980)

mengembangkan suatu alat penilaian berdasarkan tujuh subsistem Johnson, ditambah subsistem yang dia beri label "restorative," yang fokusnya pada kegiatan di kehidupan sehari-hari, yang mencakup bidang-bidang seperti pola istirahat, kebersihan, dan rekreasi. Diagnosis dapat dibuat terkait dengan ketidakcukupan atau perbedaan dalam suatu subsistem atau antar subsistem. Perencanaan harus dimulai pada tingkat subsistem, dengan tujuan akhir dari fungsi perilaku yang efektif dari keseluruhan sistem. Implementasi oleh perawat disajikan pada pasien yang memiliki kekuatan eksternal untuk melakukan manipulasi subsistem kembali ke keadaan keseimbangan. Evaluasi dapat dilakukan jika keadaan keseimbangan yang menjadi tujuan telah ditetapkan selama fase perencanaan sebelum melakukan implementasi (George, 2014).

10. FAYE GLENN ABDELLAH

"Teori 21 Masalah Keperawatan (*21 Nursing Problems Theory*)"



Faye Glenn Abdellah, Deputy U.S. Surgeon General, 1981-1989

(Sumber:<https://circulatingnow.nlm.nih.gov/2017/03/24/faye-glenn-abdellah-nurse-officer-educator/>)

A. Biografi

Faye Glenn Abdellah lahir pada tanggal 13 Maret 1919 di New York, Amerika dan wafat pada tanggal 24 Februari

2017. Ia adalah pelopor perawat dengan 77 penelitian yang telah diakui dan kehormatan profesional akademis. Merupakan petugas perawat pertama yang menerima pangkat bintang belakang laksamana-dua dan memiliki lebih dari 150 publikasi. Termasuk salah satu karya utamanya yakni pendekatan Pasien-Centered untuk keperawatan. Yang mengubah fokus teori keperawatan dari berpusat pada penyakit ke pendekatan yang berpusat pada pasien dan memindahkan praktek keperawatan di luar pasien untuk memasukkan perawatan keluarga dan orang tua Pasien.

Pada tahun 1981, Abdellah menjadi wakil bedah umum di Amerika serikat yang membuatnya menjadi perawat dan wanita pertama yang menjabat posisi tersebut. Selama delapan tahun dia memberikan pelayanan di bawah dokter bedah umum AS dan pensiun dari militer pada tahun 1989. Tanggung jawab Abdellah untuk mendidik orang Amerika tentang masalah kesehatan masyarakat sebagai ahli bedah umum deputi.

Sebagai perawat pertama dan wanita pertama untuk melayani sebagai deputi bedah umum, Abdellah dikembangkan materi pendidikan di daerah banyak kunci kesehatan publik, termasuk AIDS, kekerasan, cacat mental, perawatan rumah sakit, berhenti merokok, alkoholisme, dan kecanduan obat. Dia telah membantu mengubah teori keperawatan, asuhan keperawatan dan pendidikan keperawatan dan sebagai akibatnya dinobatkan menjadi The National Women's Hall of Fame pada tahun 2000.

Pada tahun 2000 Abdellah dinobatkan menjadi National Women's Hall of Fame di Seneca, New York. Abdellah melayani selama 40 tahun di Public Health Service (PHS) Amerika serikat. Ditugaskan di Corps, sebuah cabang militer. Dia juga aktif menjabat dan bertugas selama Perang

Korea. Perannya di luar pekerjaan, sebagai perawat kesehatan masyarakat yang fokus perhatiannya banyak pada perawatan yang berfokus pada lanjut usia. Dia merupakan salah seorang yang pertama berbicara tentang keperawatan gerontologi, untuk melakukan riset di daerah dan memberikan pengaruh kebijakan publik tentang panti jompo.

Selama tahun 1970-an, Abdellah memeriksa rumah jompo dengan membuat kunjungan tanpa pemberitahuan dan berkeliling di seluruh fasilitas pemeriksaan. Dia menemukan bahwa banyak bahaya kebakaran dan juga seringkali sulit untuk menelusuri kepemilikan rumah jompo. Pengawasan Abdellah tidak disambut, bahkan beberapa negara melarang Abdellah untuk melakukan kunjungan. Abdellah mempercayai jika perawat harus lebih banyak terlibat dalam forum diskusi pada kebijakan publik tentang peraturan di panti jompo.

B. Teori Dan Model Konsep Keperawatan

Pada tahun 1960, teori keperawatan telah dikembangkan oleh Faye Abdellah et al yang meliputi pemberian asuhan keperawatan bagi seluruh manusia untuk pemenuhan kebutuhan fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual baik pada pasien maupun keluarga. Ketika mempergunakan pendekatan ini, perawat memerlukan pengetahuan dan keterampilan dalam hubungan interpersonal, psikologi, pertumbuhan, dan perkembangan manusia, komunikasi dan sosiologi, juga disertai pengetahuan tentang ilmu-ilmu dasar dan ketrampilan keperawatan tertentu. Perawat merupakan pemberi jalan dalam menyelesaikan masalah dan juga sebagai pembuat keputusan.

Pesawat Jerman Hindenburg yang berbahan bakar hidrogen meledak di atas Lakehurst, New Jersey pada tanggal 6 Mei 1937. Pada lokasi itu Abdallah yang masih berusia 18 tahun dan keluarganya berdomisili. Lalu Abdallah dan adiknya berlari ke tempat kejadian untuk memberikan bantuan. Dalam sebuah wawancara dengan seorang penulis, Abdallah bercerita: "Saya bisa melihat orang melompat dari zeppelin dan saya tidak tahu bagaimana merawat mereka, sehingga pada saat itulah aku bersumpah bahwa saya akan belajar merawat."

Tipologi 21 masalah perawatan menurut Abdallah yakni:

- 1) Untuk meningkatkan kebersihan dan kenyamanan fisik
- 2) Untuk mempromosikan aktivitas yang optimal, olahraga, istirahat, dan tidur
- 3) Untuk mempromosikan keselamatan melalui pencegahan kecelakaan, cedera, atau trauma lain dan melalui pencegahan penyebaran infeksi
- 4) Untuk menjaga mekanika tubuh yang baik dan mencegah deformitas
- 5) Untuk memudahkan pasokan oksigen ke semua sel
- 6) Untuk memudahkan pemeliharaan gizi dari semua sel tubuh
- 7) Untuk memudahkan pemeliharaan eliminasi
- 8) Untuk memudahkan pemeliharaan dan keseimbangan cairan elektrolit

- 9) Untuk mengetahui respon fisiologis dari tubuh untuk kondisi penyakit
- 10) Untuk memudahkan pemeliharaan mekanisme peraturan dan fungsi
- 11) Untuk memudahkan pemeliharaan fungsi sensorik
- 12) Untuk mengidentifikasi dan menerima ekspresi positif dan negatif, perasaan, dan reaksi
- 13) Untuk mengidentifikasi dan menerima keterkaitan emosi dan penyakit organik
- 14) Untuk memudahkan pemeliharaan komunikasi efektif secara verbal dan nonverbal
- 15) Untuk mendorong perkembangan hubungan interpersonal yang produktif
- 16) Untuk memudahkan kemajuan menuju pencapaian tujuan rohani secara pribadi
- 17) Untuk membuat dan memelihara lingkungan terapeutik
- 18) Untuk memfasilitasi kesadaran diri sebagai seorang individu dengan berbagai emosional dan perkembangan kebutuhan fisik
- 19) Untuk menerima tujuan seoptimal mungkin mengingat keterbatasan fisik dan emosional
- 20) Untuk menggunakan sumber daya masyarakat sebagai bantuan dalam menyelesaikan masalah yang timbul dari penyakit

- 21) Untuk memahami peran masalah sosial sebagai faktor yang mempengaruhi dalam penyebab penyakit.

Orang memiliki kebutuhan fisik, emosional, dan sosiologis merupakan gambaran Abdellah. Kebutuhan ini bisa terbuka yang terdiri dari sebagian besar kebutuhan fisik, atau rahasia, seperti emosional, sosiologis dan interpersonal sebagai kebutuhan-yang sering terlewatkan dan dianggap salah. Pasien digambarkan sebagai pembenaran yang hanya untuk sebuah eksistensi keperawatan. Individu dan keluarganya ialah penerima keperawatan, dan kesehatan atau mencapai tujuan dari pelayanan keperawatan.

Konsep kesehatan Abdellah bahwa kesehatan didefinisikan sebagai sebuah pola dinamis yang berfungsi, terdapat interaksi yang dilanjutkan dengan kekuatan-kekuatan internal dan eksternal dan hasilnya optimal dalam penggunaan sumber daya yang diperlukan serta berfungsi untuk mengurangi kerentanan (George, 1990).

Sebuah pendekatan untuk keperawatan yakni pasien-Centered. Penekanannya harus diposisikan setelah tindakan pencegahan dan rehabilitasi dengan kesehatan sebagai tujuan seumur hidup. Agar membantu pasien mencapai keadaan sehat maka pendekatan holistik harus dapat diambil oleh perawat (George, 1990).

Menurut Abdellah, asuhan keperawatan ialah melaksanakan sesuatu untuk orang ataupun memberikan informasi pada orang tersebut yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan, meningkatkan atau memulihkan serta membantu kemampuan diri atau mengurangi penurunan. Kebutuhan perawat akan pengetahuan tentang

ilmu pengetahuan dasar dan keterampilan perawatan khusus, serta keterampilan pengetahuan dalam psikologi komunikasi, pertumbuhan dan perkembangan serta sosiologi dan hubungan interpersonal, dinyatakan dalam teori Abdellah.

Terdapat 11 keterampilan yang seharusnya perawat miliki, mencakup:

- 1) Pengamatan status kesehatan
- 2) Keterampilan komunikasi
- 3) Aplikasi pengetahuan
- 4) Pengajaran pada pasien dan keluarga
- 5) Perencanaan dan organisasi kerja
- 6) Penggunaan bahan-bahan sumber daya
- 7) Penggunaan sumber daya personil
- 8) Pemecahan masalah
- 9) Arah pekerjaan ke orang lain
- 10) Terapi penggunaan diri
- 11) Prosedur Perawatan.

Dia menyatakan bahwa keperawatan yang didasarkan pada seni dan ilmu yang sikap cekatan, kompetensi intelektual, dan keterampilan teknis dari perawat individu menjadi keinginan dan kemampuan untuk membantu orang sakit atau sehat dalam mengatasi kebutuhan kesehatan mereka (George, 1990).

Berarti bahwa pelayanan keperawatan yang komprehensif akan mencakup:

- 1) Menyadari masalah merawat pasien.

2) Menentukan tindakan tepat untuk prinsip-prinsip keperawatan yang relevan.

3) Memberikan perawatan kontinuis secara total pada kebutuhan kesehatan individu.

4) Memberikan perawatan lanjutan untuk menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan serta keamanan langsung pada diri individu.

5) Mengatur secara total rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

6) Membantu individu menjadi diri sendiri dan lebih mengarahkan dalam mencapai atau mempertahankan negara, pikiran dan tubuh yang sehat.

7) Memerintahkan perawat dan keluarga untuk membantu individu melakukan untuk dirinya sendiri hal-hal yang ia peroleh dengan keterbatasan

8) Membantu individu untuk beradaptasi pada keterbatasan dan permasalahan emosional.

9) Bekerja dengan kolaborasi kesehatan secara profesional dalam perencanaan kesehatan yang optimal sesuai kebutuhan negara pada tingkat lokal, nasional dan internasional.

10) Melakukan evaluasi dan riset meningkatkan teknik keperawatan dan upaya mengembangkan teknik baru dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan rakyat.

Tipologi Abdellah dibagi menjadi tiga bidang:

- 1) Fisik, sosiologis, dan emosional dari kebutuhan pasien;

- 2) Jenis hubungan interpersonal antara perawat dan pasien;
- 3) Unsur umum perawatan pasien.

11. MYRA ESTRIN LEVINE

“Model Konservasi (*The Conservation Model*)”



Myra Esrin Levine

(Sumber: <https://pdfslide.net/documents/teoria-de-myra-estrinlevine.html>)

A. Biografi

Myra Esrin Levine (1920-1996), dilahirkan di Illinois tepatnya di kota Chicago. Memiliki dua saudara, dan menjadi anak tertua di keluarga. Keadaan ayahnya yang sering sakit (mengalami masalah gastrointestinal) membuat ia memilih untuk memantapkan dirinya dalam dunia keperawatan (Perry, 2010).

Lulus di tahun 1944 pada Cook Country of Nursing, butuh sekitar lima tahun hingga Levine mendapatkan gelar Bachelor Science of Nursing (BSN) pada tahun 1949 di University of Chicago. Levine kemudian melebarkan sayapnya setelah lulus dan memilih menjadi perawat sipil untuk US Army, dia menekuni dua bidang diantaranya pada

bidang administrasi keperawatan dan supervisor perawat bedah. Lulus pada tahun 1962 di Wayne State University membuat ia memperoleh gelar Master Science of Nursing (MSN). University of Illinois di Chicago dan Tel Aviv University di Israel yang merupakan lembaga tempat ia mengajarkan tentang ilmu keperawatan (Tomey&Alligood, 2009).

Pada tanggal 20 Maret 1996, Levine akhirnya tutup usia pada usia 75 tahun. Levine membuat pernyataan bahwa meningkatkan “teori keperawatan” bukan merupakan tujuan utamanya, melainkan ingin membuat orang-orang paham tentang segala konsep yang ada pada keperawatan medikal bedah, sehingga terciptanya sebuah pendekatan baru yang digunakan untuk mengajar siswa keperawatan. Praktek keperawatan yang prosedural membuat Levine lebih mengembangkan praktek perawatan pasien dan pemecahan masalah yang cepat (Perry, 2010).

Levine dikenal sebagai sosok pemimpin yang aktif pada beberapa lembaga di antaranya pada Asosiasi perawat Illinois dan Asosiasi Perawat Amerika. Levine disebut-sebut sebagai penulis yang bertalenta dalam ilmu perawatan dan pendidikan, selain itu ia juga sosok yang kritis sehingga ia kerap kali dijadikan sebagai narasumber pada beberapa program diantaranya seminar, panel dan di beberapa tempat kerja. Prinsip konservasi membuat dia mengembangkan statemen pertama yang berjudul “Empat Prinsip Keperawatan”. Pada dasarnya Levine tidak pernah berniat untuk mengembangkan namun ia memaparkan tentang struktur pengajaran medical-surgical dan sebuah simulasi untuk pengembangan sebuah teori (Perry, 2010).

Mempunyai karir yang bermacam-macam membuat ia memiliki banyak pengalaman pada ilmu keperawatan

diantaranya pernah menjadi intruksi teknis dan pengarah dalam jasa keperawatan selain itu ia juga pernah menjadi staf keperawatan, administrasi dan tenaga pengajar. Levine menjadi salah satu penulis yang telah mempublikasikan 77 artikelnnya, dimana artikel yang berjudul "An Introduction to Clinical Nursing" merupakan artikel yang telah sering kali diterbitkan yaitu di tahun 1969, 1973 dan 1989. Pada tahun 1992 ia kembali mendapatkan gelar doktor kehormatan dari Loyal University (Perry, 2010).

Penghargaan:

- 1) Sebuah Penghargaan dari *The American Academy of Nursing* (1973)
- 2) Anggota Kehormatan di *The American Mental Health Aid to Israel* (1976)
- 3) Pengakuan Kehormatan dari *The Illinois Nurses' Assosiation*
- 4) Anggota dari Sigma Theta Tau (*Alpa Beta Chapter, Loyola University*)
- 5) *Enlisted in Who's Who in Americal Women (1977-1988)*
- 6) *Enlisted in Who's Who in American Nursing (1987)*
- 7) Terpilih menjadi *fellow in the Institute of Medicine of Chicago (1987-1991)*
- 8) Penerima Pertama penghargaan dari *The Elizabeth Russel Belford Award for excellence in teaching* (1977)

B. Konsep Utama

Tidak dapat dipungkiri beberapa tahun berlalu, penerapan teori-teori yang menjelaskan pembelajaran dari disiplin keperawatan telah dikembangkan oleh beberapa perawat. Pada konservasi model, terdapat empat konsep pokok diantaranya: orang, lingkungan, keperawatan dan

Kesehatan, dalam konsep Levine Model telah dibahasakan tentang orang dan lingkungan telah disatukan atau bergabung dari beberapa waktu (Hidayat,2011).

1) Orang

Orang merupakan makhluk holistik yang terus berusaha meningkatkan keutuhan atau integritas dan satu “yang hidup, berpikir, berorientasi masa depan, dan sadar pada masa lalu”. Tuntutan Seseorang yang hidup merupakan keutuhan (integritas) “individu mempunyai maksud hanya dalam lingkup kehidupan sosial” (Levine, 1973). Selain itu, memiliki perasaan percaya, persatuan dan kesatuan, berpikir dan seluruh sistem dari sistem membuat orang disebutkan juga sebagai pribadi yang unik (Hidayat, 2011).

2) Lingkungan

Keutuhan individu dapat dilengkapi oleh lingkungan. Lingkungan dibagi menjadi 2 di antaranya:

a. Lingkungan internal

Aspek fisiologi dan patofisiologi yang digabungkan dari individu dan tetap berbeda oleh lingkungan eksternal. Lingkungan internal merupakan sebuah integrasi pada sebuah kegunaan tubuh yang serupa dengan homeorhesis dibandingkan dengan homeostasis, serta merupakan bentuk energi yang patuh dengan tantangan dari lingkungan eksternal (Hidayat, 2011).

b. Lingkungan eksternal

Lingkungan persepsi, operasional, dan konseptual merupakan bagian dari Lingkungan eksternal. Lingkungan persepsi merupakan suatu lingkungan yang menjadi salah satu bagian dari lingkungan eksternal, yang melibatkan organ-organ indra pada seseorang seperti, cahaya, suara,

suhu, sentuhan, serta segala perubahan kimia yang terasa atau berbau, hingga rasa pada posisi dan keseimbangan.

Salah satu dari bagian lingkungan eksternal adalah lingkungan operasional, yang melakukan sebuah hubungan dengan jaringan hidup walaupun individu tidak mampu merekam sebuah faktor dan juga pada semua bentuk radiasi, mikroorganisme dan polutan, hal tersebut disebabkan karena suatu individu tidak memiliki organ perasa yang dapat mereka gunakan.

Salah satu bagian dari lingkungan eksternal yakni lingkungan konseptual mencakup bahasa, simbol, ide, serta konsep dan penemuan. Selain itu juga mencakup kemampuan berpikir dan pengalaman emosi, sistem nilai, pertukaran bahasa, keyakinan agama, etnis dan tradisi budaya, serta psikologi individu yang diambil dari pengalaman hidup (Hidayat, 2011).

3) Kesehatan

Pola perubahan adaptif mencakup sehat dan sakitnya seseorang. Suatu persatuan dan kesatuan dan “merupakan adaptasi sebuah keutuhan dan kesuksesan” diartikan sebagai sebuah kesehatan tersirat. Meningkatkan kesehatan merupakan salah satu dari tujuan keperawatan. Levine (1991) mengemukakan pemahaman tentang arti kesehatan sebagai: "jalan kembali ke kegiatan sehari-hari yang dikompromikan oleh kesehatan yang buruk. Hal ini tidak hanya penghinaan atau cedera yang diperbaiki tetapi oleh dirinya sendiri. Ini bukan hanya penyembuhan bagian tertindas. Ini agak kembali ke diri sendiri, dimana dapat menyisihkan perambahan kecacatan dan individu bebas tanpa kendala untuk mengejar sekali lagi atau kepentingannya sendiri ". Selain itu ia juga menjelaskan pengertian dari

sebuah penyakit yaitu " tidak diatur dan tidak disiplin berubah dan harus dihentikan atau kematian yang akan terjadi"(Hidayat, 2011).

4) Perawatan

Perawatan terlibat dalam interaksi kemanusiaan Mempromosikan adaptasi dan memelihara keutuhan (kesehatan) merupakan salah satu dari tujuan keperawatan.

Telah dipaparkan sebelumnya, cara dimana orang dan lingkungan menjadi kongruen dari waktu ke waktu merupakan pembahasan dari Levine yaitu Model Konservasi. Hal itu merupakan pemahaman bahwa adanya kesulitan pada waktu dan ruang memungkinkan terjadinya berbagai tingkatan molekul, fisiologis, emosi, psikologis dan sosial merupakan hasil dari konservasi yang merupakan respon adaptif spesifik. ada tiga faktor yang mendasari pendapat diatas di antaranya historisitas, spesifisitas dan redundansi (Hidayat, 2011).

C. Teori Levine dan Proses Keperawatan

Dikemukakan pada teori perawat Levine bahwa teorinya pada umumnya sama dengan beberapa elemen pada proses perawatan. Dia berpendapat bahwa seorang perawat harus selalu mengobservasi pasien, melakukan intervensi yang berkaitan serta yang sesuai dengan perencanaan dan evaluasi. Hal tersebut didasarkan untuk membantu pasien kedepannya. selain itu, dia berpendapat untuk perawatan pasien, perawat dan pasien dituntut untuk saling berinteraksi. Levine berpendapat dalam teorinya, seorang pasien harus dilihat dari segi ketergantungan, hingga kemampuan pasien yang terbatas untuk membantu dalam pengumpulan data, tahap perencanaan, implementasi atau semua fase dari proses ketergantungan. Agar dapat

beradaptasi untuk gangguan kesehatannya, pada dasarnya semua pasien sangat membutuhkan bantuan dari perawat. Perawat dituntut untuk dapat bertanggung jawab untuk melihat kemampuan partisipasi pasien. Pada fase pengkajian, ada dua metode yang akan diterapkan dalam mengkaji klien yaitu metode interview dan metode observasi dari semua hal tersebut disimpulkan bahwa peran perawat yaitu dapat membantu pasiennya dalam segala hal untuk mencapai sebuah tujuan yaitu kesehatan pasien.

Pada dasarnya pengkajian yang dilakukan akan berfokus pada klien, keluarga, anggota lainnya, ataupun segala hal yang akan mereka jelaskan itu bertujuan untuk mendapatkan sebuah solusi dari sebuah permasalahan terkait kesehatan dari klien tersebut. Dalam menghadapi lingkungan eksternal, hal ini akan membantu pada kesiapan klien tersebut. Dikemukakan oleh Levine, bahwa bila salah satu dari anggota keluarga klien ingin membuat suatu kesepakatan maka yang harus menjadi sasaran sebuah pengkajian adalah keluarga tersebut. Untuk pengkajian menyeluruh, empat prinsip pada teori Leviene akan dijadikan pedoman pengkajian oleh perawat.

Keseimbangan energi pasien dan pemeliharaan integritas pasien merupakan hal yang harus selalu diperhatikan oleh perawat. Fungsi dari beberapa sistem tubuh, emosi, stress dan pola kerja seperti nutrisi, istirahat (tidur), waktu luang, pola koping, hubungan dengan anggota keluarga/orang lain, pengobatan, lingkungan dan penggunaan energi merupakan sumber energi yang perlu direkap secara keseluruhan oleh perawat setelahnya. Data terkait integritas struktur pasien juga harus diperhatikan seperti, pertahanan tubuh, struktur fisik, integritas personal juga harus diperhatikan termasuk tentang keunikan, nilai,

kepercayaan dan integritas sosial yang terkait sutau proses pengambilan keputusan dari pasien, interaksi yang dilakukan pasien dengan orang lain serta senang atau tidaknya pasien dikaitkan dengan orang lain (SueMoorhead, 2016)

Selanjutnya setelah memperoleh seluruh data tentang klien, langkah selanjutnya yaitu perawat akan melakukan analisis terkait data yang telah diperoleh sebelumnya. pada empat area pengkajian (prinsip konservasi), analisis ini akan menggambarkan keseimbangan dan kelemahan dari diri klien. selain itu pengumpulan data yang lebih banyak akan membantu perawat melakukan analisis yang lebih terperinci. Untuk menganalisis sebuah data, sebuah konsep dan teori dari beberapa disiplin akan memiliki penekanan yang sama. sehingga untuk tujuan akhirnya akan dimasukkan pada fase perencanaan. Kualitas dari aktivitas klien dan perawat ditekankan pada proses perawatan. Untuk itu, levin mengatakan tujuan akhir tidak hanya secara khusus untuk menekankan kebutuhan (SueMoorhead, 2016). Secara menyeluruh tujuan harus menggambarkan sebuah usaha untuk membantu klien dapat beradaptasi hingga dapat memiliki kondisi yang sehat. Pada tahap perencanaan, perawat menentukan tujuan berikut:

1) Perlunya memilih sebuah strategi yang akan digunakan untuk perencanaan

2) Memilih tingkat perencanaan yang dapat ditingkatkan pengembangannya, sehingga suatu tujuan dapat tercapai (SueMoorhead, 2016)

Dalam Peryataannya, Levine menegaskan bahwa seorang perawat dituntut untuk memiliki ilmu tentang dasar pengetahuan praktek. Selain itu, seorang perawat juga harus

mengetahui tentang tahapan untuk melakukan sebuah perencanaan perawatan seperti berdasarkan pada prinsip, hukum, konsep, teori dan pengetahuan tentang diri manusia. Kemampuan partisipasi klien harus lebih dipahami oleh perawat guna untuk mengembangkan sebuah perencanaan perawatan. Selain itu, mengidentifikasi tingkat partisipasi klien juga diperlukan dalam perencanaan. Pada fase ini, jika ada hal yang kurang dipahami oleh perawat, mereka bisa saling bertukar informasi dengan tim kesehatan lainnya. Implementasi merupakan sebuah proses tindakan yang dilakukan perawat. Selama fase perencanaan respon klien merupakan hal yang diawasi oleh perawat. Data yang telah dikumpulkan selanjutnya akan digunakan perawat untuk fase selanjutnya yaitu evaluasi. Selanjutnya pada fase evaluasi tugas utama perawat yaitu memberikan perawatan pada klien sesuai dengan hasil data yang mereka kumpulkan sebelumnya untuk menghindari terjadinya kesalahan selama proses perawatan (Parker, 2010).

Pernyataan teori Myra Levine:

- 1) Dalam melakukan pelaksanaan intervensi keperawatan perawat dituntut untuk memiliki skill.
- 2) Hasil dari intervensi perawat yaitu memudahkan klien untuk beradaptasi dengan keadaan.
- 3) Pada tahapan evaluasi keperawatan, perawat akan berfokus pada respon dari klien sebagai dasar dalam melakukan tindakan keperawatan.
- 4) Data yang telah diperoleh oleh perawat dari respon klien bertujuan menentukan intervensi perawatan mengenai pengobatan atau support yang harus mereka gunakan.
- 5) Dalam teori yang Levine paparkan sering

berfokus pada orang per orang, yang akan digunakan baik untuk masa sekarang maupun dimasa depan, serta pada klien yang memiliki gangguan kesehatan mereka akan membutuhkan intervensi perawatan (Parker, 2010).

D. Teori yang dikemukakan

Pada model yang dikembangkan oleh Levine lebih berorientasi pada pasien (individu) dianggap makhluk holistik dan peran perawat untuk menjaga agar tetap menjaga keutuhan seseorang (person's wholeness). Seorang klien adalah makhluk hidup yang terintegrasi serta dapat beradaptasi terhadap lingkungan merupakan pandangan pada model konsep Myra Levine. Suatu kegiatan yang bersifat konservasi dan konservasi energi yang akan menjadi sebuah pertimbangan kedepannya disebut sebagai intervensi keperawatan. Selain itu Levine juga berpendapat bahwa sehat dapat kita pastikan melalui konservasi energi. Pada dasarnya dalam ilmu keperawatan terdapat tempat konservasi yang dibagi menjadi empat bagian diantaranya integritas personal, energy klien, struktur integritas, dan integritas sosial. Oleh karena itu, pendekatan asuhan keperawatan lebih terfokus pada sumber kekuatan klien yang lebih optimal (Parker, 2010).

E. Konsep Dasar Model Konservasi Levine

Myra Levine telah merumuskan sebuah teori keperawatan pada tahun 1966, namun baru dapat dipublikasikan sekitar 7 tahun kemudian yaitu pada tahun 1973, teorinya memaparkan bahwa seorang klien adalah makhluk hidup yang yang mengalami integrasi dan saling melakukan interaksi serta dapat beradaptasi dengan lingkungannya. Selain itu, Levine juga mengatakan bahwa intervensi keperawatan adalah bagian dari aktivitas

konservasi, pertimbangan sehat tidaknya seseorang dapat dilihat pada konservasi energinya (Parker, 2010).

Pada model konservasi Levine, menggunakan prinsip bahwa kesehatan dan penyembuhan klien berfokus pada pelestarian energinya. Berikut ini dipaparkan empat prinsip konservasi yang telah diterapkan Levien pada model konservasi keperawatan.

1) Konservasi Energi

Keseimbangan energi pada makhluk individu sangat dibutuhkan, selain itu memperbarui energi secara terus menerus juga dilakukan agar dapat terus meningkatkan kualitas hidupnya. Untuk itu, konservasi energi sangat perlu digunakan selama praktek keperawatan (Parker, 2010).

2) Konservasi Integritas Struktur

Sebuah proses pergantian yang bersumber pada integritas struktur disebut penyembuhan. Perubahan fungsi dan intervensi sangat dibutuhkan untuk dipahami oleh perawat agar dapat memberi batasan pada jumlah jaringan yang terlibat dengan penyakit (Parker, 2010).

3) Konservasi Integritas Personal

Seorang pasien yang dipanggil dengan menyebut namanya akan dapat terlihat lebih dihargai oleh perawat. Proses nilai personal yang memberikan privasi terhadap klien selama perawatan dapat diartikan sebagai sikap menghargai (Parker, 2010).

4) Konservasi Integritas Sosial

Kehidupan dapat dipahami sebagai interaksi sosial yang ada dalam kehidupan, sedangkan kesehatan adalah keadaan sosial yang telah ditentukan. Untuk itu, peran perawat dibutuhkan agar dapat memberikan kebutuhan

yang diperlukan sebuah keluarga, kehidupan religious dan hubungan interpersonal untuk koservasi integritas sosial juga harus diperhatikan (Parker, 2010).

F. Konsep Utama Dari Model Konservasi

1) *Wholeness* (Keutuhan)

Levine menyatakan bahwa “interaksi terus-menerus dari organisme individu dengan lingkungannya merupakan sistem yang ‘terbuka dan cair’, dan kondisi kesehatan, keutuhan, terwujud ketika interaksi atau adaptasi konstan dengan lingkungan, memungkinkan kemudahan atau jaminan integritas di seluruh dimensi kehidupan” (Perry, 2010).

Erikson dalam Levine (1973) mengatakan bahwa “sistem terbuka dianggap sebagai wholeness yaitu keutuhan yang menekankan pada suara, organik, mutualitas progresif antara fungsi yang beragam dan bagian-bagian dalam keseluruhan serta batas-batas yang terbuka”

2) Adaptasi

Adaptasi adalah suatu proses yang dihadapi oleh individu untuk mempertahankan integritas individual terhadap lingkungan baru yang mereka hadapi baik dari segi eksternal maupun internalnya adapun hasil dari adaptasi disebut dengan konservasi. Secara umum, adaptasi yang dilakukan oleh individu dapat dianggap baik dan berhasil, namun ada pula beberapa yang kadang tidak dapat melakukannya (Perry, 2010).

Menurut Levine ada 3 karakter yang harus diperhatikan dalam beradaptasi diantaranya, historis, specificity, dan redundancy. Menurut Levin keberhasilan dalam beradaptasi pada suatu lingkungan yang menunjukkan adaptasi historis dan specificity dipengaruhi oleh pola

respon individu. Selain itu, kode genetik individu dapat menutupi pola adaptasi suatu individu. Redundancy mendeskripsikan bahwa terdapat pilihan kegagalan yang terselamatkan dari suatu individu yang sedang beradaptasi. Pada saat kehilangan redundancy terdapat beberapa pilihan diantaranya melalui trauma, umur, penyakit, maupun kondisi suatu lingkungan yang menyebabkan individu tidak dapat melaluinya (Perry, 2010).

3) Lingkungan

Menurut pandangan Levine, setiap individu mempunyai kehidupannya masing-masing baik pada lingkungan internal maupun pada lingkungan eksternal. Dalam aspek psikologis dan patofisiologis perawat dituntut agar dapat menghubungkan aspek tersebut dengan lingkungan internal individu, kemudian lingkungan eksternal juga dikatakan sebagai level persepsi, opsional dan konseptual. Dalam level perseptual dapat dilihat dari segi kemampuan menangkap dan menafsirkan lingkungan (dunia) dengan organ indra. Sedangkan level operasional yaitu segala sesuatu baik yang tidak dapat mereka persepsikan secara langsung seperti mikroorganisme, namun dapat mempengaruhi mereka secara fisiologi. Selanjutnya dalam konseptual level, pola budaya membentuk sebuah lingkungan baru, ditandai dengan hadirnya rasa spiritualitas, dan ditengahi oleh simbol bahasa, pikiran dan pengalaman (Perry, 2010).

4) Respon organisme

Respon organisme merupakan suatu hal yang dilakukan oleh individu dalam beradaptasi dengan lingkungannya, yang terdiri dari fight atau flight, respon inflamasi, respon terhadap stress, serta kewaspadaan persepsi (Perry, 2010).

a) *Fight-flight* adalah bersifat nyata ataupun tidak nyata, menjadi sebuah respon ketakutan yang terjadi melalui sebuah reaksi untuk melakukan serangan ataupun menghindari serangan dan terjadi secara tiba-tiba. Respon tersebut merupakan penyampaian bahwa individu diharuskan selalu waspada hingga rasa aman dan sejahtera dapat dirasakan (Perry, 2010).

b) Respon inflamasi (peradangan) adalah sebuah bentuk pertahanan untuk melindungi diri dari sebuah lingkungan yang dapat menghancurkan atau menyebabkan kerusakan. Respon ini dijadikan sebagai proses penyembuhan diri. Sedangkan respon individu merupakan penggunaan energi sistemik yang tersimpan dalam diri untuk menangkis segala hal yang merugikan, sehingga kontrol lingkungan sangat diperlukan dalam hal ini (Perry, 2010).

c) Respon terhadap stress menyebabkan terjadinya respon defensif dalam sebuah perubahan yang tidak spesifik pada individu, perubahan struktural dan hilangnya energi selama proses beradaptasi. Proses ini terjadi bertahap hingga rasa lelah dapat dirasa, dipaparkan dengan sebuah pengaruh yang terjadi pada pasien terhadap pelayanan keperawatan (Perry, 2010)

d) Kewaspadaan perceptual merupakan kesadaran persepsi dihasilkan dari respon sensori, sebuah informasi serta pengalaman yang telah dilalui oleh individu akan diterima secara utuh jika hal itu bermanfaat, pertukaran energi akan terus terjadi baik dari individu ke lingkungan maupun dari lingkungan ke individu. Kewaspadaan perceptual individu sangat mempengaruhi respon yang akan terjadi, hal itu akan terjadi jika individu berada di lingkungan baru sehingga mereka akan mengumpulkan

sebuah informasi dengan tujuan mempertahankan trophicognosis. Menurut Levine, trophicognosis sangat direkomendasikan untuk digunakan sebagai alternatif untuk melakukan diagnosa dalam keperawatan. Hal ini bertujuan untuk penentuan rencana keperawatan yang bersifat metode ilmiah.

Konservasi Levine mengemukakan bahwa model konservasi merupakan inti ataupun dasar dari teorinya. Konservasi merupakan sistem yang kompleks yang akan meneruskan fungsi jika tantangan buruk terjadi. Selain itu, konservasi juga dapat diartikan juga sebagai suatu individu yang dapat melakukan konfrontasi serta beradaptasi dengan tujuan mempertahankan keunikannya (Perry, 2010).

G. Aplikasi dalam keperawatan

Terdapat beberapa proses keperawatan yang diterapkan Levine dengan menggunakan pemikiran kritis (Tomey, 2010).

1) Pengkajian

Penggunaan prinsip konservasi dapat digunakan untuk mengumpulkan data provokasi dengan metode observasi dan wawancara. Perawat melakukan observasi dengan mengamati penyakit dengan melihat respon organisme, menganalisa catatan medis, evaluasi hasil diagnosa serta melakukan interaksi dengan pasien terhadap keutuhannya. Hal ini dilakukan melalui prinsip konservasi perawat dengan melakukan pengkajian terhadap lingkungan eksternal serta lingkungan internal pada pasien (Perry, 2010).

Berikut beberapa faktor provokasi yang dapat dikaji oleh perawat:

a) Adanya keseimbangan terhadap suplay energi

yang dibutuhkan

- b) sistem pertahanan tubuh
- c) harga diri
- d) Keseimbangan suplai dan kebutuhan energi
- e) Sistem Pertahanan tubuh
- f) Harga Diri
- g) Kesiapan seseorang dalam berpartisipasi dalam sosial system

2) Keputusan *Tropihicognosis*

Pada diagnosa keperawatan fakta provokatif sering digunakan dalam pengambilan keputusan. Fakta provaktif menunjukkan segala hal kemungkinan yang terjadi pada pasien dan disusun sedemikian rupa. Dari hal tersebut akan diambil sebuah keputusan terkait pertolongan apa saja yang harus diberikan kepada pasien. *Tropihicognosis* merupakan istilah lain dalam pengambilan keputusan tersebut (Perry, 2010).

3) Hipotesis

Hipotesis membantu dalam memenuhi suatu kebutuhan dan promosi adaptasi dengan tujuan mengarahkan intervensi keperawatan. Hasil dari keputusan keperawatan, perawat akan melakukan validasi terkait masalah yang terjadi pada pasien, kemudian memaparkan tentang hipotesis yang diambil terkait masalah serta memberikan solusi. Hal ini merupakan salah satu dari rencana keperawatan (Perry, 2010).

4) Intervensi.

Dalam melakukan uji hipotesis, perawat akan mendapat arahan untuk melakukan perawatan. Hal tersebut merupakan salah satu tujuan dari hipotesis untuk dilakukan oleh perawat. Intervensi ini akan dilakukan berdasarkan pedoman konservasi. Beberapa prinsip konservasi yang diterapkan selama intervensi diantaranya konservasi struktur, energi, personal dan sosial. Pada pendekatan ini dituntut agar dapat menjaga keutuhan dan promosi adaptasi (Perry, 2010).

5) Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan observasi yang dilakukan pada respon individu terhadap hasil intervensi yang telah diberikan. Evaluasi akan dilakukan setelah hasil uji hipotesis telah didapatkan, tujuannya untuk melakukan kajian terhadap respon individu terkait hipotesis yang telah dilakukan berhasil atau tidak (Perry, 2010).

H. Keterbatasan Teori

Tidak dapat dipungkiri bahwa kelengkapan dan aplikasi pada teori Levine sangatlah luas, tapi model tersebut bukan berarti tidak memiliki batasan. Salah satu contohnya pada Model Konservasi Levine yang lebih menjurus terhadap penyakit yang bertentangan dengan kesehatan, sementara pada intervensi keperawatan dibatasi pada kondisi penyajian individu. Untuk itu, teori yang telah dipaparkan Levine terkait intervensi keperawatan lebih berfokus pada situasi saat ini maupun jangka pendek, serta tidak menunjang pada prinsip-prinsip promosi kesehatan serta pencegahan penyakit, meski demikian hal ini merupakan point penting terhadap praktek keperawatan yang berlaku pada saat ini. Keterbatasan umum merupakan

hal yang diperhatikan pada individu terhadap keadaan yang diderita dan pada ketergantungannya. Selain itu, kemampuan pasien untuk dapat melakukan interaksi serta berpartisipasi dalam proses perawatannya merupakan tantangan yang harus dilakukan oleh perawat untuk menentukan kemampuan pasien, namun jika dalam proses perawatan terjadi perbedaan pendapat baik perawat dan pasien tentang kemampuan yang dimiliki pasien tidak sesuai dengan kemampuannya, maka hal tersebut akan dikatakan sebagai daerah konflik (Perry, 2010).

Di bawah ini ada terdapat beberapa keterbatasan pada penerapan keempat prinsip konservasi model, diantaranya:

1) Konservasi energi, bertujuan agar mampu menghindari pada penggunaan energi yang terlalu boros atau berlebih. Hal tersebut dapat diatur oleh perawat yang terdapat pada tempat tidur pasien di bagian samping, sebagai contoh dalam beberapa kasus, terhadap penggunaan energy yaitu: pada pasien mania, ADHD (*Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*) pada anak-anak serta mereka yang memiliki keterbatasan fisik seperti lumpuh, maka teori yang diterapkan Levine tidak berlaku (Hidayat, 2011).

2) Konservasi integritas struktural, lebih menekankan pada melakukan pelestarian terhadap struktur anatomi tubuh selain itu juga untuk mencegah kerusakan struktur anatomi sebelum terjadi. Hal ini masih memiliki keterbatasan, beberapa kasus yang memiliki struktur anatomis yang tidak begitu sempurna tapi tanpa melakukan identifikasi akan keterbatasan fisik ataupun cacat serta beberapa masalah seperti operasi plastik, serta operasi penambahan payudara dan *liposuction*, hal yang semestinya diperhatikan seperti integritas struktur, namun beberapa pasien hanya mementingkan kecantikan dan bentuk fisik

yang bagus serta kepuasan psikologis yang mereka jadikan pertimbangan. Bila hal tersebut tidak dilakukan maka prosedur tersebut tidak bisa dipromosikan (Hidayat, 2011).

3) Konservasi integritas personal, memberikan pengetahuan kepada pasien harus dilakukan oleh perawat, selain itu kebutuhan pasien juga harus dihormati, pasien juga harus diberi privasi, diberikan dorongan dan mendukungnya dari segi psikologis. Pasien yang memiliki psikologis terganggu serta lumpuh, tidak dapat menangkap pemahaman dan pengetahuan dengan cepat, pasien koma, dan individu ataupun klien yang melakukan bunuh diri merupakan keterbatasan yang dimiliki pada konservasi integritas personal (Hidayat, 2011).

4) Konservasi integritas sosial bertujuan agar individu dapat melakukan interaksi terhadap individu lainnya serta individu yang lebih luas yang memiliki signifikansi terhadap suatu sistem dukungan. keterbatasan dalam konservasi integritas sosial yaitu ketika seorang pasien tidak memiliki keluarga misal: ditinggalkan, pasien yang memiliki keterbatasan psikiatris yang tidak dapat melakukan interaksi, pasien yang tidak sadar atau tak mampu memberi respon. Adapun fokus pada konservasi ini adalah pasien tidak lagi sendiri karena adanya perawat untuk membantunya dalam penanganan kesehatannya (Hidayat, 2011).

12. IMOGENE M. KING

“Teori Pencapaian Tujuan (*Theory of Goal Attainment*)”



Imogene M. King

(Sumber: <https://nurseslabs.com/wp-content/uploads/2014/08/Imogene-M.-King-10.jpg>)

A. Biografi

Imogene M. King dilahirkan di West Point Iowa pada tanggal 30 Januari 1923 dan wafat pada tanggal 24 Desember 2007 di Santo Petersburg, Florida, Amerika. Imogene memulai karir dalam keperawatan setelah ia lulus pada tahun 1945 dari St John's Hospital School of Nursing, St Louis, Missouri. Saat tahun 1948 telah bekerja sebagai seorang staf perawat medis bedah dan masih kuliah di Bachelor of Science dalam keperawatan di St Louis University.

King kemudian melanjutkan pendidikannya pada tahun 1959 di Columbia University, New York. Kemudian pada tahun 1961 ia pun mendapat gelar dokter sebagai pendidikan. King kemudian mengembangkan karirnya di Loyola University of Chicago sebagai pengajar mahasiswa pascasarjana pada tahun 1972, selain itu ia juga menerbitkan teori terkait dunia keperawatan mengenai

sistem, konsep dan proses pada tahun 1981. Butuh waktu beberapa tahun hingga King dapat dikenal, ia dikenal dengan kepeloporannya dalam gerakan teori keperawatan pada tahun 2005. King juga telah menerbitkan sebuah artikel yang berjudul perawatan teori: Masalah dan kemajuan yang telah diedit oleh Rogers.

Berikut beberapa buku yang telah dibuat oleh Dr. King yang diterbitkan pada tahun 1961 hingga 1981 di antaranya sebagai berikut: Curriculum and Instruction In Nursing (1986), A Theory for Nursing: Sistem, Concept, Process (1981), General Concept of Human Behavior (1961-1966).

B. Teori Pencapaian Tujuan Imogene M. King

King memperkenalkan sebuah teori keperawatan pada tahun 1971 yang terkait suatu model konseptual yang saling berinteraksi yang terdiri atas tiga sistem. Dalam Pengenalan model keperawatan yang buat oleh King, memadukan tiga Sistem interaksi yang mengacu pada perkembangan teori pencapaian tujuan di antaranya dinamis-personal, interpersonal dan sosial (King, 1981 dalam Christensen J.P, 2009).

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

yang lebih besar (King, 1995a, p.18 – 19 dalam Tomey & Alligood,2006).

Pada sistem interpersonal, perawat bersama pasien akan melakukan interaksi hanya dalam suatu area (space). Dalam pendapatnya Dr. King mengatakan bahwa untuk mencapai suatu tujuan keperawatan pemahaman intensitas dari interpersonal sangat menentukan pencapaian tersebut. Di bawah ini beberapa teori yang dipaparkan oleh Imogene King (Christensen & Kenney, 1995):

1) Sistem personal merupakan individu yang dapat melakukan interaksi dan mampu menyerap suatu informasi dari lingkungannya yang dilihat sebagai sistem terbuka. Sedangkan pengertian dari individu yaitu seseorang yang merupakan anggota masyarakat, berfikir rasional, memiliki rasa, mampu dalam berinteraksi, memiliki kontrol diri, mempunyai hak dan memiliki respon terkait hal-hal yang terjadi serta berorientasi dengan waktu dan tindakan. Adapun pemahaman yang singkat terkait sistem personal yakni: persepsi, kontrol diri, gambaran diri, jarak dan waktu, serta tumbuh kembang.

2) Sistem interpersonal merupakan interaksi yang dilakukan dua orang atau lebih dalam suatu grup dalam interaksi ini lebih ditekankan tentang konsep peran interaksi, komunikasi, transaksi, stress dan coping.

3) Sistem sosial adalah sebuah sistem yang dinamis yang bertujuan agar keselamatan lingkungan tetap terjaga. Dalam Sistem ini, interaksi, persepsi dan kesehatan merupakan hal yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat. Tujuan dari sistem sosial yaitu agar organisasi kesehatan lebih dapat memahami konsep organisasi,

kekuatan, wewenang serta dapat mempertimbangkan dalam pengambilan sebuah keputusan.

C. Konsep Interaksi Imogene M. King

Kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya atau human being merupakan individu yang akan selalu melakukan interaksi dengan lingkungannya yang disebut sebagai sebuah sistem terbuka merupakan dasar pemikiran yang dipaparkan oleh King. Dalam asumsinya terkait manusia seutuhnya (Human being) akan selalu berpatokan pada kontrol, sosial, tujuan, perasaan, reaksi, orientasi pada waktu dan orientasi pada kegiatan.

Dari pernyataannya terkait human being, King telah memberikan asumsi yang lebih spesifik terkait hubungan interaksi perawat dan pasien, di antaranya:

- 1) Pemahaman dari perawat serta pasien akan mempengaruhi dalam proses interaksi.
- 2) Proses interaksi juga dapat dipengaruhi dari tujuan, kebutuhan-kebutuhan serta nilai yang dimiliki oleh perawat dan pasien
- 3) Seorang individu berhak memahami diri sendiri
- 4) Seorang pasien berhak terlibat dalam pengambilan keputusan
- 5) Tenaga kesehatan bertanggung jawab jika memberikan informasi pasien kepada tenaga kesehatan lainnya (pertukaran informasi)
- 6) Seorang pasien berhak menerima ataupun menolak untuk dilakukannya perawatan.
- 7) Tujuan dapat berbeda antara tenaga kesehatan dan penerima layanan kesehatan.

Pada sebuah interaksi terjadi berbagai aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama yang saling berhubungan dalam semua situasi pada praktek keperawatan (Christensen J.P,2009), hal itu mencakup:

1) Interaksi, King mendefinisikan interaksi ialah proses pencapaian tujuan dimana terjadi proses dari persepsi dan komunikasi antara individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang ditandai sebagai perilaku verbal dan non verbal.

2) Persepsi dapat didefinisikan sebagai ilustrasi seseorang tentang kenyataan, persepsi kaitannya dengan pengalaman yang telah lalu, genetika, konsep diri, sosial ekonomi dan latar belakang pendidikan.

3) Komunikasi dimaknai sebagai sebuah proses penyampaian informasi baik secara langsung maupun secara tidak langsung dari seseorang pada orang lain.

4) Transaksi didefinisikan sebagai interaksi yang memiliki maksud tertentu dalam usaha pencapaian tujuan. Diantaranya pengamatan terhadap perilaku dari interaksi yang terjadi pada manusia dengan lingkungannya.

5) Peran ialah serangkaian perilaku individu yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sebuah sistem sosial. Hak dan kewajiban yang sesuai dengan posisinya sebagai indikator tolak ukurnya.

6) Stress diartikan sebagai sebuah kondisi dinamis yang terjadi akibat terjadinya interaksi pada manusia dan lingkungannya. Untuk menjaga keseimbangan dan upaya mengontrol stresor yang ada maka stres melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dan lingkungannya.

7) Tumbuh kembang ialah perubahan yang terus menerus yang terjadi dalam diri individu. Hal ini mencakup pada tingkat sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif dalam membantu individu pada proses pencapaian kematangan.

8) Waktu didefinisikan sebagai sebuah urutan suatu kejadian atau peristiwa ke masa yang akan datang. Waktu ialah perputaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lainnya dan sebuah pengalaman unik dari manusia.

9) Ruang ialah suatu hal yang ada dan dimanapun akan sama. Ruang merupakan sebuah area terjadinya proses interaksi antara perawat dengan pasien.

Menurut King, empat komponen dalam konsep hubungan manusia yang terdiri atas;

1) Aksi merupakan proses di awal hubungan yang terjadi antara dua individu dalam berperilaku dan memahami atau mengenali situasi kondisi yang ada di dalam keperawatan yang dapat digambarkan melalui sebuah hubungan perawat dan pasien yang melaksanakan kontrak dalam pencapaian suatu tujuan.

2) Reaksi merupakan respon individu dan sebuah bentuk tindakan yang dapat terjadi akibat adanya suatu aksi.

3) Interaksi terwujud dalam sebuah komunikasi dan merupakan bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan pasien.

4) Transaksi ialah kondisi antara perawat dan pasien terjadi kesepakatan di dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan (Murwani A, 2009).

D. Asumsi-Asumsi Utama Imogene M. King

1) Keperawatan

Keperawatan merupakan sebuah proses interaksi antara pasien dan perawat yang terjadi dalam proses pengkajian, penyusunan tujuan, dan melaksanakannya, juga terjadi transaksi atas tujuan yang akan dicapai.

2) Klien

King mengungkapkan bahwa pasien ialah individu (sistem personal) atau kelompok (sistem interpersonal) yang berkemampuan mengatasi masalah kesehatan ketika melakukan interaksi pada lingkungannya.

3) Kesehatan

Kesehatan ialah kemampuan individu untuk melaksanakan berbagai aktivitas dalam kehidupan sehari-harinya, di dalam sebuah peran sosial yang lazim; sebuah pengalaman hidup yang dinamis dalam adaptasi yang terus-menerus terhadap stresor lingkungan dengan mempergunakan sumber-sumber yang optimal.

4) Lingkungan

King mengatakan bahwa setiap sistem sosial di dalam masyarakat adalah lingkungan; sistem sosial ialah kekuatan dinamis yang dapat memengaruhi pada perilaku sosial, integrasi, persepsi, dan kesehatan, seperti klinik, rumah sakit, industri dan lembaga komunitas.

5) Penegasan Teoritis

King (1981) memberikan proposisi dalam teori pencapaian tujuannya, yang memperlihatkan dan menggambarkan hubungan beberapa konsep-konsep yakni:

- a) Akan terjadi transaksi jika terdapat kekuatan perseptual dalam interaksi perawat-klien
- b) Tujuan akan dicapai jika perawat dan klien melakukan transaksi
- c) Akan terjadi kepuasan jika tujuan dicapai.
- d) Asuhan keperawatan yang efektif terjadi jika tujuan dicapai
- e) Tumbuh kembang akan meningkat jika transaksi dibuat dalam interaksi perawat-klien.
- f) Akan terjadi transaksi jika harapan peran dan performa peran yang dirasakan oleh perawat dan klien sesuai.
- g) Akan timbul stress dalam interaksi perawat-klien jika konflik peran dialami oleh perawat atau klien atau oleh keduanya
- h) Akan terjadi penyusunan tujuan dan pencapaian tujuan bersama jika perawat yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus mengomunikasikan informasi yang sesuai kepada klien.

E. Aplikasi Teori Imogene M. King dalam Proses Keperawatan

1) Pengkajian

Proses pengkajian akan dilakukan selama proses tahapan interaksi pasien dan perawat. Pada konsepnya, perawat akan memberikan ilmu dan pemahaman khusus serta skill atau keterampilan, sedangkan seorang klien akan memberikan pengetahuan terkait dirinya dan persepsi masalah terkait diri dan kondisi yang dialaminya. Persepsi

masalah dari klien akan menjadi pusat perhatian khusus pada proses interaksi ini.

Selama tahapan pengkajian, seorang perawat akan menghimpun informasi data-data terkait klien. Beberapa diantaranya yaitu, pandangan klien terhadap dirinya, tingkat tumbuh dan kembang klien, persepsi yang menjadi dasar untuk menghimpun data dan menginterpretasi data khususnya terkait status kesehatan. Dalam tahapan ini, pola komunikasi akan dibutuhkan untuk memvalidasi tingkat keakuratan dari persepsi, interaksi-transaksi dan sosialisasi.

2) Diagnosa Keperawatan

- a) Disusun setelah dilakukan pengkajian.
- b) Disusun sebagai hasil dari proses hubungan antara perawat-pasien
- c) Hubungan terhadap stress menjadi konsep penting.

3) Perencanaan

Disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan.

- a) Disusun setelah diagnosa keperawatan dan bertujuan untuk memecahkan masalah yang ada pada klien
- b) Pada perencanaan, akan dimulai dengan membuat tujuan dan keputusan
- c) Perencanaan sebagai bagian dari transaksi dan hubungan partisipatif antara perawat-klien.

4) Implementasi

- 1) Pada tahapan ini akan melibatkan proses implementasi aktual dalam mencapai tujuan

2) Pada proses pencapaian tujuan merupakan proses lanjutan dari transaksi.

5) Evaluasi

Merupakan sebuah gambaran bagaimana mengenal hasil tujuan yang dicapai dan membahas tentang pencapaian tujuan dan keefektifan dalam proses keperawatan (Perry & Potter, 2005).

13. BETTY NEUMAN

“Model Sistem Pelayanan Kesehatan (*Health Care Sistem Model*)”



Betty Neuman

(Sumber: <https://bkuijakarta.blogspot.com/2019/10/betty-neuman.html>)

A. Biografi

Betty Neuman dilahirkan pada tanggal 11 September 1924 di Lowell, Ohio. Merupakan anak dari ayah yang bekerja sebagai petani dan ibu yang hanya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Beliau sangat mencintai desanya sebagai tanah kelahirannya dan oleh sebab itu ia bercita-cita ingin membangun desanya tersebut.

Betty Neuman untuk pertama kalinya mendapatkan pendidikan pada tahun 1947 di Ohio tepatnya di People Hospital School of Nursing atau saat ini lebih dikenal dengan nama General Hospital Akron di Akron. Beliau lalu pindah ke daerah Los Angeles (California) dengan maksud ingin tinggal bersama keluarga. Di California, beliau kemudian bekerja menjadi staf keperawatan rumah sakit dan menduduki jabatan penting.

Selanjutnya, beliau kemudian melanjutkan studinya di jurusan psikologi University of California. Pendidikannya selesai dan meraih gelar sarjana muda di tahun 1957. Beberapa tahun berikutnya, beliau meraih gelas master pada bidang kesehatan mental tepatnya di tahun 1966. Pada University of California menjadi seorang konsultan kesehatan masyarakat dan selanjutnya melanjutkan pendidikan tinggi program administrasi di Ohio University.

Beberapa pengalaman telah banyak beliau dapatkan seperti menjadi dosen di bidang keperawatan jiwa, pemimpin konseling model Whole Person Approach, berperan sebagai konsultan dan beliau juga menyusun sebuah model keperawatan di UCLA yang fokus terkait masalah keperawatan. Tahun 1972, pada publikasi edisi pertama model Whole Person Approach akhirnya dipublikasikan dengan topik a model of teaching total person approach to patient problem dalam riset keperawatan (Nur Aini, 2018).

B. Sumber-Sumber Teori Betty Neuman

Pada teori Gestalt, terdapat beberapa kesamaan terhadap teori yang dicetuskan oleh Betty Neuman. Teori Gestalt mengemukakan sebuah cara yang dilakukan tubuh untuk dapat menjaga keseimbangan untuk mengubah

keadaan sakit maupun sehat yang dikenal dengan homeostatik.

Selain itu, model teori yang dikembangkan oleh Betty Neuman juga mengaplikasikan sebuah teori sistem yang bersifat umum mengenai sistem terbuka pada sifat dasar kehidupan. sistem terbuka adalah kumpulan keseluruhan elemen yang berhubungan dalam organisasi tubuh yang begitu kompleks. Teori lain yang juga diadopsi oleh Neuman adalah berkaitan dengan tingkatan tindakan pemecahan yang merupakan konsep dari G. Kaplan (Risnah, 2018).

C. Penggunaan Bukti Empiris dari Teori Model Neuman

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Betty Neuman mengenai kondisi mental atau psikologi telah dikemukakan dalam bentuk teori. Pengembangan konsep terkait penggabungan antara tindakan dan respon mental didasari dari evaluasi yang ia lakukan. Namun, evaluasi dan bukti statistik tidak serta merta dapat menjadi sebuah acuan terkait hal di atas. Oleh sebab itu, pada konsep ini empiris tidak selamanya harus diprioritaskan (Risnah, 2018).

D. Konsep Utama dan Defenisi Teori Model Neuman

Betty Neuman telah mengembangkan sebuah konsep utama yang dikenal dengan konsep "Health Care Sistem". Model konsep tersebut mendeskripsikan penguatan garis pertahanan diri dengan fleksibel, normal maupun resisten terhadap sasaran pelayanan kesehatan dalam hal ini komunitas. Model ini sebagai bentuk aktifitas keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan stress. Betty Neuman juga menggambarkan bahwa manusia yang dipandang secara utuh atau menyeluruh adalah penggabungan dari adanya konsep holistik dan pendekatan terhadap sistem terbuka. Secara umum, model konsep utama Betty Neuman

mencakup atas: stressor (sumber stres), tingkatan pencegahan, garis perlawanan dan pertahanan, struktur dasar, intervensi dan rekonstruksi, serta lima variabel sistem pasien (Risnah, 2018)

E. Pernyataan Teori Sistem Model Neuman

Model teori Betty Neuman terkait hal-hal yang berkaitan dengan macam-macam pengaruh pada respon klien sebagai akibat dari adanya stress (tekanan). Model teori ini menggambarkan bagaimana peran partisipasi aktif seorang perawat terhadap kliennya.

Klien dan lingkungan sekitarnya memiliki hubungan yang saling timbal balik, serta pembuatan keputusan selalu terkait dengan sesuatu/hal yang berdampak padanya. Terdapat 4 faktor yang menjadi konsep mental pada pasien, di antaranya:

1) Individu atau pasien itu sendiri

Orang ialah multidimensi yang berlapis. Pada setiap lapisan terdiri dari 5 variabel atau subsistem yaitu fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan dan spiritual.

2) Lingkungan sekitarnya

Lingkungan dipandang sebagai totalitas internal dan kekuatan eksternal yang mengelilingi seseorang dan dengan mana mereka berinteraksi pada waktu tertentu. Kekuatan ini mencakup pada intrapersonal, interpersonal, dan stres pribadi tambahan yang mampu mempengaruhi orang normal dan garis pertahanan sehingga berpengaruh pada stabilitas sistem.

3) Kesehatan

Neuman mengartikan bahwa kesehatan ialah kondisi dimana semua bagian dan sub bagian atau variabel selaras

dengan seluruh pasien. Sebagai orang yang berada dalam sebuah interaksi yang konstan dengan lingkungan, keadaan kesehatan ada dalam keseimbangan yang dinamis, bukan pada segala macam kondisi yang mapan.

4) Pelayanan

Persepsi perawat akan dapat mempengaruhi proses perawatan yang diberikan kepada pasien dinyatakan oleh Neuman. Peran perawat dapat terlihat dari segi derajat reaksi terhadap stress, dan penggunaan secara primer, sekunder, tersier berbagai intervensi pelaksanaan perawatan pasien (Harnilawati, 2013).

14. MADELEINE LEININGER

“Teori Transkultural Keperawatan” (*Theory of Culture Care Diversity and Universality*)”



Madeleine Leininger

(Sumber: <https://sites.google.com/site/asunursingconceptsml/>)

A. Biografi

Madeleine Leininger lahir pada tanggal 13 Juli 1925 di Sutton, Nebraska. Wafat pada tanggal 10 Agustus 2012, Ohama, Nebraska, Amerika. Ia adalah seorang pendidik,

penulis, ahli teori, administrator, peneliti, pembicara publik, dan pengembang konsep keperawatan transkultural yang dikenal secara internasional yang memiliki dampak besar pada bagaimana berurusan dengan pasien dari berbagai budaya. Madeleine Leininger lahir pada 13 Juli 1925 di Sutton, Nebraska. Dia tinggal bersama empat saudara lelaki dan perempuannya, dan lulus dari Sutton High School. Setelah lulus dari Sutton High, dia berada di Korps Keperawatan Angkatan Darat A.S. saat menempuh program keperawatan dasar. Itu karena bibinya yang menderita penyakit jantung bawaan yang membawanya untuk mengejar karir di bidang keperawatan.

Madeleine Leininger menempuh pendidikan Diploma di St. Anthony Hospital School of Nursing di wilayah Denver pada tahun 1948. Sambil mengikuti pendidikan dasar keperawatannya juga mengabdikan diri di organisasi Cadet Nurse Corps. Pada tahun 1950 meralih gelar Sarjana di Benedictine College, Kansas dalam bidang Ilmu Biologi. Studi keperawatannya tuntas di Creighton University Omaha, dan melanjutkan pendidikan magister pada bidang keperawatan jiwa di Catholic University, Washington DC, Amerika. Tinggal di Omaha, Nebraska hingga pada tahun terakhir kehidupannya.

Pertengahan tahun 1950 Leininger bekerja untuk membimbing anak-anak rumahan di Cincinnati. Pada saat itu dia menemukan kondisi salah seorang dari stafnya tidak memahami tentang faktor budaya yang dapat mempengaruhi perilaku anak-anak. Diagnosis keperawatan dan tindakannya belum dapat membantu anak secara optimal menjadi kesimpulannya. Pengalaman itu yang menjadi motivasi Leininger fokus di bidang antropologi pada pendidikan doktoral. Dia belajar di New Guinea untuk

program doktoral, ada 14 macam ragam budaya di daerah pedalaman telah dipelajarinya. Pada awalnya, di akhir tahun 1970 dia menulis hal yang fokus membahas tentang caring dan transcultural nursing.

Pada bidang edukasi dan administrasi Leininger sangat memiliki peran yang besar. Direktur dari organisasi Center for Health Research di Wayne States University, Michigan juga berkesempatan menjadi Dekan keperawatan di Universities of Washington dan Utah sampai pada akhirnya dia pensiun sebagai profesor emeritus.

Menjadi pakar dan konsultan pada bidang transcultural nursing serta teorinya tentang culture care around the globe. Pada tahun 1989 Leininger mempublikasikan jurnal yang berjudul *The Journal of Transcultural Nursing* yang telah direvisinya selama 6 tahun.

B. Teori Madeleine Leininger (*Cultural Diversity and Universality*)

Teori Leininger ialah tentang culture care diversity and universality atau yang familiar saat ini terkenal dengan transcultural nursing. Pada awalnya dia menyadari betapa menjadi hal yang penting untuk memusatkan perhatian atau sifat caring pada perawatan sejak dini, dia juga terkejut melihat perbedaan mencolok dalam pola perilaku anak berdasarkan latar belakang budaya yang berbeda. Ide-ide yang dipicu oleh kesimpulannya membuka jalan cara bagi Leininger untuk memperluas pengetahuan dan pemahaman perawat tentang beragam budaya yang kurang dalam perawatan kesehatan saat ini. Usahanya untuk meningkatkan perawatan dan kesejahteraan pasien melalui pendidikan keperawatan yang kompeten secara budaya nanti akan disebut sebagai "Teori Keperawatan Transkultural"

Bahasan khusus di dalam teori Leininger, diantaranya ialah:

1) Culture

Budaya adalah nilai-nilai, kepercayaan, norma, dan kehidupan yang telah dipelajari, didistribusikan dan ditransmisikan dari kelompok tertentu yang memandu pemikiran, keputusan, dan tindakan mereka dengan cara yang terpola.

2) Culture care

Didefinisikan sebagai nilai-nilai, kepercayaan, dan pola kehidupan yang dipelajari dan dipelajarkan secara subjektif dan objektif yang membantu, mendukung, memfasilitasi, atau memungkinkan individu atau kelompok lain untuk mempertahankan kesejahteraan, kesehatan, meningkatkan kondisi manusia dan kehidupan mereka, atau untuk berurusan dengan penyakit, kecacatan atau bahkan kematian

3) Diversity

Keanekaragaman serta perbedaan pada asuhan keperawatan berupa persepsi budaya, pengetahuan dan adat kesehatan.

4) Universality

Kesamaan pada aspek persepsi budaya, pengetahuan praktik berhubungan dengan konsep sehat dan asuhan keperawatan.

5) Worldview

Merupakan cara orang dalam memandang dunianya.

6) Ethnohistory

Ethnohistory mencakup fakta, kejadian, peristiwa, pengalaman individu di masa lalu, kelompok, budaya, dan instruksi yang berpusat terutama pada orang (etno) dan yang menggambarkan, menjelaskan, dan menafsirkan kehidupan manusia di dalam konteks budaya tertentu dan dalam waktu yang singkat atau panjang.

Leininger menjelaskan teorinya dengan menggunakan model sunrise agar dapat membantu perawat dalam upaya memvisualisasikan model tersebut. Dalam upaya menyajikan faktor penting dari teori leininger secara holistik maka model ini merupakan sebuah peta kognitif yang bergerak dari arah yang paling abstrak menuju ke hal yang sederhana

Agar dapat memvisualisasikan dimensi tentang pemahaman perawat akan keberadaan budaya yang berbeda keberadaannya Sunrise model dikembangkan. Perawat mampu mempergunakan model ini ketika membuat evaluasi budaya pasien. Model ini menghubungkan konsep-konsep teori dengan praktik klinis aktual, sambil menawarkan pendekatan sistemik untuk mengidentifikasi nilai-nilai, kepercayaan, perilaku, dan kebiasaan masyarakat.

Walaupun model ini bukan merupakan sebuah teori, tapi paling tidak model ini akan dapat menjadi sebuah panduan untuk dapat memahami tentang aspek holistik, yaitu biopsikososiospiritual saat melaksanakan proses perawatan pasien. Profesi keperawatan mempertimbangkan kebutuhan fisik, spiritual, dan budaya pasien. Pemahaman yang menyeluruh tentang kebutuhan ini memfasilitasi pencapaian hasil klinis yang diinginkan. Selain itu, Model Leininger membantu profesional kesehatan untuk menghindari stereotip pasien. Namun, mampu melakukan perawatan pada pasien secara lebih menyeluruh. Sebelum melakukan pengkajian terhadap kebutuhan berbasis budaya

pada pasien, perawat seharusnya menyadari dan memahami terlebih dahulu budaya yang dimiliki oleh dirinya sendiri. Jika tidak dilakukan, maka tersebut dapat mengakibatkan cultural imposition.

C. Konsep Teori *Transcultural Nursing*

Model asuhan keperawatan Sunrise Model dari Leininger (2002) menggambarkan keberagaman budaya pada kehidupan sehari-hari dan memberikan penjelasan alasan pengkajian budaya harus dilakukan secara komperhensif. Nilai-nilai pelayanan budaya, kepercayaan dan praktik merupakan hal yang tidak mampu diubah dalam budaya dan dimensi struktural sosial pada masyarakat, yang mencakup konteks lingkungan, bahasa dan riwayat etnik yang menjadi anggapan dalam model ini (Potter, 2009).

D. Tujuan Teori Madeleine Leininger

Mengembangkan pengetahuan dan pohon keilmuan yang humanis, hingga pada akhirnya terwujud praktik keperawatan yang spesifik dan universal pada kebudayaan merupakan tujuan mempergunakan keperawatan transkultural (Leininger, dalam Ferry Efendi dan Makhfudli, 2009). Tujuan dari teori ini antara lain;

1) Mengetahui perawatan yang beranekaragam pada manusia dan bersifat universal yang berkaitan dengan pandangan, struktur sosial dan dimensi lainnya;

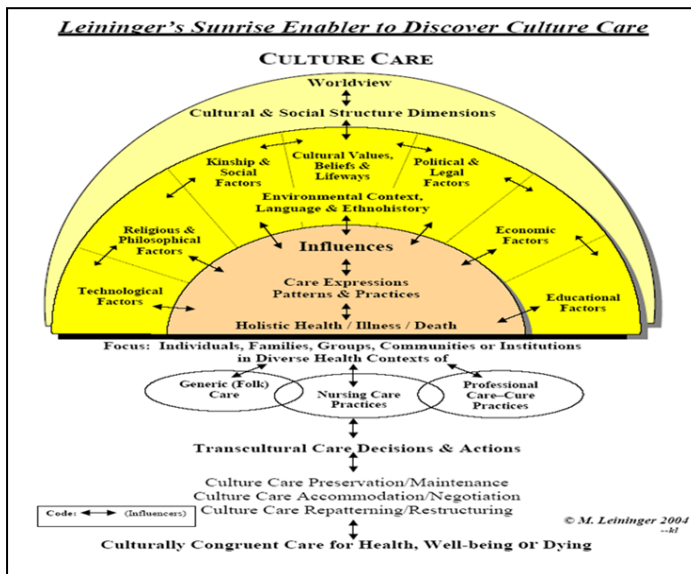
2) Mengetahui adat-istiadat;

3) Memberikan perawatan budaya yang sama untuk orang-orang yang berbeda atau orang yang mempunyai budaya sama;

4) Mempertahankan atau memperoleh keadaan yang baik dan sehat;

5) Menghadapi kematian secara tepat sesuai dengan budaya yang mereka miliki (Leineinger, 2002).

Dengan pengetahuan akan budaya spesifik dan budaya universal yang dipegang oleh pasien maka diharapkan praktik pelayanan keperawatan dapat dilaksanakan secara maksimal. Kebudayaan spesifik merupakan kebudayaan yang hanya dimiliki oleh kelompok yang tertentu. Misalnya kebudayaan pada suku batak, suku minang dan suku anak dalam. Sedangkan kebudayaan universal ialah kebudayaan yang secara umum dipegang oleh seluruh masyarakat. Sebagai contohnya; kebiasaan untuk mencuci tangan sebelum dan setelah makan merupakan perilaku kesehatan yang sangat baik. Hal ini dapat dilakukan untuk meminimalisir tubuh terkontaminasi mikroorganisme ketika makan.



Gambar 4. *Leininger's Sunrise Model to Depict Dimensions of the Theory of Culture Care Diversity and Universality* (Leineinger, 2002)

Model ini merupakan sebuah alat produktif yang dapat dijadikan pengkajian dan perawatan yang sesuai pada kebudayaan dan penelitian ilmiah. Terdapat 7 komponen yang ada pada Sunrise Model, sebagai dasar dalam rancangan pengkajian;

1) Faktor pendidikan (*educational factor*)

Yang dimaksud dengan latar belakang pendidikan pasien ialah pengalaman pasien dalam menempuh jalur pengalaman yang formal dan tertinggi saat ini. Tingkat pendidikan pasien yang tinggi maka keyakinannya biasa telah didukung oleh bukti ilmiah yang rasional dan individu tersebut dapat mempelajari proses adaptasi terhadap budaya yang ada dan sesuai dengan kondisi kesehatannya (Leineinger, 2002). Latar belakang pendidikan yang cukup mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mengadopsi informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan maupun dari media cetak atau elektronik (Kumala, 2013).

2) Faktor ekonomi (*economic factors*)

Ekonomi merupakan usaha manusia dari sumber yang terbatas memenuhi kebutuhan materialnya. Faktor yang mempengaruhi nilai ekonomi seseorang ialah pemasukan dalam keluarga, sumber penghasilan lain, asuransi kesehatan dan dampak penghasilan terhadap kesehatan dijelaskan sebagai faktor yang mempengaruhi nilai ekonomi dalam Teori transcultural nursing (Andrews & Boyle, 2012).

3) Faktor peraturan dan kebijakan (*political and legal factors*)

Kegiatan individu di dalam proses asuhan keperawatan transcultural nursing dipengaruhi oleh peraturan serta kebijakan rumah sakit atau instansi

kesehatan yang berlaku dan segala sesuatu (Kemenkes, 2016).

4) Faktor nilai budaya dan gaya hidup (*cultural values and life ways*)

Dalam teori transcultural nursing dijelaskan bahwa budaya merupakan norma atau tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan dibagi serta memberikan petunjuk berfikir, bertindak, dan mengambil keputusan (Leineinger, 2002). Nilai ialah konsepsi-konsepsi yang abstrak di dalam diri manusia, tentang apa yang baik dan apa yang buruk. Nilai-nilai budaya ialah sesuatu yang baik dan buruk dan telah dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya. (Subarkah, Nursalam, & Rachmawati, 2016). Hal-hal yang perlu dikaji yakni; kepercayaan tertentu, tanggung jawab terhadap kesehatan, mitos tentang pengobatan dan perawatan, persepsi tentang tenaga kesehatan, referensi budaya, ras dan etnik tertentu, akses ke informasi dan budaya, pengetahuan, sikap, kebiasaan tertentu, aktifitas fisik, kebiasaan makanan, kebersihan, pandangan budaya, hiburan dan rekreasi, alternatif gaya hidup, dan lain-lain (Melo, 2013).

5) Faktor sosial dan keluarga (*kinship and social factors*)

Fungsi sosial dan keluarga ialah sebagai sistem pendukung anggota-anggotanya dan ditujukan dalam peningkatan kesehatan dan proses adaptasi. Kemampuan keluarga menyediakan waktu, perhatian, dan dukungan dalam memenuhi kebutuhan fisik, mental, dan sosial merupakan bentuk dukungan sosial dan keluarga.

6) Faktor religiusitas dan filosofi (*religious and philosophical factors*)

Religiusitas memberikan motivasi yang sangat kuat dalam menempatkan kebenaran di atas segalanya atau bahkan di atas kehidupannya sendiri yang dapat menyebabkan seseorang memiliki sifat rendah hati dan membuka diri. Faktor religiusitas dan filosofi yang dapat dikaji antara lain; religiusitas dan filosofi meliputi adanya agama yang dianut, cara pandang terhadap penyakit dan cara pengobatan atau kebiasaan agama yang memberikan efek positif pada kesehatan. Praktik keagamaan, konsultasi ke dukun, arti hidup, kekuatan individu, kepercayaan, spiritualitas dan kesehatan, nilai personal, norma dan kepercayaan agama, kebebasan berpikir dan berekspresi, nilai institusional, hasil dan prioritas, peran sosial, komunikasi antar institusi, komunikasi intrasektor, dan lain-lain (Melo, 2013).

7) Faktor teknologi (*technology factors*)

Faktor teknologi, sebagai sumber informasi yang menjadi perantara dalam menyampaikan informasi dan mempengaruhi kemampuan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku individu berdasarkan budaya (Leineinger, 2002).

E. Kelebihan Teori Madeleine Leininger

1) Perspektif teori yang mempunyai sifat kompleks dan unik, karena tidak ada kekakuan dalam melihat proses keperawatan. Ketika perawat memberikan sebuah asuhan keperawatan, kebudayaan pasien juga hal yang sangat patut dan penting diperhatikan.

2) Pengaplikasiannya dapat juga memaksimalkan penggunaan teori keperawatan yang lainnya, seperti teori Orem, Virginia Henderson, dan Neuman.

3) Mampu memberikan arah pada perawat untuk memberikan bantuan bagi pasien dalam proses pengambilan keputusan yang akan berguna untuk meningkatkan status kesehatannya.

4) Mengatasi berbagai macam masalah dalam hambatan budaya yang sering kali ditemui pada saat melaksanakan sebuah proses asuhan keperawatan.

F. Kelemahan Teori Madeleine Leininger

Tidak memiliki metode yang spesifik mencakup pada seluruh proses keperawatan.

G. Penerapan Teori Madeleine Leininger dalam Keperawatan

1) Riset (*Research*)

Pada Teori Leininger, sudah dilakukan penelitian berkali-kali dengan menggunakan berbagai budaya yang ada di dunia. Salah satu teori yang digunakan adalah teori ethnonursing. Teori ini menjelaskan bahwa dalam melakukan perawatan kepada pasien perlunya dikaji dengan memperhatikan budaya yang dimiliki oleh pasien itu sendiri.

2) Edukasi (*Education*)

Bukan sesuatu yang baru ketika keanekaragaman budaya masuk dalam kurikulum pendidikan keperawatan. Keanekaragaman budaya dalam dunia keperawatan mulai untuk diintegrasikan ke dalam kurikulum keperawatan Saat komite kurikulum dari National League of Nursing (NLN) menerbitkan panduan yang berfokus pada ilmu sosiologi dan isu sosial yang sering ditemui oleh para perawat pada tahun 1917 Selanjutnya, komite NLN mengelompokan di dalam isi panduan tentang latar belakang budaya untuk mengetahui reaksi seseorang pada rasa sakit yang dirasakannya pada tahun 1937.

Di antara tahun 1965-1969 Madeleine Leininger, promosi kurikulum pertama tentang Transcultural Nursing dilaksanakan. Pada saat itu Leininger juga mendirikan program perawat bersama ilmuwan Ph-D pertama di Colorado School of Nursing, selain mengembangkan Transcultural Nursing di bidang kursus. Selanjutnya pada tahun 1977, Leininger memperkenalkan teori ini kepada mahasiswa pascasarjana. Terdapat pandangan bahwa jika beberapa program keperawatan tidak mengetahui pengaruh dari perawatan peka budaya maka akan mengakibatkan pelayanan keperawatan yang dilakukan menjadi kurang maksimal. Teori Leininger telah memberikan pengaruh yang sangat besar dalam proses pembelajaran keperawatan yang ada di dunia.

Nanti, ketika perawat berhadapan langsung dengan pasien maka perawat tidak hanya akan merawat pasien yang memiliki budaya yang sama dengan budaya dirinya saja. Bahkan, mereka juga dapat saja menghadapi pasien yang asalnya dari luar wilayah negara Republik Indonesia, sehingga sangat penting untuk mengimplementasikan teori transcultural nursing dalam sistem pendidikan kita di Indonesia

3) Kolaborasi (*Colaboration*)

Asuhan keperawatan merupakan sebuah bentuk pelayanan yang seharusnya dioptimalkan yang mengacu pada kemungkinan variasi di pendekatan keperawatan. Hal ini diperlukan untuk memberikan asuhan budaya yang mampu memberikan penghargaan terhadap nilai budaya individu serta kepercayaan dan tindakan termasuk di dalamnya kepekaan terhadap lingkungan yang dimiliki oleh individu yang datang dan pada individu yang kemungkinan akan kembali lagi dalam pelayanan keperawatan.

Penerapan Teori Leininger pada lingkungan pelayanan kesehatan memerlukan sebuah proses yang disesuaikan dengan latar belakang budaya pasien. Tentunya hal ini sangat ditunjang ketika melaksanakan kolaborasi dengan pasien atau dengan staf kesehatan lainnya. Pemahaman terhadap budaya pasien akan diterapkan ke dalam strategi yang dipergunakan dalam melakukan proses asuhan keperawatan.

Strategi perawatan peka budaya menurut Leininger diantaranya:

a) Strategi I, perlindungan atau mempertahankan budaya.

Dilaksanakan jika budaya pasien tidak memiliki pertentangan dengan kesehatan. Sebaiknya disesuaikan dengan nilai-nilai yang relevan pada tahapan perencanaan dan implementasi keperawatan yang diberikan, sebagai contohnya budaya berolah raga setiap pagi hari.

b) Strategi II, mengakomodasi atau negosiasi budaya.

Tahapan intervensi dan implementasi keperawatan dilaksanakan untuk membantu pasien melakukan adaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih memberikan keuntungan pada kesehatannya. Perawat dapat membantu pasien agar mampu memilih dan menentukan budaya lain yang akan lebih mendukung peningkatan kesehatan, misalnya ketika pasien hamil dan memiliki pantangan makanan yang berbau amis, maka pilihan pada ikan dapat digantikan dengan sumber nabati atau protein hewani lain yang memiliki kandungan nilai gizi yang sama dengan ikan.

c) Strategi III, mengubah atau mengganti (restrukturisasi) budaya pasien.

Dilaksanakan jika budaya yang dimiliki akan merugikan status kesehatan pasien. Misalnya upaya perawat merestrukturisasi gaya hidup pasien yang mempunyai kebiasaan merokok menjadi tidak merokok. Yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut oleh pasien biasanya menjadi pola rencana hidup yang dipilih.

4) Pemberi Perawatan (*Care Giver*)

Memahami konsep teori Transcultural Nursing seharusnya dimiliki oleh perawat sebagai care giver. Sebab bila hal tersebut terabaikan oleh perawat, akan berakibat terjadinya cultural shock atau culture imposition. Cultural shock akan dialami oleh pasien pada kondisi ketika perawat tidak mampu beradaptasi terhadap perbedaan nilai budaya. Culture imposition ialah kecenderungan tenaga kesehatan perawat yang memiliki keyakinan bahwa budayanya lebih tinggi dari pada budaya kelompok lain, baik secara diam-diam maupun terang-terangan memaksakan nilai budaya, keyakinan, dan kebiasaan atau perilaku yang dimilikinya pada individu, keluarga, atau kelompok dan budaya lain.

Akan timbul rasa tidak percaya hingga tidak akan terbina hubungan terapeutik jika perawat tidak mampu memahami budaya pasien. Sehingga pemahaman budaya pasien oleh perawat sangat mempengaruhi pada efektivitas keberhasilan dalam menciptakan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien.

5) Manajemen

Dalam pengaplikasian Transcultural Nursing dapat dilakukan pada manajemen keperawatan. Terdapat beberapa rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya yang dalam memberikan pelayanan kesehatan mempergunakan bahasa daerah pasien saat interaksi. Hal ini dapat membuat pasien merasa lebih nyaman dan dekat

dengan petugas pemberi pelayanan kesehatan. Hal ini bisa saja dilakukan mengingat bahwa tidak semua warga negara Indonesia fasih dan merasa nyaman mempergunakan bahasa Indonesia. Terutama bagi masyarakat yang masih awam, hal ini disebabkan nilai budaya cukup kuat yang dipegang oleh tiap orang.

6) Sehat dan Sakit

Konsep sehat dan sakit sebagai suatu hal yang sangat bergantung dan ditentukan oleh budaya telah dijelaskan oleh Leininger. Apresiasi keadaan sakit yang diderita seorang pasien turut dipengaruhi oleh budaya. Dari berbagai wilayah di seluruh Indonesia apresiasi terhadap sakit yang ditampilkan juga bervariasi.

15. IDA JEAN ORLANDO PELLETIER

“Teori Proses Keperawatan Deliberatif (*Deliberative Nursing Process Theory*)”



Ida Jean Orlando

(Sumber: <https://nurseslabs.com/ida-jean-orlandos-deliberative-nursing-process-theory/>)

A. Biografi

Ida Jean Orlando-Pelletier dilahirkan pada tanggal 12 Agustus 1926, dari imigran Italia. Wafat pada tanggal 28 November 2007 di Boston. Ia dibesarkan selama Depresi dan menerima diploma keperawatan pada tahun 1947 dari

Fakultas Kedokteran New York, Sekolah Perawat Rumah Sakit Flower Fifth Avenue. Dia mendapat gelar B.S. dalam keperawatan kesehatan masyarakat pada tahun 1951 dari St. John's University di Brooklyn, New York. Pada tahun 1954, Orlando-Pelletier meraih gelar M.A dalam konsultasi kesehatan mental dari Columbia University Teachers College.

Selama tahun-tahun perkembangan pendidikannya, Orlando-Pelletier bekerja di berbagai tempat perawatan. Setelah menyelesaikan gelar M.A., Orlando-Pelletier mengajar selama 8 tahun di Yale School of Nursing di New Haven, Connecticut. Ketika berada di Yale, Orlando-Pelletier adalah rekan peneliti dan penyelidik utama dari hibah proyek federal yang berjudul "Integrasi Konsep Kesehatan Mental dalam Kurikulum Dasar," selama waktu itu ia mengumpulkan data sambil mengamati siswa berinteraksi dengan pasien dan anggota pendidikan lainnya dan tim kesehatan.

Setelah menganalisis data ini, Orlando-Pelletier melaporkan temuannya dalam sebuah buku yang diterbitkan di tahun 1961 dengan judul *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function and Principles of Profesional Nursing Practice* (1990). Sejak publikasi awal, buku ini telah diterbitkan dalam lima bahasa lain selain bahasa Inggris. Informasi dalam buku ini membentuk dasar dari teori Proses Keperawatan Orlando Pelletier (Tomey & Alligood, 2002).

B. Teori yang Dikemukakan Jean Orlando

Jean Orlando menggunakan hubungan interpersonal sebagai landasan teorinya. Perhatian utamanya adalah sifat unik dari setiap individu/klien, yaitu ekspresi klien, baik

verbal maupun nonverbal, menunjukkan/mengisyaratkan kebutuhan. Kegiatan atau tindakan keperawatan ditunjukkan untuk memenuhi kebutuhan klien. Teori keperawatan dari Orlando yang dikenal sebagai “disciplined professional respons theory”, menekankan pada hubungan timbal balik (reciprocal relationship) antara perawat dengan pasien (Kusnanto, 2004).

Untuk Teori Proses Keperawatan Orlando-Pelletier didasarkan pada premis bahwa hubungan perawat-pasien bersifat timbal balik, yang berarti bahwa tindakan yang satu memengaruhi yang lain. Orlando-Pelletier adalah salah satu dari pemimpin keperawatan pertama yang mengakui pentingnya partisipasi pasien dan kepedulian perawat yang disengaja dalam proses keperawatan. Orlando-Pelletier juga percaya bahwa profesi keperawatan berbeda dari profesi medis dan bahwa "tindakan keperawatan berasal dari pengalaman langsung pasien dan kebutuhan mendesak untuk bantuan" (Tomey & Alligood, 2002).

Dengan kata lain, Teori Orlando-Pelletier menyatakan bahwa "keperawatan itu unik dan mandiri karena menyangkut kebutuhan individu akan bantuan, nyata atau potensial, dalam situasi langsung. Proses keperawatan menyelesaikan ketidakberdayaan ini bersifat aktif dan dikejar dengan cara disiplin yang membutuhkan pelatihan. Orlando-Pelletier percaya bahwa tindakan seseorang harus didasarkan pada alasan bukan protokol" (Nur Aini, 2018).

Beberapa asumsi yang ada dalam Teori Orlando adalah (Tomey and Alligood, 2006; Wayne , 2014):

- 1) Bila pasien tiak dapat mengatasi kebutuhan mereka sendiri, mereka menjadi tertekan oleh perasaan tidak berdaya.

2) Pasien adalah unik dan individual dalam merespon.

3) Praktek keperawatan berhubungan dengan orang dan lingkungan.

4) Pasien membutuhkan bantuan untuk mengkomunikasikan kebutuhan mereka, Mereka tidak nyaman dan ambivalen terhadap kebutuhan ketergantungan mereka.

5) Orang bisa menjadi rahasia atau eksplisit tentang kebutuhan, persepsi, pikiran, dan perasaan mereka.

6) Situasi perawat pasien bersifat dinamis, tindakan dan reaksi dipengaruhi baik oleh perawat, maupun pasien.

7) Orang melambangkan makna pada situasi dan tindakan yang tidak terlihat oleh orang lain.

8) Pasien masuk kedalam asuhan keperawatan melalui pengobatan.

9) Pasien tidak dapat menyatakan sifat dan makna kesusahannya tanpa bantuan perawat.

10) Setelah melakukan observasi kepada pasien, segera perawat melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya atau mencari tahu apakah pasien tidak butuh bantuan saat itu.

11) Setiap pengamatan yang dilakukan bersama dan diamati dengan pasien segera membantu dalam memastikan dan memenuhi kebutuhannya, atau mengetahui bahwa dia tidak membutuhkannya pada saat itu.

12) Perawat prihatin dengan kebutuhan pasien yang tidak dapat menemuinya sendiri

Orlando mengemukakan beberapa konsep utama dalam teorinya, antara lain: konsep disiplin dalam keperawatan (nursing process discipline) yang juga dikenal dengan sebutan proses disiplin atau proses keperawatan. Disiplin proses keperawatan digambarkan dengan bentuk interaksi total (totally interactive) yang dilaksanakan tahap demi tahap pada apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut, tindakan yang harus dilakukan, komunikasi perawat terhadap pasiennya yang sifatnya segera, mengidentifikasi permasalahan pasien yang disampaikan kepada perawat, mengidentifikasi kebutuhan pasien, dan menanyakan untuk validasi dan perbaikan. Orlando menekankan hubungan tindakan timbal balik antara pasien dan perawat. Ini menekankan pentingnya partisipasi pasien dalam proses keperawatan (Nur Aini, 2018).

Orlando juga menganggap keperawatan sebagai profesi yang berbeda dan memisahkannya dari kedokteran. Dimana perawat menentukan tindakan keperawatan daripada diminta oleh perintah dokter, kebutuhan organisasi, dan pengalaman pribadi masa lalu (Waayne, 2014). Tujuan Orlando adalah mengembangkan teori praktek keperawatan yang efektif. Teori tersebut menjelaskan bahwa peran perawat adalah untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan mendesak pasien untuk mendapatkan pertolongan (Wayne, 2014).

Dalam teorinya, Orlando menekankan hubungan timbal balik antara pasien dan perawat. Orlando menggambarkan model teorinya ini dengan lima konsep, yaitu:

- 1) Fungsi perawat profesional

Fungsi keperawatan profesional adalah prinsip pengorganisasian ini berarti mencari tahu dan memenuhi kebutuhan mendesak pasien yang meminta bantuan. Tanggung jawab perawat membantu apapun yang pasien butuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasiennya. Menurut Orlando, keperawatan responsis terhadap individu yang menderita, atau yang mengantisipasi rasa tidak berdaya. Hal ini difokuskan pada proses perawatan dalam pengalaman langsung, dan berkaitan dengan memberikan bantuan langsung kepada pasien dalam situasi apapun yang mereka temukan untuk menghindari atau mengurangi rasa tidak percaya pada pasien.

2) Mengetahui perilaku pasien

Mengetahui perilaku pasien yaitu dengan mengobservasi apa yang dikatakan pasien maupun perilaku non-verbal yang ditunjukkan pasien.

3) Reaksi segera

Reaksi segera ialah respon internal yang segera dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan. Reaksi segera mencakup persepsi, ide, perasaan perawat dan pasien. Pasien mempersepsikan benda-benda dengan lima inderanya. Persepsi ini, merangsang pemikiran otomatis, dan setiap pikiran merangsang perasaan otomatis, menyebabkan pasien bertindak.

4) Disiplin proses keperawatan

Disiplin proses keperawatan adalah penyelidikan terhadap kebutuhan pasien. Mencakup komunikasi perawat kepada pasiennya yang sifatnya segera, mengidentifikasi permasalahan pasien yang telah disampaikan kepada perawat, menanyakan untuk validasi atau perbaikan, mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk membantunya

serta untuk melakukan tindakan yang tetap. Prinsip dalam melakukan tindakan menurut Orlando, perawat harus mengawali dengan proses eksplorasi. Selanjutnya perawat dapat bertindak dengan dua cara yaitu tindakan otomatis dan tindakan terencana hanya tindakan terencana yang memenuhi fungsi profesional perawat. Yang termasuk kriteria tindakan keperawatan yang direncanakan ialah:

a) Tindakan tersebut merupakan hasil dari proses identifikasi kebutuhan pasien dengan memvalidasi reaksi perawat terhadap perilaku pasien.

b) Perawat menjelaskan maksud tindakan terhadap pasien yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien.

c) Perawat memvalidasi efektivitas tindakan dan segera setelah dilakukan secara lengkap.

d) Perawat membahas stimulasi yang tidak berhubungan dengan kebutuhan pasien ketika melakukan tindakan, sedangkan tindakan otomatis dilakukan bila kebutuhan pasien mendesak. Contoh tindakan rutinitas melaksanakan instruksi dokter dan tindakan perlindungan kesehatan secara umum. Tindakan otomatis tidak membutuhkan validasi reaksi oleh perawat.

e) Kemajuan atau perbaikan.

Perbaikan adalah resolusi terhadap situasi pasien. Dalam resolusi tersebut, tindakan perawat tidak dievaluasi. Sebagai gantinya, hasil tindakannya dievaluasi untuk menentukan apakah tindakannya dilakukan untuk membantu pasien menyampaikan kebutuhannya akan bantuan dan bagaimana hal tersebut terpenuhi.

Tindakan terencana perawat terdiri dari lima tahap yang dikenal dengan proses keperawatan yaitu (Wayne, 2014):

1) Pengkajian

Pada tahap pengkajian, perawat melengkapi penilaian holistik terhadap kebutuhan pasien. Perawat menggunakan kerangka kerja keperawatan untuk mengumpulkan data subjektif dan objektif tentang pasien.

2) Diagnosa keperawatan

Tahap diagnosa menggunakan penilaian klinis perawat tentang masalah kesehatan. Diagnosa kemudian dapat dikonfirmasi dengan menggunakan tautan untuk menentukan karakteristik, faktor terkait dan faktor resiko yang ditemukan dalam penilaian pasien.

3) Perencanaan

Tahap perencanaan membahas masing-masing masalah yang didefinisikan dalam diagnosa. Setiap masalah diberikan tujuan atau hasil yang spesifik, dan setiap tujuan atau hasil diberikan intervensi keperawatan untuk membantu mencapai tujuan. Pada akhir tahap ini, perawat akan memiliki rencana asuhan keperawatan.

4) Implementasi

Pada tahap implementasi, perawat mulai menggunakan rencana asuhan keperawatan.

5) Evaluasi

Dalam tahap evaluasi, perawat melihat kemajuan pasien menuju tujuan yang ditetapkan dalam rencana

asupan keperawatan. Perubahan dapat dilakukan pada rencana asuhan keperawatan berdasarkan seberapa baik (atau buruknya) pasien maju menuju sasaran. Jika ada masalah baru yang diidentifikasi dalam tahap evaluasi, mereka dapat ditangani, dan prosesnya dimulai lagi untuk masalah spesifik tersebut.

C. Paradigma Keperawatan Menurut Jean Orlando

Definisi komponen paradigma keperawatan menurut Orlando adalah (Tomey and Alligood, 2006; Wayne, 2014):

1) Manusia

Orlando menggunakan konsep manusia karena dia menekankan individualitas dan sifat dinamis hubungan perawat-pasien. Baginya, manusia yang membutuhkan adalah fokus dari praktik keperawatan.

2) Kesehatan

Orlando berpendapat bahwa kesehatan adalah bebas dari ketidaknyamanan fisik dan mental, merasa adekuat dan sejahtera serta berkontribusi terhadap sehat. Dia menyatakan bahwa keperawatan berhubungan dengan individu yang membutuhkan pertolongan.

3) Lingkungan

Orlando benar-benar mengabaikan lingkungan dalam teorinya, hanya berfokus pada kebutuhan mendesak pasien, terutama hubungan dan tindakan antara perawat dan pasien (hanya seorang individu dalam teorinya, tidak ada keluarga atau kelompok yang disebutkan). Efek yang dimiliki lingkungan terhadap pasien tidak pernah disebut dalam teori Orlando.

4) Keperawatan

Orlando berbicara tentang keperawatan sebagai profesi yang unik dan independen dalam keprihatinannya akan kebutuhan individu akan bantuan dalam situasi segera. Upaya untuk memenuhi kebutuhan individu akan bantuan dilakukan dalam situasi interaktif dan dengan cara yang disiplin yang memerlukan pelatihan yang tepat.

16. JOYCE TRAVELBEE

“Model Hubungan Manusia-ke-Manusia (*Human to Human Relationship Model of Nursing*)”



Joyce Travelbee

(Sumber: <http://joycetravelbee.blogspot.com/2012/03/blog-post.html>)

A. Biografi

Joyce travelbee dilahirkan pada tahun 1926 di New Orleans, Louisiana, Amerika. Wafat pada tahun 1973. Ia merupakan psikiater sekaligus pengajar dan penulis. Pada tahun 1956, Travelbee meraih gelar B.S yang didapatkan dari sekolah pendidikan keperawatan di sebuah kota yang bernama Louisiana. Travelbee memulai program kedokteran di florida pada musim panas tahun 1973. Namun, pada tahun yang sama di usia 47 tahun, Travelbee meninggal karena

penyakit sehingga tidak dapat menyelesaikan pendidikannya.

Tahun 1952, Trevelbee mengawali karirnya sebagai seorang pengajar perawatan. Pengajar ilmu psikiater di RS Depaul yang merangkap sebagai sekolah di kota new orlean. Selain itu, Trevelbee mengajar pada bidang ilmu psikiater di Rumah Sakit dan di Universitas Charity yang berada kota Lusiana, University New York yang terletak di Kota New York dan juga Universitas Mississippi di Kota Jakson. Travelbee ditetapkan sebagai direktur proyek di Hotel Dieu yang merupakan sekolah keperawatan di New Orleans pada tahun 1970. Begitu pula saat Trevelbe meninggal, ia juga masih sementara menjabat di sekolah pendidikan bidang keperawatan Universitas Lusiana.

Pada tahun 1963, Trevelbee telah menerbitkan sebuah artikel pada majalah harian keperawatan. Pada tahun 1966 dan 1971, ia menerbitkan buku pertama mengenai aspek perseorangan keperawatan. Pada tahun 1969, ia kembali menerbitkan buku keduanya mengenai intervensi yang berada pada ilmu psikiater keperawatan; proses dalam hubungan antara perseorangan. Di bawah pimpinan redaksi Doona, bukunya kembali diterbitkan pada tahun 1979 mengenai intervensi dalam ilmu psikiater keperawatan (Travelbe. J, 2015).

Pengalaman dari Trevelbee selama mengikuti pendidikan dasar keperawatan dan melakukan praktek awal di sebuah institusi amal Katholik menjadi sumber teori yang digunakan serta memiliki dampak yang besar terhadap perkembangan teorinya. Trevelbee meyakini bahwa proses keperawatan pada pasien masih kurang perhatian, dan ia menganggap bahwa keperawatan memerlukan revolusi kemanusiaan. Trevelbee mengharapkan adanya perubahan

dalam dunia keperawatan dimana perawat memiliki fokus untuk menjaga dan merawat orang dari penyakit serta memprediksikannya jika terdapat pelanggan yang menyebabkan pasien akan menuntut pelayanan dari petugas kesehatan.

B. Teori Keperawatan Travelbee

Teori yang dikemukakan oleh Travelbee sebagian besar dipengaruhi oleh Loa Jean Orlande yang merupakan seorang instruktur yang membantu ia selama proses menyelesaikan studi di Yale. Sebagai contoh, Orlando melalui berbagai cara persamaan adalah harapan trevelbee. Orlando berpendapat “perawat adalah tanggung jawab dalam membantu pasien menghindari dan meringankan rasa duka cita mereka karena tidak mendapatkan makanan. Orlando berpendapat bahwa perawat dan pasien saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Persamaan antara dua cara terlihat terlihat dari pernyataan Trevelbee bahwa perawat dan pasien saling berinteraksi antara satu dengan yang lain dan definisinya itu merupakan tujuan keperawatan (Travelbee, J, 2015).

Travelbee menyatakan bahwa tujuan keperawatan adalah guna membantu perseorangan, keluarga, atau komunitas untuk mencegah atau mengurangi pengalaman penyakit dan penderitaan (Travelbee, J, 2018).

Berdasarkan pendapat Teori Travelbee dalam konsep logoterapi, maka Trevelbee juga nampak dipengaruhi oleh Viktor Frankl, seorang penyelamat dari Auschwitz di Pemusatan Nazi. Hasil dari pengalamannya, Frankl mengajukan teori logoterapi yang mana pasien sebenarnya adalah pelawan dan reorientasi untuk mengartikan hidupnya (Travelbee, J, 2018).

Travelbee menjabarkan keperawatan sebagai proses pencegahan dan penanggulangan penyakit dan penderitaan antardiri perseorangan dalam komunitas. Proses antar diri yang dimaksud adalah suatu pengalaman yang terjadi antara perawat dan individu atau sekelompok individu. Menurut Travelbee, tujuan adanya keperawatan adalah membantu perseorangan, keluarga, atau komunitas untuk mencegah atau mengulangi dengan pengalaman penyakit dan penderitaan. Travelbee menyakini dibutuhkan adanya revolusi kemanusiaan dalam keperawatan.

Joyce Travelbee menyatakan untuk memahami model konsep keperawatan, terdapat beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang dimiliki yaitu:

1. Manusia	9. Komunikasi
2. Pasien	10. Interaksi
3. Perawat	11. Interaksi antara perawat dan pasien
4. Penyakit	12. Pengobatan bagi diri sendiri
5. Penderitaan	13. Rasa empati
6. Rasa sakit	14. Rasa simpati
7. Harapan	15. Hubungan
8. Keputusanasaan	16. Hubungan antara sesama manusia

Katherine Taylor yang merupakan pelajar pertama dan rekan kerja Travelbee, mengungkapkan bahwa Travelbee

merupakan seorang pembaca yang produktif menggeluti data-data mengenai kartu bibliografi. Faktanya, teori Travelbee bersumber dari pengalaman kumulatif keperawatan yang ia miliki serta bacaan dari fakta studi penelitian yang akurat (Travelbee, J. 2018).

Adapun teori keperawatan Philadelphia: FA Davis, Aapek interpersonal keperawatan:

1) Konsep Dasar dan Definisi Manusia

Manusia merupakan individu yang unik dan tidak dapat dipisahkan dalam suatu waktu pada dunia ini. Pasien merupakan sesuatu yang bersifat klise dan berguna bagi komunikasi bidang ekonomi. Sesungguhnya pasien itu tidak sepenuhnya ada sebab pasien adalah makhluk hidup individu yang butuh kepedulian, pelayanan dan bantuan dari orang lain yang dipercaya dapat memberikan pertolongan pada hal yang (Travelbee, J, 2018).

2) Perawat

Pada upaya mencegah penyakit atau memelihara tingkat kesehatan yang tinggi, perawat juga merupakan manusia yang mempunyai tubuh serta pengetahuan khusus dan kemampuan untuk membantu orang lain (Travelbee, J, 2018).

3) Penyakit

Penyakit merupakan sebuah klasifikasi dan kategori. Travelbee lebih mengidentifikasi definisi penyakit sebagai sebuah pengalaman sakit seseorang dan bukan sebagai definisi yang menyatakan bahwa seseorang tidak dalam keadaan sehat. Travelbee mengemukakan bahwa sebagai bentuk kriteria subjektif dan objektif, penyakit ditentukan oleh dampak luar dari penyakit dalam diri individu. Adapun

kriteria subjektif yang dimaksud lebih menekankan kepada apa yang dirasakan seseorang sebagai penyakit (Travelbee, J.,2018).

4) Penderitaan

Penderitaan ialah sebuah wujud perasaan tidak menyenangkan yang meluas baik secara mental maupun fisik atau ketidaksesuaian spiritual yang menyebabkan penderitaan disebut sebagai tingkat yang menular “tidak terjaga” dan seterusnya akan meningkat dari suatu persamaan yang apatis (Travelbee, J., & Doona, ME, 2015)

5) Rasa sakit

Keberadaan rasa sakit tak terlihat hanya saja dampaknya bisa dirasakan. Rasa sakit merupakan pengalaman tersendiri yang berdampak tidak mampu serta sulit untuk dikomunikasikan ke individu (Travelbee, J., & Doona, ME, 2015)

6) Harapan

Harapan merupakan karakter yang dibangun oleh mental melalui keinginan untuk mendapatkan suatu penyelesaian. Dapat pula dikatakan sebagai proses untuk menyelesaikan suatu penggabungan perencanaan dengan beberapa tingkatan pengharapan agar suatu keinginan ataupun permintaan dapat tercapai. Harapan memiliki hubungan dengan ketergantungan, pilihan, keberanian, keinginan, kegigihan, kepercayaan dan berorientasi pada masa depan (Staskova V, Tothoa V, 2015)

7) Keputusan

Keputusan adalah ketiadaan pengharapan (Staskova V, Tothoa V, 2015)

8) Komunikasi

Komunikasi dalam keperawatan merupakan suatu proses menjalin hubungan antar sesama manusia agar tercipta kondisi yang dapat saling membantu antar individu dan keluarga untuk mencegah dan menanggulangi suatu penyakit sehingga penderitaan dapat dijadikan sebagai pengalaman (Staskova V, Tothoa V, 2015).

9) Interaksi

Interaksi (interaction) mengacu terhadap interaksi pada dua individu yang sanggup berpengaruh timbal balik antara sesama dan sanggup melakukan komunikasi dengan cara verbal ataupun nonverbal (Staskova V, Tothoa V, 2015).

10) Interaksi Antara Perawat Dan Pasien

Suatu interaksi antara perawat bersama seseorang yang mengalami sakit. Kebutuhan keperawatan merupakan keperluan seseorang ataupun keluarga yang tengah mengalami sakit yang ditemui bersama oleh perawat profesional pelaksana dengan menempatkan dalam keterjangkauan definisi yang legal di dalam praktek keperawatan (Staskova V, Tothoa V., 2015)

11) Pengobatan bagi diri sendiri

Pengobatan yang digunakan bagi diri sendiri merupakan kemampuan dan pengetahuan, serta pemahaman diri sendiri yang dilakukan secara sadar untuk membangun hubungan dan intervensi struktur keperawatan. Seseorang memiliki kemampuan yang dinamis dalam mengintegrasikan antar pengetahuan yang dimiliki dengan pengetahuan yang lain dalam memahami situasi keperawatan yang tepat (Staskova V, Tothoa V., 2015).

12) Rasa empati

Empati merupakan keadaan seorang individu mampu memahami keadaan psikologis orang lain (Travelbee, J, 2016).

13) Rasa simpati

Simpati merupakan kemampuan untuk membantu seseorang yang sedang mengalami tekanan atau stress (Travelbee, J., 2016)

14) Hubungan

Hubungan merupakan suatu proses, kejadian, maupun pengalaman bersama yang menunjukkan bentuk kepedulian dan penerimaan keperawatan yang berkaitan dengan pikiran dan perasaan yang dapat dikomunikasikan oleh seorang terhadap orang lain (Staskova V, Tothoa V, 2015)

15) Hubungan antar sesama manusia

Sebuah hubungan antar sesama manusia merupakan pengalaman utama dari pengalaman yang berkelanjutan antara perawat dan penerima keperawatan yang memiliki karakteristik berupa bertemunya antara kebutuhan keperawatan individu (atau keluarga). Hubungan di antara sesama manusia dapat terbangun ketika perawat dan penerima perawatan telah mencapai suatu hubungan yang dapat meningkatkan pertemuan yang asli atau original, munculnya sebuah identitas, empati dan juga simpati (Staskova V, Tothoa V, 2015).

Travelbee menjabarkan definisi keperawatan ialah suatu proses antar diri perseorangan dan komunitas dalam upaya pencegahan dan penganggulungan pengalaman dari adanya penyakit dan penderitaan. Selain itu, hubungan ini dibutuhkan sebagai proses antar diri seseorang yang terjalin

antara perawat dan individu lain atau kelompok individu dan individu lainnya (Alligood, Martha Raile, 2014).

1) Personal/ orang

Kata person diartikan sebagai manusia yang memiliki pribadi yang unik, baik antara perawat dan pasien, yang tidak mampu dipisahkan secara berkelanjutan menjadi sebuah susunan dan perubahan (Travelbee, J. 1971)

2) Kesehatan

Travelbee menjabarkan kesehatan sebagai kesehatan subjektif dan objektif. Adapun status kesehatan subjektif seseorang merupakan definisi dari membaiknya individu dan memiliki persetujuan penilai pada diri sendiri pada aspek status fisik, emosional, maupun spiritual. Kesehatan secara objektif didefinisikan sebagai suatu ketidakadaan penyakit yang tidak mampu terlihat, ketidakmampuan atau ukuran kecatatan dan pengecekan fisik, uji laboratorium, serta penafsiran dari seorang ahli spiritual atau penasehat psikologi (Alligood, Martha Raile, 2014).

3) Lingkungan

Travelbee tidak secara tegas memberikan definisi mengenai lingkungan. Namun, menurut Travelbee lingkungan dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dan kehidupan yang memiliki pengalaman pertemuan oleh semua manusia selama menderita, harapan dan kesakitan. Keadaan ini dapat disamakan dengan lingkungan (Alligood, Martha Raile, 2014)

17. RAMONA T. MERCER

“Model pencapaian Peran Ibu — Menjadi Seorang Ibu” (*Maternal Role Attainment-Becoming a Mother Model*)



Ramona T. Mercer

(Sumber: <https://alchetron.com/Ramona-T-Mercer>)

A. Biografi

Lahir pada tanggal 4 Oktober 1929 asuhan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat maternitas sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dalam berbagai macam tindakan keperawatan seperti upaya dalam pelayanan antenatal, intranatal, post partum dan perawatan bayi baru lahir. Dalam perannya sebagai perawat profesional, perawat maternitas diperlukan untuk mengembangkan ilmu dan kiat keperawatan yang salah satunya ialah harus mampu mengintegrasikan model konseptual khususnya dalam pemberian proses asuhan keperawatan maternitas.

Salah satu model konseptual keperawatan yang telah mendasari keperawatan maternitas ialah *Maternal Role Attainment-Becoming a Mother* yang telah dikembangkan oleh Ramona T. Mercer. Mercer merupakan seorang perawat

yang sangat mempunyai perhatian terhadap proses persalinan. Dia adalah salah satu murid Reva Rubin yang telah menghasilkan banyak karya ilmiah. Sepanjang karirnya selama 30 tahun, Mercer melakukan 2 (dua) penelitian penting yaitu efek stress antepartum pada keluarga dan pelaksanaan peran ibu. Teori Mercer lebih banyak menekankan pada stress antepartum dan pencapaian peran ibu. Ia melakukan identifikasi jika seorang perempuan pada awal postpartum, yang menunjukkan bahwa perempuan akan lebih mendekati diri pada bayinya dibanding dengan melaksanakan tugas sebagai seorang ibu pada umumnya (Marmi & Margiyati, 2013).

Fokus utama dari teori ini ialah gambaran pada proses pencapaian peran ibu dan proses menjadi seorang ibu dengan berbagai asumsi yang menjadi dasarnya. Model ini juga dapat menjadi pedoman bagi perawat dalam melakukan pengkajian pada bayi dan lingkungannya, dipergunakan untuk mengidentifikasi tujuan bayi, memberikan bantuan kepada bayi dengan pendidikan dan dukungan, memberikan pelayanan pada bayi yang belum mampu untuk melakukan perawatan secara mandiri dan mampu berinteraksi dengan bayi dan lingkungannya.

Konsep teori Mercer ini dapat diaplikasikan oleh perawat dalam perawatan bayi baru lahir terutama pada kondisi psikosial dan emosional bayi baru lahir yang masih sering diabaikan. Model konseptual Mercer memandang bahwa sifat bayi memberikan dampak pada identitas peran ibu. Respon perkembangan pada bayi baru lahir yang berinteraksi dengan perkembangan identitas peran ibu dapat teramati dari pola perilaku sang bayi.

B. Teori Ramona T. Mercer

Maternal role attainment merupakan teori tentang bagaimana seorang wanita mencapai perannya menjadi seorang ibu. Penggunaan bukti empiris dari riset yang dilaksanakan Mercer ialah peran seorang ibu dipengaruhi banyak faktor dan banyak temuan pentingnya peran keluarga. Peran ibu yang dimaksud Mercer yakni usia pertama kali melahirkan, pengalaman saat melahirkan, awal pemisahan dari bayi, stres, sosial, sosial support, ciri-ciri kepribadian, konsep diri, sikap membesarkan anak dan kesehatan. Mercer juga mengartikan bahwa terdapat komponen bayi yaitu temperamen bayi, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, responsive (ketanggapan) dan status kesehatan yang mempengaruhi peran seorang ibu (Alligood 2014).

Di dalam mengembangkan model konseptualnya, Mercer mempergunakan berbagai konsep utama yakni: (Aligood, 2014)

1) Pencapaian peran ibu (*maternal role attainment*) ialah sebuah proses pengembangan dan interaksional dimana setiap saat ketika ibu menyentuh bayinya akan menciptakan kemampuan mengasuh dan merawat termasuk membentuk peran dan menunjukkan kepuasan dan kesenangan menikmati perannya.

2) *Maternal identity* menunjukkan internalisasi diri dari seorang ibu.

3) Persepsi terhadap kelahiran bayi ialah persepsi setiap wanita dalam menunjukkan persepsi pengalamannya selama melahirkan bayinya.

4) *Self esteem* digambarkan sebagai persepsi individu dalam menggambarkan dirinya sendiri.

5) Konsep diri ialah seluruh persepsi individu terhadap kepuasan diri, penerimaan diri, harga diri dan kesesuaian antara diri dan ideal dirinya.

6) Fleksibilitas dikemukakan untuk menunjukkan bahwa peran tidaklah kaku. Seiring dengan meningkatnya perkembangan maka fleksibilitas perilaku pengasuhan anak juga meningkat. Potensi mengalami kekakuan pada bayinya dan penyesuaian pada setiap situasi terjadi pada ibu yang lebih tua.

7) *Childrearing attitude* ialah perilaku ibu atau kepercayaan tentang pengasuhan anak.

8) Status kesehatan diartikan sebagai persepsi orang tua terhadap prioritas kesehatannya, pandangan terhadap kesehatan, kesehatan saat ini, resistensi atau kemungkinan untuk sakit, hal yang dikhawatirkan dalam kesehatan, orientasi sakit dan memutuskan peran sakit.

9) Kecemasan diilustrasikan sebagai persepsi individu tentang situasi yang penuh dengan stress seperti adanya bahaya atau ancaman.

10) Depresi ditunjukkan dengan adanya beberapa gejala tekanan yang nampak dari perilaku ibu.

11) *Role strain-role conflict* (konflik peran) diartikan sebagai konflik dan kesulitan yang dirasakan oleh wanita dalam penyelesaian tugas peran ibu.

12) *Gratification satisfaction* digambarkan sebagai kepuasan. Kenikmatan, umpan balik dan kebanggaan yang diekspresikan oleh wanita dalam berinteraksi dengan banyinya dan dalam memenuhi tugas rutinnnya sebagai seorang ibu.

13) *Attachment* ialah komponen dari peran orang tua dan identitas yang digambarkan sebagai proses dalam mempertahankan komitmen sikap dan emosi yang telah terbentuk.

14) *Infant temperament* berhubungan dengan apakah bayi sulit mengirimkan isyarat, arahan pada perasaan ketidakmampuan dan keputusan dari ibu.

15) Status kesehatan bayi ialah kesakitan yang disebabkan oleh pemisahan ibu dan bayi, hal ini mempengaruhi proses kasih sayang.

16) Karakteristik bayi meliputi tempramen bayi, penampilan dan status kesehatan. Isyarat-isyarat bayi ialah perilaku bayi yang menunjukkan respon terhadap ibunya.

17) Keluarga diartikan sebagai sistem dinamis yang terdiri atas subsistem-individu (Ibu, ayah, janin/bayi) dan dyad (ibu, ayah-ibu-janin/bayi). (Ibu, ayah-ibu, janin/bayi, ayah-janin/bayi) yang bersama dalam satu sistem.

18) Fungsi keluarga ialah pandangan individu terhadap aktivitas dan hubungan antara keluarga dan sub sistem serta unit sosial yang tinggal dalam rumah.

19) Ayah atau pasangan intim berkontribusi pada proses pencapaian peran ibu yang pada pelaksanaannya tidak bisa digantikan oleh orang lain. Interaksi ayah dapat membantu mengurangi tekanan dan memfasilitasi pencapaian peran ibu. Persepsi positif atau negatif tentang hidup dan lingkungan akan membentuk stres.

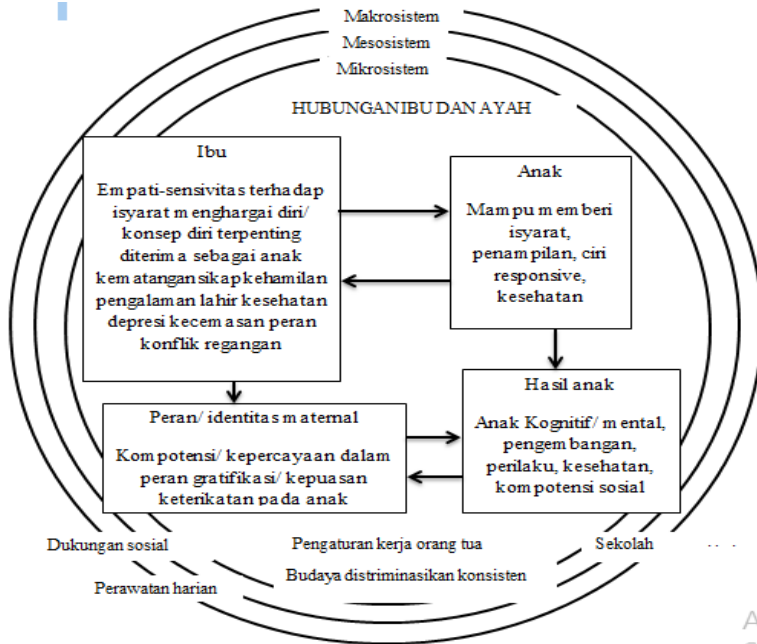
20) Dukungan sosial ialah sejumlah bantuan yang diterima. Merasa puas dengan bantuan dan orang-orang di sekitarnya selalu siap untuk memberikan bantuan. Ada

empat area dukungan sosial yang mencakup dukungan emosional, informasi, fisik dan penelitian.

21) Hubungan ayah-ibu ialah persepsi tentang hubungan pasangan yang mencakup nilai, tujuan antara kedua dan perjanjian. Kasih sayang ibu terhadap bayinya berkembang seiring dengan hubungan emosional orangtuanya.

C. Maternal Role Attainment: Mercer's original Model

Penekanan model ini pada interaksi antara ibu, bayi dan ayah sebagai sentral interaksi yang tinggal dalam suatu lingkungan. Ibu dengan kepercayaan diri baik, akan melaksanakan perannya dan mengasuh serta melakukan perawatan pada bayinya yang tentunya lebih terdahulu menjadi seorang ibu yaitu mengadung dan melahirkan anaknya (Walker 2011). Peran ini dapat dilaksanakan ibu dengan cara memberikan ASI pada bayinya hingga ibu mampu mengasuh dan merawat bayinya secara maksimal.



Gambar 5. Model Pencapaian Peran Ibu Berbasis Teori Ramona T. Mercer (Alligood 2014).

Mercer mengemukakan bahwa Maternal role attainment merupakan sekumpulan siklus mikrosistem, mesosistem dan makrosistem. Sejalan pengertian yang dikemukakan Bronfenbrenner's, maka model ini dikembangkan oleh Mercer.

1) Mikrosistem

Mikrosistem adalah suatu lingkungan tempat peran pengasuhan ibu terjadi, yang meliputi faktor-faktor: fungsi keluarga, hubungan ibu dan ayah, lingkungan sosial, status ekonomi, nilai keluarga dan stressor. Variabel-variabel ini meliputi lingkungan dimana terjadi satu atau lebih dari satu variabel yang berdampak pada transisi menjadi seorang ibu. Bayi merupakan individu yang menyatu dengan sistem

keluarga. Keluarga di pandang sebagai suatu sistem semi tertutup yang terbatas dan merupakan suatu kontrol terhadap sistem keluarga dan sistem sosial.

2) Mesosistem

Mesosistem memberikan pengaruh dan berinteraksi dengan individu di Mesosistem. Berkembangnya peran ibu dan anak dipengaruhi oleh interkasi mesosistem. Yang mencakup perawatan sehari-hari, sekolah, tempat kerja, tempat ibadah dan lingkungan umum yang berada di dalam masyarakat.

3) Makrosistem

Makrosistem merujuk kepada tumbuhnya suatu contoh atau model yang berasal dari suatu budaya tertentu melalui transisi kebudayaan yang konsisten. Meliputi pengaruh sosial, politik, budaya dari kedua sistem. Lingkungan perawatan kesehatan dan kebijakan pada sistem pelayanan kesehatan terbaru memberikan dampak pada peran pengasuhan ibu.

Perubahan yang dialami oleh ibu, selama masa kehamilan terkadang dapat menimbulkan stress antepartum, sehingga bidan harus memberikan asuhan kepada ibu hamil agar ibu dapat menjalani kehamilannya secara fisiologis (normal). Setelah ibu melewati masa kehamilan, selanjutnya ibu akan menjalani proses melahirkan. Disini ibu mulai mengalami transisi peran menjadi seorang ibu, teratama ibu yang mengalami proses kehamilan pertama kali (Purwati & Kustiningsih, 2017)

Mercer mengungkapkan empat tahapan pelaksanaan peran ibu (purwandari 2006):

(1) *Anticipatory*, adalah suatu masa sebelum wanita menjadi ibu ketika wanita memulai penyesuaian sosial dan psikologis terhadap peran barunya dengan mempelajari apa saja yang dibutuhkan untuk menjadi seorang ibu.

(2) Tahap formal dimulai dengan peran sesungguhnya seorang ibu. Pada masa ini, bimbingan peran secara formal dan sesuai dengan apa yang di harapkan oleh sistem sosial dari wanita.

(3) Tahap informal dimulai pada saat wanita telah mampu menentukan jalan dalam melaksanakan peran ibu yang tidak disampaikan oleh sistem sosial.

(4) Tahap personal pada tahap ini wanita telah mahir melaksanakan perannya sebagai ibu. Ia telah mampu menentukan caranya sendiri dalam melaksanakan peran barunya.

Tahap peran perawatan ibu menjadi tumpang tindih dan mengalami gangguan sebagaimana tumbuh kembang bayi. identifikasi peran ibu bisa dicapai dalam satu bulan atau bahkan berbulan-bulan. Dukungan sosial, stress, fungsi keluarga dan hubungan antara ibu dan ayah mempengaruhi tahap ini. Sikap dan perilaku baik pada ibu anak dapat dipengaruhi oleh identitas, peran ibu dan anak. Menurut model Mercer, sikap dan perilaku ibu ialah empati, sensitive terhadap perilaku anak, harga diri dan konsep diri, penerimaan sebagai orang tua, kematangan dan fleksibilitas, perilaku, pengalaman hamil dan melahirkan, kesehatan, depresi dan konsep peran, sedangkan sifat bayi memberikan dampak terhadap identitas peran ibu meliputi temperamen, kemampuan memberi isyarat, ekspresi dan konsep, karakteristik umum, respon dan kesehatan, contoh respon

perkembangan bayi, mengenai perkembangan identitas pengasuhan ibu, yang mencakup;

1) Melakukan kontak mata dengan ibu ketika berkomunikasi dan menggenggam tangan.

2) Refleks tersenyum dan tenang ketika berespon terhadap perawatan ibu.

3) Perilaku interaktif yang konsisten dengan ibu.

4) Respon melepaskan diri dari ibu menunjukkan anak sudah aktif.

Identitas peran ibu dapat dicapai dalam satu atau beberapa bulan. Support sosial, stres, fungsi keluarga, dan hubungan antara ibu dan ayah mempengaruhi tahap ini. Kepribadian dan perilaku dari keduanya baik ibu dan bayi dapat mempengaruhi identitas peran ibu dan hasil akhir dari bayi. Berdasarkan Model Mercer, kepribadian dan perilaku termasuk empati, sensitivitas terhadap syarat bayi, harga diri, konsep diri, dan orang tua menerima sebagai anaknya, maturitas dan fleksibilitas, sikap dan pengalaman selama hamil dan melahirkan, kesehatan, depresi dan konflik peran. Temperamen, kemampuan memberikan isyarat, penampilan, karakteristik umum, responsif kesehatan merupakan kepribadian bayi akan memberikan dampak pada identitas peran ibu.

Ketika ibu telah terintegrasi peran ke dalam harga dirinya, ia nyaman dengan identitasnya sebagai seorang ibu, secara emosional dapat merasakan harmoni, kepuasan dan kemampuan dalam berperan, maka identitas peran ibu telah dicapai menurut Mercer.

D. Becoming A Mother: Revised model

Mercer terus menerus menggunakan hasil penelitiannya sebagai kerangka membangun teorinya. Ia mulai menguji teori peran pengasuhan ibu (Theory of Maternal Role Attainment) pada tahun 2003. Mengusulkan istilah menjadi seorang ibu lebih memberikan suatu proses refleksi yang akurasi berdasarkan pada penelitian terbaru. Pada tahun 2004, Mercer menyerahkan konsep proses pengasuhan dan tidak tidak mengembangkan diri sebagai seorang ibu. Kesimpulan Mercer berdasarkan pada perluasan penelitian terbaru mengenai penyimpangan perilaku wanita ketika menjadi seorang ibu.

Crain dan Thomspom menanyakan tentang peran pengasuhan ibu sebagai suatu proses yang memberikan kontribusi terhadap pengujian kembali teorinya. Demikian juga Griffin menanyakan tentang penyimpangan perilaku dan kognitif peran pengasuhan seorang ibu. Hartrick melaporkan dalam hasil penelitiannya tentang ibu yang memiliki anak usia antara tiga sampai dengan enam belas tahun memberikan suatu proses yang bermakna bagi diri sendiri. Dan akhirnya melalui suatu sintesis atas sembilan penelitian kuantitatif, maka (Nelson, 2003) Menjelaskan perkembangan secara terus menerus dan trasformasi pada wanita menjadi seorang ibu (Mercer 2004). Akhirnya Mercer kemudian melakukan suatu perubahan dalam pengasuhan ibu yang memerlukan hubungan yang baru untuk dapat meningkatkan kepercayaan diri dan mengajukan untuk menggantikan peran pengasuhan ibu dengan menjadi seorang ibu.

Dalam teorinya, Mercer lebih menekan pada stres antepartum (sebelum melahirkan) dalam pencapaian peran ibu teori ini dibagi dalam 2 pembahasan yaitu,

1) Efek stres antepartum

Adalah komplikasi dari resiko kehamilan dan pengalaman negatif dari hidup seorang wanita. Tujuan asuhan yang diberikan adalah memberikan dukungan selama hamil untuk mengurangi ketidakpercayaan ibu. Dalam penelitian Mercer menunjukkan ada 6 faktor yang berhubungan dengan status kesehatan ibu yaitu: hubungan interpersonal, peran keluarga, stress antepartum, dukungan sosial, rasa percaya diri, penguasaan rasa takut, ragu dan depresi.

2) Pencapaian peran ibu

Salah satu dari penekanan dari karya Mercer adalah pencapaian peran ibu "Menjadi seorang ibu berarti mengambil suatu identitas baru. mengambil suatu identitas baru mencakup suatu pemikiran kembali secara menyeluruh dan mendefinisikan kembali mengenai dirinya sendiri" (Marmi & Margiyati, 2013).

Bidan di Amerika memberikan perhatian pada pencapaian peran ibu karena menurut Mercer minat peran ini hal penting karena beberapa orang mengalami kesulitan datang memikul peran itu. Dimana menurut Mercer ada konsekuensinya untuk anak-anak mereka "Sementara kebanyakan wanita mencapai peran ini dengan sukses, ada sekitar 1-2 juta ibu (di Amerika) mengalami kesulitan dengan peran ini yang terbukti dengan tingginya jumlah anak yang mendapatkan perlakuan kejam" (Marmi & Margiyati, 2013).

Perubahan yang terjadi pada ibu hamil selama masa kehamilan merupakan sebuah hal yang fisiologis sesuai dengan filosofi asuhan kebidanan bahwa menarche, proses

kehamilan, nifas dan menopause merupakan hal yang fisiologis (Efrida, dkk, 2015).

Peran ibu dapat dicapai bila ibu menjadi dekat dengan bayinya termasuk kemampuan untuk mengekspresikan kepuasan dan penghargaan pada peran. Mercer menyebutkan tentang stress antepartum terhadap fungsi keluarga, baik yang positif ataupun yang negatif. Stress antepartum timbul karena resiko kehamilan dapat mempengaruhi persepsi terhadap status kesehatan, dengan dukungan keluarga dan bidan maka ibu dapat mengurangi atau mengatasi stress antepantum. Bila fungsi keluarganya positif maka ibu hamil dapat mengatasi stress antepartum

Bidan harus mampu memberikan asuhan kepada ibu hamil agar ibu dapat menjalani kehamilannya secara biologis (normal). Perubahan yang dialami oleh ibu. Selama masa kehamilan terkadang dapat menimbulkan stress antepartum, berbagai perubahan yang dialami oleh ibu hamil diantaranya:

- 1) Ibu memiliki kecenderungan lebih tergantung dan memerlukan perhatian sehingga nantinya mampu berperan sebagai calon ibu yang dapat memperhatikan proses perkembangan bayinya.

- 2) Ibu sangat memerlukan sosialisasi

- 3) Ibu cenderung akan merasa khawatir terhadap berbagai perubahan yang terjadi pada tubuhnya

- 4) Ibu masuk di masa transisi yaitu dari masa menerima kehamilan ke masa menyiapkan kelahiran dan selanjutnya menerima kehadiran sang bayi (Efrida, dkk, 2015).

Peran ibu dicapai dalam kurun waktu tertentu, dimana ibu menjadi dekat dengan bayinya termasuk peran dalam mengepresikan kepuasan dan penghargaan. Mercer pada teorinya menyatakan jika peran ibu dimulai setelah bayi lahir berusia 3-7 bulan yang dalam menjalankannya dipengaruhi oleh faktor-faktor:

a. Faktor ibu

- 1) Empati atau kepekaan terhadap isyarat bayi.
- 2) Konsep diri/harga diri

Konsep diri pada ibu merupakan seluruh persepsi ibu terhadap kepuasan diri, penerimaan diri. Harga diri dan kesesuaian antara diri dan ideal dirinya. Konsep diri pada ibu dipengaruhi oleh peran dalam perawatan dan pengasuh bayi saat masa postpartum.

3) Pola asuh yang diterima ibu sebagai anak

Faktor ini dimana ibu merefleksikan pola asuh dari orang tuanya.

4) Kedewasaan

Kematangan dalam berpikir, bersikap, bertindak dalam mengambil suatu keputusan dengan bijaksana.

5) Sikap

Menurut Mercer sikap ibu ialah perilaku ibu atau kepercayaan mengenai pengasuh anak (Alligood, 2014), Sikap merupakan bagian dari memahami proses kesadaran yang menentukan tindakan nyata atau tindakan yang mungkin dilakukan oleh seseorang dalam kehidupan sosialnya (Wawan&Dewi 2010).

Menurut skema triadik, sikap terdiri atas tiga komponen yaitu kognitif, afektif dan konatif yang saling berkaitan (Azwar 2013).

a) Komponen Kognitif

Terdiri atas pemikiran seseorang tentang sebuah objek tertentu. Meliputi fakta, pengetahuan dan kepercayaan yang dimiliki seseorang terhadap apa yang benar dan apa yang berlaku pada objek sikap. Kepercayaan ini akan menjadi dasar pengetahuan yang diyakini oleh seseorang tentang apa yang dapat diharapkan sebuah objek tertentu ketika kepercayaan diri ini telah terbentuk. Kepercayaan inilah yang menyederhanakan dan mengatur apa yang kita lihat dan temui dalam kehidupan ini.

b) Komponen afektif

Terdiri atas perasaan emosi yang dimiliki seseorang terhadap suatu stimulus, khususnya evaluasi positif dan negatif. Meliputi sebuah masalah sosial subjektif yang dirasakan oleh seseorang kepada suatu objek sikap. Komponen ini sering disamakan dengan perasaan pribadi yang dimiliki oleh seseorang pada sesuatu hal secara umum. Namun, perasaan pribadi yang dimiliki oleh seseorang itu terkadang jauh berbeda jika dihubungkan dengan sikap. Reaksi emosional yang merupakan komponen afektif banyak dipengaruhi oleh kepercayaan mengenai sesuatu yang benar dan berlaku pada objek yang dimaksud secara umum.

c) Komponen konatif

Merupakan kecenderungan untuk melakukan tindakan tertentu yang berkaitan dengan objek sikap. Menunjukkan bagaimana kecenderungan seseorang untuk berperilaku terhadap sebuah objek sikap yang di hadapinya. Kecenderungan seseorang untuk berperilaku terhadap objek

sikap cenderung konsisten dan juga sesuai dengan kepercayaan dan perasaan yang akan membentuk sikap individu. Oleh karena itu, sangat masuk akal jika kita mengharapkan bahwa sikap seseorang akan mencerminkan atau dimunculkannya dalam bentuk kecenderungan perilaku terhadap objek sikap tersebut.

6) Kehamilan

Proses normal alamiah yang diawali dengan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine dan dimulai sejak konsepsi sampai persalinan (Dewi & Sunarsih 2011).

7) Status kesehatan ibu

Status kesehatan suatu keadaan kedudukan orang dalam tingkatan sehat atau sakit, status kesehatan ibu ini akan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti umur, pendidikan, psikologis, pengetahuan gizi dan aktivitas.

8) Depresi

Depresi ialah sekelompok gejala yang timbul akibat suasana hati yang tertekan, khususnya pada komponen afektif (Russell 2006).

9) Konflik peran

Dukungan sosial dan depresi saling berhubungan. Apabila dukungan sosial yang didapatkan ibu kurang, sedangkan faktor penyebab depresi yang dialami oleh ibu tinggi, maka akan mempengaruhi keyakinan ibu dalam perannya untuk perawatan dan pengasuhan bayi (Poter & Hsu, 2003).

10) Dukungan sosial

Sumber daya yang tersedia pada dukungan sosial didasarkan pada empat kategori yakni; emosional, informasi, fisik dan penilaian. Dukungan sosial sangat dibutuhkan ibu pasca melahirkan, khususnya dalam pemberian ASI eksklusif.

Mercer mengidentifikasi adanya empat faktor dukungan sosial:

a) *Emotional support* meliputi perasaan mencintai, percaya, penuh perhatian dan pengertian.

b) *Informational support* meliputi pemberian informasi yang sesuai dengan kebutuhan ibu hingga dapat membantu ibu dalam menolong dirinya sendiri.

c) *Physical support* meliputi membantu merawat bayi dan memberikan bantuan dana.

d) *Appraisal support* meliputi kemampuan ibu dalam mengevaluasi dirinya sendiri untuk pencapaian peran ibu.

b. Faktor bayi

1) Tempramen

Tempramen bayi diartikan sebagai sulit atau tidaknya ibu dalam merespon isyarat yang ditunjukkan oleh bayi. Tempramen pada bayi menunjukkan karakter yang dimiliki bayi.

2) Kesehatan bayi

3) Kemampuan memberi isyarat

4) Penampilan

5) Daya tanggap

c. Faktor lainnya

1) Latar belakang etnik

2) Status perkawinan

3) Status ekonomi

E. Asumsi Mayor

Untuk pencapaian peran ibu, Mercer menetapkan beberapa asumsi:

1) Anti diri yang relative stabil, diperoleh melalui sosialisasi seumur hidup, menentukan bagaimana ibu mengidentifikasi dan merasakan kejadian sebagai seorang ibu, persepsinya terhadap bayinya dan tanggapan lain terhadap ibunya, dengan situasi ibunya yang dia berespon.

2) Di samping pada sosialisasi ibu, tingkat perkembangannya dan karakteristik kepribadian bawaan juga mempengaruhi respon perilakunya.

3) Partner peran ibu dan bayinya, akan mencerminkan kemampuan ibu dalam berperan sebagai ibu melalui proses pertumbuhan dan perkembangan.

4) Bayi dinggap sebagai partner aktif dalam proses pengambilan peran sebagai ibu yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh perannya.

5) Ayah atau partner ibu lainnya yang dekat dapat menyumbangkan pencapaian peran dalam cara yang tidak dapat dipublikasikan dengan dukungan lainnya.

6) Identitas maternal berkembang bersamaan dengan ikatan keibuan dan saling ketergantungan satu sama lainnya.

E. Paradigma keperawatan berdasarkan model konseptual Ramona T, Mercer.

1) Keperawatan

Keperawatan ialah profesi di bidang kesehatan yang mempunyai interaksi yang panjang dan sering dialami oleh wanita dalam siklus maternitas. Perawat bertanggung jawab atas promosi kesehatan terhadap keluarga dan anak. Perawat merupakan pioner dalam tugas pengembangan dan strategi pengkajian pada ibu dan anak. Definisi keperawatan menurut Mercer yakni Keperawatan ialah profesi yang dinamis dan berfokus pada tiga hal pokok yaitu:

- a. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.
- b. Pelaksanaan perawatan bagi mereka yang membutuhkan tenaga profesional dalam mencapai fungsi kesehatan di tingkat yang optimal.
- c. Penelitian untuk melakukan perubahan ilmu pengetahuan berdasar kepada asuhan keperawatan yang terbaik. Perawat bertugas dalam memberikan asuhan keperawatan untuk individu keluarga, dan komunitas serta melakukan pengkajian situasi lingkungan pasien, mengidentifikasi tujuan bersama pasien, memberikan bantuan kepada pasien melalui pelajaran, dukungan, melaksanakan perawatan kepada pasien dengan kemampuan perawatan yang terbatas dalam konteks lingkungan pasien.

Mercer menekankan bahwa ketiga bantuan yang diterima oleh seorang wanita selama kehamilan dan tahun pertama kelahiran, dapat memberikan dampak jangka panjang terhadap ibu dan bayi. Perawat dalam melaksanakan tatanan keperawatan ibu dan anak, mempunyai peranan

yang luas dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan memberikan informasi.

2) Individu (*person*)

Mercer mendefinisikan secara spesifik pada individu. Hal penting dalam melaksanakan peran seorang ibu yakni konsep harga diri dan percaya diri. Mercer memandang bahwa pribadi seseorang merupakan bagian terpisah dari peran yang dilaksanakannya. Peran ibu merupakan bagian dari penjelasan hidup manusia yang berfokus pada interaksi antara bayi dan ayah, sehingga mereka saling mempengaruhi antara satu dengan lainnya. Inti pada individu berasal dari konteks budaya, yang sesuai dengan lingkungan dan pengembangannya.

3) Kesehatan

Menurut Mercer, status kesehatan merupakan persepsi ibu dan ayah mengenai kesehatan masa lalunya, saat ini dan di masa depan tentang kekebalan terhadap tumbuhnya penyakit, kecemasan akan kesehatan, dan orientasi terhadap kemungkinan timbulnya penyakit. Status kesehatan bayi tergantung pada penyakit yang menyertai bayi sejak lahir dan status kesehatan bayi dalam satu rentang perawatan kesehatan.

4) Lingkungan

Konsep lingkungan berasal dari definisi Bronfenbrenner dengan konsep sosio-ekologikalnya yang menjelaskan tentang interaksi lingkungan ekologi dimana peran ibu berkembang. Perkembangan dari peran seseorang tidak dapat dipisahkan dari lingkungan sekitar, terdapat suatu akomodasi mutualisme antara perkembangan seseorang dan perubahan pada tatanan lingkungan di sekitarnya.

18. CAROLYN L.WIENER DAN MARYLIN J.DODD

“Teori lintasan Sakit (*Theory of Illness Trajectory*)”

Carolyn L. Wiener 1930-present Photo credit: Robert Foothorap.



Marylin J. Dodd 1946-present Photo credit: Craig Cariso

(Sumber:<https://nursekey.com/theory-of-illness-trajectory/>)

A. Biografi Carolyn L.Wiener

Dilahirkan di San Francisco pada tahun 1930. Tahun 1972 Carolyn mendapatkan gelar sarjananya pada bidang ilmu interdisipliner di San Francisco University serta tahun 1975 dan tahun 1978 meraih gelar magister sosiologi dan doktor sosiologi di University of California, San Francisco (UCSF). Setelah mendapatkan gelar Ph. D, Wiener menjadi asisten sosiolog hingga meraih gelar profesornya pada tahun 1999. Pada School of Nursing di UCSF Wiener sebagai seorang Profesor emeritus di Departemen Ilmu Sosial dan Perilaku dan fokus risetnya di bidang kesehatan, khususnya penyakit kronis dan tentang kebijakan kesehatan.

Dalam jenjang kariernya, Wiener mengajarkan metode penelitian kualitatif, mendidik mahasiswa keperawatan dan sosiologi serta ilmuwan yang berkunjung ke UCSF. Selain itu dia juga banyak mengisi kegiatan seminar dan lokakarya baik pada level nasional maupun internasional dengan

mempergunakan metode Ground Theory di perjalanan kariernya, memperoleh banyak penghargaan.

Di pertengahan tahun 1970-an karya awal Wiener yang fokus pada lintasan penyakit, biografi dan perkembangan teknologi medis. Pada Akhir 1980 hingga 1990an, Wiener mempunyai fokus pada ketidaktahuan, penanganan dan pertanggung jawaban rumah sakit. Dalam kajiannya membuktikan bahwa manajemen kualitas dan perancangan ulang di rumah sakit saling mempengaruhi antara agensi dan rumah sakit terhadap pertanggung jawaban. Hal ini yang membawanya menulis pada sebuah buku yang diberi judul *Elusive Quest* (Wiener, 2000).

Di *Elusive Quest*, Wiener menuliskan terkait strategi peningkatan mutu pada lingkungan rumah sakit yang terdapat berbagai profesional dari beberapa disiplin ilmu lainnya yang memberikan perawatan pada pasien. Wiener memiliki konsep bahwa dengan cara kuantitatif, kinerja pada sebuah rumah sakit. Semua karya Wiener disesuaikan pada keahliannya pada bidang sosiologi baik secara metodologi maupun perspektif.

B. Biografi Marylin J.Dodd

Marylin J. Dodd lahir di Vancouver, Kanada pada tahun 1946. Dodd merupakan seorang perawat (RN) di Rumah Sakit Umum Vancouver di British Columbia, Kanada. Pada tahun 1971 dan 1973, Dodd meraih gelar sarjana dan magister keperawatannya di University of Washington dan setelah menyelesaikan gelar masternya Dodd bekerja sebagai instruktur dalam bidang keperawatan di University of Washington. Pada tahun 1977 di Wayne State University, Dodd meraih gelar Ph. D keperawatan. Dodd menerima posisi asisten professor di UCSF. Selama jenjang kariernya

Dodd bekerja sebagai pengajar dan menjabat sebagai direktur pada Pusat Manajemen Sosiologi di UCSF.

Berbagai riset Dodd berfokus pada keperawatan onkologi, spesialisasi, perawatan diri dan manajemen simpati. Beberapa dari penelitian Dodd juga mendapatkan pendanaan salah satunya dari National Institutes of Health. Penelitian Dodd menggunakan studi deskripsi dan studi intervensi dengan metodologi percobaan klinis tentang fenomena dan perawatan pasien kanker.

Penelitian Dodd disusun untuk menguji intervensi perawatan diri (PRO-SELF Program) yang bertujuan mengelola efek samping dari pengobatan kanker dan gejala kanker (seperti kelelahan, nyeri) (West, Dodd, Paul, et al., 2003).

Pada tahun 2002, Dodd sebagai pengajar di Spesialis Perawatan Onkologi, dan membentuk dua program baru ("Biomarker I dan II") yang telah dikembangkan oleh Center for Symptom Management Faculty Group. Dalam jenjang kariernya, Dood telah mendapatkan beberapa penghargaan berharga. Pada tahun 1980an, Dood telah menulis sebanyak 130 artikel dan menerbitkan beberapa artikel, jurnal peer-review berbasis data, buku, laporan konferensi dan makalah (1978, 1987, 1988, 1991, 1997, 2001, 2004). Dodd telah menghadiri banyak presentasi dan pertemuan ilmiah diseluruh dunia. Dodd juga masih aktif di Universitas, School of Nursing, Department of Physiological Nursing, dan beberapa organisasi publik dan organisasi profesi.

C. Definisi *Middle Range Theory*

Middle Range Theory didefinisikan sebagai suatu gagasan atau ide yang memiliki keterkaitan dan berfokus pada satu dimensi terbatas yaitu pada realitas

keperawatan. Teori ini terdiri atas beberapa konsep yang memiliki hubungan dan dapat dikembangkan pada tatanan praktek dan riset sebagai pedoman dalam praktik dan riset atau riset yang berfokus dalam bidang keperawatan.

D. Perbandingan dengan Level Teori yang Lain

Teori Middle Range memiliki lingkup yang cukup spesifik jika ditinjau dari tatanan abstrak, teori ini dapat secara spesifik memberikan petunjuk riset dan praktik. Middle Range Theory ini lebih banyak daripada Grand Theory dan dapat diuji dalam pemikiran empiris.

Teori Middle Range memiliki hubungan yang lebih kuat dengan penelitian dan praktik. Hubungan antara penelitian dan praktik menurut Merton (1968), menunjukkan bahwa teori Middle Range amat penting dalam disiplin praktik. Selain itu, Walker dan Avant (1995) mempertahankan bahwa Middle-Range Theories menyeimbangkan kespesifikan dengan konsep secara normal yang nampak dalam Grand Theory.

Middle Range Theory ini dapat memberikan manfaat bagi perawat karena mudah untuk diaplikasikan baik dalam praktik maupun abstrak secara ilmiah. Teori Middle Range tingkat keabstrakannya pada level pertengahan, inklusif, diorganisasi dalam lingkup terbatas, memiliki sejumlah variabel terbatas, dapat diuji secara langsung. Kramer (1995) mengatakan mid-range theory sesuai dengan lingkup fenomena yang relatif luas tetapi tidak mencakup keseluruhan fenomena yang ada dan merupakan masalah pada disiplin ilmu.

Bila dibandingkan dengan Grand Theory, Middle Range Theory ini lebih konkrit. Merton (1968) yang berperan dalam pengembangan middle range, mendefinisikan teori ini

sebagai sesuatu yang minor tetapi penting dalam penelitian dan pengembangan suatu teori.

Sependapat dengan Merton, beberapa penulis keperawatan mengemukakan middle range theory jika dibandingkan dengan grand theory:

- 1) Ruang lingkungnya lebih sempit
- 2) Lebih konkrit, fenomena yang disajikan lebih spesifik
- 3) Terdiri dari konsep dan proposisi yang lebih sedikit
- 4) Merepresentasikan bidang keperawatan yang lebih spesifik/terbatas
- 5) Lebih dapat diuji secara empiris
- 6) Lebih dapat diaplikasikan secara langsung dalam tatanan praktik

E. Pengelompokan Teori

Berdasarkan pengelompokannya Middle Range Theory dikelompokkan oleh beberapa penyusun buku menurut:

- 1) Peterson dan Bredow (2004) mengklasifikasikan *middle range theories* ke dalam tipe:
 - a. Tipe Fisiologis
 - b. Tipe Kognitif
 - c. Tipe Emosional
 - d. Tipe Sosial
 - e. Tipe Integratif
- 2) Tomey dan Alligood (2006), berdasarkan tema masing masing teori:

- a. *Illness trajectory* (Wiener dan Dodd,1993)
- b. *Tidal Model* (Phil Barker ,2001)
- c. *Comfort* (Kolcaba,1992)
- d. *Peacefull end of life* (Ruland dan More, 1998) dan sebagainya.

3) Menurut Mc. Kenna h.p (1997):

- a. Bisa digunakan secara umum pada berbagai situasi
- b. Sulit mengaplikasikan konsep ke dalam suatu teori
- c. Tanpa indicator pengukuran
- d. Masi cukup abstrak
- e. Konsep dan proposisi yang teratur
- f. Inklusif
- g. Memiliki sedikit konsep da varaibel
- h. Dalam bentuk yang mudah di uji
- i. Memiliki hubungan yang kuat dengan riset dan praktik
- j. Dapat dikembangkan secara deduktif, retroduktif. Lebih sering secara induktif menggunakan studi kualitatif
- k. Mudah diaplikasikan ke dalam praktik dan bagian yang abstrak merupakan hal ilia yang menarik
- l. Berfokus pada hal-hal yang menjadi perhatian perawat
- m. Beberapa diantaranya memiliki dasar dari *grand theory*

- n. *Mid range theory* tumbuh langsung dari praktik
- 4) Menurut Maleis, A. I. (1997)
 - a. Ruang lingkup terbatas
 - b. Memiliki sedikit abstrak
 - c. Membahas fenomena atau konsep yang lebih spesifik dan
 - d. Merupakan cerminan praktik (Administrasi, klinik, pengajaran)
- 5) Menurut Whall (1996)
 - a. Konsep dan proposisi lebih spesifik tentang keperawatan
 - b. Mudah diterapkan
 - c. Bisa diterapkan dalam berbagai situasi
 - d. Proposisi bisa berada dalam suatu rentang hubungan sebab akibat

F. Perkembangan *Middle Range Theory*

Liehr dan Smith (1999) menjelaskan bahwa perkembangan *Middle Range Theory* bersumber pada proses intelektual yang meliputi:

- 1) Teori induktif yang membangun teori melalui riset
- 2) Teori deduktif yang berasal dari *Grand Theory*
- 3) Kombinasi dari teori keperawatan dan non-keperawatan
- 4) Sintesa teori yang berasal dari penelitian yang telah terpublikasi

5) Mengembangkan teori dari pedoman praktik klinik

G. Penggunaan *Middle Range Theory*

Middle Range Theory telah digunakan dalam bidang praktik dan penelitian. Teori ini mampu menstimulasi dan mengembangkan pemikiran rasional dari penelitian serta membimbing dalam pemilihan variabel dan pertanyaan penelitian (Lenzt, 1998). Middle Range Theory dapat membantu praktik dengan memfasilitasi pemahaman terhadap perilaku klien dan memungkinkan beberapa efektifitas dari intervensi.

H. Kontroversi tentang *Middle Range Theory*

Identifikasi Middle Range Theory telah cukup jelas disisi lain, Chenitz, seorang penulis utama dari *Entry into a Nursing Home as Status Passage*, memasukkan teori ini ke dalam praktikal teori ini, sedangkan yang lainnya memasukkan ke dalam middle range theory. Dalam Analisis dasar Middle Range Theory Pertanyaan tentang Middle Range Theory bukanlah merupakan sesuatu pernyataan hitam dan putih namun memiliki definisi yang jelas. Middle Range Theory mengandung nilai abstrak, tidak terlalu luas namun juga tidak terlalu sempit, tetapi berada pada kondisi di pertengahan. Untuk mencegah salah penafsiran dalam pemahaman teori, para penemu teori harus memberikan identitas teori terhadap konsep dalam teori tersebut.

I. Middle Range Theory Menurut Carolyn L. Wiener

Hidup disituasikan dalam konteks biograf, konsepsi diri berakar pada kondisi fisik dan diformulasikan berdasarkan kemampuan menerima untuk membentuk kebiasaan atau aktifitas yang diharapkan dalam mencapai tujuan dari aturan yang berbeda. Interaksi dengan orang lain

adalah pengaruh utama untuk membentuk suatu konsep diri. Sebagai ragam peran perilaku, seseorang memonitor reaksi orang lain dan merasakan dirinya merupakan bagian yang terintegrasi dari proses yang dibentuk/dihasilkan.

Pengalaman tentang sakit selalu ditempatkan dalam konteks biografi oleh karena itu kondisi sakit adalah pengalaman yang masih berlanjut. Domain dari kondisi sakit adalah berhubungan dengan ketidakpastian bervariasi dalam dominasi di lintasan penyakit melalui aliran dinamis dari persepsi tentang diri dan interaksi dengan orang lain. Aktifitas dari hidup dan kehidupan seseorang dalam kondisi sakit merupakan bentuk kerja. Lingkungan dari kerja termasuk individu dan yang lainnya dengan semua interaksi, termasuk keluarga dan pelayanan kesehatan. Semua komponen yang berperan disebut total organisasi. Seorang yang sakit (pasien) merupakan pekerja utama namun semua pekerjaan yang diambil di dalamnya dipengaruhi oleh total organisasi.

Tipe pekerjaan yang diorganisasikan meliputi 4line dari lintasan kerja yang dibentuk oleh pasien dan keluarganya:

1) *Illness related work*: diagnostic, manajemen gejala, regimen perawatan dan pencegahan krisis

2) *Everyday Life work*: Aktifitas sehari, kegiatan rumah tangga, mempertahankan suatu kemampuan kerja, hubungan yang berkesinambungan dan rekreasi.

3) *Biografikal Work*: Pertukaran informasi, ekspresi dari emosi, divisi tugas, termasuk Interaksi dengan total organisasi

4) *Uncertainly abatement work*: Aktifitas berlaku untuk mengurangi dampak ketidakpastian *temporality, body dan identity*.

19. ROSEMARIE RIZZO PARSE

“Teori menjadi manusia (*Human Becoming Theory of Nursing*)”



Rosemarie Rizzo Parse

(Sumber: <https://nursekey.com/24-humanbecoming/>)

A. Biografi

Rosemarie Rizzo Parse dilahirkan pada tanggal 28 Juli 1938 dan biasa dipanggil dengan nama Parse. Parse lulus dan meraih gelar masternya di Duquesne University di Pattsburg, ia kemudian melanjutkan lagi pendidikannya di Duquesne University di Pattsburg hingga lulus dan meraih gelar Doktor. Parse mengembangkan karirnya hingga menjadi seorang profesor dan koordinator pusat penelitian keperawatan antara tahun 1983 dan 1993 di hunter college university di kota New York. Selain itu pada tahun 1993

hingga 2006 ia juga menjadi seorang professor dan ketua Niehoff di Loyola university Chicago.

Parse pernah menjadi presiden dari discovery internatinal, inc. Selain itu, ia juga merupakan pendiri dan editor saat triwulanan ilmu keperawatan. Dalam American Academy of Nurse ia pernah menjadi fellow aktif. Selama Parse berkarir dalam dunia kesehatan, ia telah menerbitkan lebih dari 100 artikel, selain itu ia juga telah menerbitkan sembilan buku dan editorial dalam dunia keperawatan. Parse juga telah menerima beberapa penghargaan (Risnah, 2018)

B. Paradigma Keperawatan Menurut Rosemarie R. Parse

1) Manusia

Manusia adalah komponen terbuka, yang memiliki sifat unik yang berbeda dengan makhluk yang lainnya. Dalam pendapat parse, ia mengatakan bahwa manusia adalah sesuatu yang universal, sedangkan kesehatan merupakan suatu kesatuan. Parse berpendapat bahwa meskipun pengertian tentang manusia dan kesehatan dijelaskan secara terpisah, namun pada intinya ke dua hal tersebut memiliki sebuah hubungan dalam sebuah proses kehidupan. Pada dasarnya manusia dapat dipengaruhi dan mempengaruhi orang lain. Manusia juga memiliki pemahaman yang lebih sehingga mereka cepat mengerti serta memahami ketika mereka dalam sebuah proses kehidupan melalui orang lain dengan menggunakan berbagai harapan, ide, sejarah dan budaya.

2) Lingkungan

Agen pemberi rangsangan yang menjadi bagian dari proses timbal balik dalam kehidupan yang berkaitan dengan manusia.

3) Kesehatan

Kesehatan merupakan sebuah proses dimana seseorang dapat berubah ubah dan mempertahankan diri untuk tetap menjadi sehat. Dalam kesehatan manusia sangat berkaitan dengan pola hidup yang mereka jalani dalam meningkatkan powering, originating, dan transforming.

4) Keperawatan

Keperawatan dipandang sebagai sebuah komponen yang seharusnya dihadirkan untuk dapat memfasilitasi proses menuju sehat dari setiap komponen yang lain. Keyakinannya mengenai keperawatan sebagai ilmu pengetahuan dasar telah dituliskan secara luas oleh Parse lebih dari 30 tahun. Dikembangkan oleh Parse bahwa keperawatan merupakan ilmu pengetahuan dasar dan perawat memerlukan teori yang berbeda dari disiplin ilmu yang lain (Parse, 2013).

C. Tinjauan Teori Model Konseptual Rosemarie R. Parse

Keperawatan sebagai alternatif dalam pendekatan secara biomedis dan bio-psycho-sosial spiritual dihadirkan Parse dalam *Human Becoming Theory* pada tahun 1992. Teori ini berasal dari Man-living-health theory pada tahun 1981 yang dikembangkan berdasarkan teori keperawatan tradisional yang mengacu pada teori pakar keperawatan Eropa yaitu dari Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, dan Gadamer yang telah bekerja sama dengan pakar keperawatan dari Amerika Martha E. Rogers.

Terdapat 3 prinsip pada teori *Human Becoming* yaitu: *structuring, cocreating rhythmical pattern, and cotranscendence* yang setiap prinsip berisi 3 konsep yang diperlukan untuk mengeksplorasi pengertian yang lebih

mendalam (Risnah, 2018). Penjelasan dari 3 bagian besar teori Human Becoming Parse ialah:

1) Prinsip 1 : *Structuring*

Structuring merupakan prinsip pertama teori Parse yang mempunyai tujuan utama prinsip ini ialah struktur manusia, yang maksudnya bahwa mereka melakukan kerja sama dalam upaya menciptakan sesuatu yang nyata melalui ekspresi diri di dalam hidup berdasarkan pada nilai-nilai mereka dari jalan atau cara yang dipilih. Mempunyai 3 konsep, yakni: *imaging*, *valuing* dan *languageing*.

a. *Imaging*

Pandangan individu pada realita atau kenyataan. Maksudnya ialah bentuk pengetahuan personal dengan cara eksplisit dan implisit. Manusia mempunyai sifat rasa keingintahuan dan selalu mencari jawaban ataupun menduganya. Jawaban atas pertanyaan yang muncul dari proses penggalian manusia terhadap realita dan pandangannya. *Imaging* merupakan intepretasi personal dari arti, kemungkinan dan konsekuensi. Walaupun perawat tidak akan dapat mengetahui *imaging* secara lengkap, namun perawat dapat mengungkap, menghormati, dan memberikan kesaksian sebagai bentuk pertahanan manusia dengan melakukan proses membentuk, mencari, mengintegrasikan, menolak dan mengintepretasi.

b. *Valuing*

Menceritakan tentang bagaimana perspektif secara personal atau menurut pandangan dunia yang menegaskan dan tidak menegaskan kepercayaan. Menegaskan secara berkelanjutan atau tidak menegaskan tergantung pada pilihan manusia yang mereka buat sendiri tentang bagaimana kemampuan manusia berpikir, bertindak serta

merasakan. Dalam pilihan manusia mungkin menjadi ketetapan sebagai pilihan yang utama dan manusia mungkin mempunyai perbedaan secara radikal dan berusaha untuk mencari perpindahan nilai.

c. Languaging

Merupakan konsep hubungan secara simbolik menjadi manusia dan mengekspresikan pandangan nyata dan prioritas nilai dari manusia. Akan nampak ketika orang berbicara dan mengingat dengan tak bersuara dan ketika melakukan sebuah perpindahan maka masih mampu mengingatnya. Mempunyai sifat multidimensi, ketika ilustrasi seseorang dalam sebuah situasi mereka yang sudah pernah dialami atau dalam situasi yang hanya kemungkinan akan terjadi. Menjadi sebuah pola bahwa mereka akan berbagi yang dianggap sebagai orang terdekat ketika Languaging nampak dan terlihat oleh orang lain, dan anggota keluarga serta teman-teman dekat yang sering menjadi pola untuk berbagi, seperti saat berbicara, bergerak atau berpindah dan dalam situasi ketenangan. Ketika manusia menggunakan bahasa maka akan menampakkan sesuatu tentang dirinya.

Bahkan ketika manusia terdiam dan masih mampu mengingat. Perawat mampu menyaksikan beberapa kondisi dimana manusia tersebut mengucapkan bahasa, tetapi mereka tidak dapat mengetahui arti dari bahasa tersebut. Agar mengerti bahasa itu, perawat seharusnya bertanya kepada orang tersebut apa maksud dari kata-kata, tindakan dan gerak-gerik yang dimunculkan. Sesuatu yang mungkin saja dapat terjadi ketika seseorang belum mengetahui maksud dari bahasa mereka. Agar mengerti maksud dari situasi tersebut maka perawat menghormati proses yang sedang berjalan. Jadi telah jelas untuk mengerti

mebutuhkan waktu, dan manusia mengetahui kapan waktu yang tepat untuk menjelaskan arti dari hal yang sesuai pada saat itu.

2) Prinsip 2 : *Cocreating*

Prinsip kedua dari “Human becoming” ialah menciptakan pola ritmik yang saling berlawanan serta berkaitan dengan kehidupan manusia yakni: mengutarakan-menyembunyikan, tidak ada batasan-terbatas, serta berhubungan-terpisah (Parse, 1981). Kehidupan manusia menciptakan pola-pola dari hari ke hari yang menginformasikan tentang arti dan nilai secara personal. Dalam sebuah pola yang saling berkaitan, manusia dapat menciptakan pada banyak pilihan kebebasan dan pembatasan. Semua pola terlibat dalam ikatan yang kompleks dan tidak terikat dengan manusia, pikiran dan pilihan.

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

Ini merupakan cara untuk memperlihatkan dan sembunyi, sekaligus menjadi sosok manusia (Parse, 1981, 1998). Juga sering dipergunakan untuk menceritakan dan lebih mengenal tentang diri sendiri dan orang lain. Hasil identifikasi Parse bahwa dugaan atau pikiran ialah hal yang misteri sebagai pusat untuk mengerti konsep dari sesuatu yang berlawanan. Bagaimana seseorang memilih untuk memberi atau menyembunyikan sebuah pesan tentang siapa mereka, apa yang mereka pikirkan dan apa yang diketahui. Ini merupakan hal yang sangat misterius, tapi terkadang juga manusia mempunyai hal yang mengejutkan dirinya sendiri dengan kata-kata yang mereka lontarkan. Namun terkadang juga manusia mengetahui apa yang ingin diucapkan dan mereka menyampaikannya dengan jelas. Manusia juga menyembunyikan untuk mengutarakan hal-hal

yang berbeda dalam segala situasi dan orang beberapa lapisan dari kenyataan dan pengalaman mengingatkan untuk disembunyikan. Pola dari sembunyi-utarakan hadir dalam kehidupan serta saling berproses secara bersama-sama dan diciptakan dengan baik sekali.

b. *Enabling-Limiting* (Memungkinkan-Terbatas)

Lambang kebebasan dan kesempatan dari suatu yang bersifat membatasi dan dipenuhi dengan berbagai rintangan di kehidupan sehari-hari. Merupakan sebuah cerminan, kesempatan dan pembatasan yang muncul di permukaan pada setiap pilihan. Manusia membuat keputusan ditengah-tengah yakni di antara kenyataan dan ambigu karena tidak mungkin untuk mengetahui semua konsekuensi atau tindakan dari pilihan. Pada setiap pilihan terdapat kemungkinan antara kesempatan dan pembatasan. Dalam praktek sehari-hari ketika pasien dan keluarganya telah berkata “Ini merupakan hal yang terburuk dan dapat terjadi pada anggota keluarga kami tetapi ini membantu kami dalam menemukan beberapa solusi.”

Kemungkinan-keterbatasan ialah terkait dengan memilih dari kemungkinan dan hidup dengan konsekuensi pada pilihan yang telah dipilih. Perawat dapat membantu pasien untuk merenungkan terkait dengan pilihan danantisipasi dari konsekuensi pada pilihan yang terasa sulit.

c. *Connecting-Separating* (Berhubungan-Terpisah)

Konsep ini mempunyai lapisan dari arti yang saling bertentangan dan berkaitan dengan bagaimana manusia menciptakan pola dari yang berhubungan dan terpisah antara manusia dan proyek. Nilai prioritas yang terungkap tercipta dari pola ini.

Saling berhubungan dan terpisah ini tentang komunitas kesendirian dan orang yang terpisah dari perkumpulan untuk bergabung bersama, juga menjelaskan antara dua orang yang dapat lebih dekat dan belum terpisahkan antara keduanya. Kadang-kadang terhubung ketika orang terpisah karena seseorang dapat menghuni atau mendiami dengan kehadiran seseorang dengan kedekatan yang lebih besar, terutama ketika merasa berduka untuk orang lain (Burnes; Cody, 1995; Pilkington, 1993).

3) Prinsip 3 : *Cotranscending*

Cara-cara unik yang berasal dalam proses transformasi (Parse, 1981). Maknanya ialah bahwa dengan orang-orang yang selalu terlibat dan memilih kemungkinan yang tidak terbatas tentang bagaimana menjadi, sikap apa atau pendekatan untuk memiliki, berhubungan dengan siapa, minat apa atau keprihatinan untuk diganggu. Cara orang melakukan pergerakan dan berubah dalam proses tercermin dari pilihan. Terdapat tiga konsep prinsip *contrascending* yakni; (1) *powering*, (2) *originating*, dan (3) *transforming*.

a. *Powering*

Merupakan sebuah konsep yang menyampaikan makna tentang kehidupan, perjuangan dan kemauan untuk terus berjuang meskipun akan menghadapi berbagai kesulitan dan ancaman. *Powering* menegaskan keberadaan kita dalam kemungkinan ketidakberadaan dan sebuah proses mendorong - menolak yang selalu terjadi. Secara terus-menerus orang akan terlibat dalam ketidakberadaan. Ketidakberadaan/ *nonbeing* yakni tentang kehilangan dan risiko atas kematian dan penolakan. (Parse, 1981)

Akan selalu ada usaha perlawanan dengan kekuatan mendorong powering, sebab orang yang hidup dengan orang lain yang juga menemui berbagai kemungkinan. Sebuah konflik akan menyajikan kesempatan untuk memperjelas arti dan nilai-nilai. Sosok perawat dengancara menghadirkan orang-orang yang mampu mengeksplorasi masalah, konflik, dan pilihannya dapat meningkatkan proses ini menurut Parse (1981, 1998).

b. Originating

Sebuah konsep mengenai keunikan manusia. Memiliki dua paradoks yaitu: (1) sesuai-tidak sesuai dan (2) kepastian-ketidakpastian. Terkadang ada orang yang berjuang untuk menjadi seperti orang lain, namun mereka juga sedang berusaha untuk menjadi unik. Realitas kepastian-ketidakpastian menjadi pilihan dalam originating. Tidak mungkin kita akan mengetahui semua hal yang mungkin datang dari memilih untuk menjadi berbeda atau dari memilih untuk menjadi seperti sosok orang lain.

Setiap orang dapat mengartikan dan hidup dalam pandangan dunia dan nilai mereka sendiri. Originating dan menciptakan lagi ialah sebuah pola yang posisinya berdampingan dengan keteguhan dan kesesuaian (Parse, 1981, 1998). Pada pola originating, kerajinan manusia yang unik ketika kemungkinan mereka dilibatkan dalam kehidupan sehari-hari. Perawat sebagai saksi originating bersama orang-orang yang sedang berada dalam proses pemilihan untuk menentukan bagaimana cara mereka yang akan mengubah pola kesehatan.

c. Transforming

Transforming ialah tentang sebuah perubahan yang disengaja dan pergeseran pandangan bahwa orang-orang

memiliki tentang hidup mereka. Orang selalu berjuang untuk mengintegrasikan yang tidak biasa dengan yang biasa terjadi dalam keseharian kehidupan mereka. Ketika penemuan-penemuan yang baru telah dibuat, orang akan mengubah pemahaman mereka. Terkadang pola hidup dan pandangan dunia dapat bergeser dari wawasan misteri dan situasi yang sering terjadi dalam kehidupan mereka.

Transformasi ialah perubahan yang berkelanjutan dengan karakteristik proses yang bermutu dan kecerdikan manusia sebagai orang-orang yang menemukan cara untuk mengubah arah harapan dan impian mereka (Parse, 1981, 1998). Perawat, dengan caranya sendiri hadir dengan orang lain, membantu atau menghalangi upaya orang untuk mengklarifikasi harapan, impian, dan arah yang mereka inginkan.

D. Asumsi Dasar

Parse (1998) mensintesis prinsip, dogma, dan konsep dari Rogers, Heidegger, Merleau-Ponty, dan Sartre, bahwa dalam kreasi asumsi-asumsi tentang manusia dan prosesnya, mendorong pandangan perawat yang berakar dari ilmu manusia. Masing-masing asumsi sangat unik dan mewakili dari 3 postulat dan konsep yang diturunkan dari Rogers dan dari fenomena yang ada. Ini menggarisbawahi hanya bagaimana teori Parse secara halus sebagai sumber yang mendorong perkembangan pemikiran tentang sekolah proses menjadi manusia. Dalam membangun landasan kuat tentang ilmu keperawatan, Parse mendeskripsikan pada teori-teori yang lain. Sebagai dasarnya, berbagai asumsi akan mendorong teori proses manusia yang berfokus pada keyakinan dan bagaimana proses manusia terjadi serta juga dari aspek kesehatan.

Parse tidak memisahkan secara spesifik asumsinya tentang alam semesta karena berkeyakinan bahwa alam semesta adalah multidimensi dan proses yang saling menguntungkan pada manusia dan juga tidak dapat dipisahkan dari manusia lain. Hal ini membuktikan bahwa asumsi tentang manusia dan prosesnya adalah:

1) Manusia ialah ada selama pola secara teratur dari proses pembentukan alam semesta (keberadaan, pembentukan, dan pola).

2) Manusia ialah makhluk terbuka dan menentukan makna situasi secara bebas, bertanggung jawab untuk keputusan (situasi bebas, terbuka, dan energi).

3) Manusia ialah unit terkecil dan terjadi pola hubungan yang teratur (energi, pola, dan pembentukkan).

4) Manusia ialah memiliki cakupan yang luas untuk melihat lebih jauh secara multidimensi terhadap berbagai kemungkinan-kemungkinan (terbuka, pandimensional, dan situasi yang bebas).

5) Menjadi unit terkecil dari kehidupan kesehatan manusia (terbuka, situasi bebas dan pembentukan).

6) Menjadi bagian dari proses pembentukan secara teratur manusia dan alam semesta (pola pembentukan dan pandimensional).

7) Menjadi ialah pola yang terbentuk dari prioritas nilai dan hubungan (situasi bebas, pola dan keterbukaan).

8) Menjadi ialah proses dalam diri terhadap berbagai kemungkinan (keterbukaan, situasi bebas dan keberadaan).

9) Menjadi ialah proses menjadi manusia sebagai sebuah unit (keberadaan, energi, dan pandimensional).

Parse (1998) melakukan sintesis dari 9 asumsi menjadi 3 asumsi dasar tentang manusia dan prosesnya, yakni:

1) Proses menjadi manusia ialah pilihan secara bebas dari setiap individu terhadap makna pada suatu situasi dalam proses nilai kehidupan manusia.

2) Proses menjadi manusia ialah pola yang diciptakan secara teratur dalam hubungan proses saling menguntungkan antara manusia dan alam semesta.

3) Proses menjadi manusia ialah proses multidimensi yang menggabungkan berbagai kemungkinan.

Tiga tema di atas dihubungkan dengan teori proses pembentukan manusia menjadi kemaknaan, keteraturan, dan melihat lebih jauh (Parse, 1998). Kemaknaan lahir dari pesan yang manusia terima dan berikan pada orang lain dalam percakapan, bertingkah laku, dan diam. Kemaknaan diindikasikan pada kemaknaan terhadap sesuatu atau kemaknaan yang dipilih oleh individu. Di luar individu tidak dapat memutuskan kemaknaan dari sesuatu untuk orang lain. Perawat tidak dapat mengetahui bahwa ini akan berarti bagi keluarga bila mendengar berita penyakit yang tidak disangka-sangka atau perubahan kesehatan sampai keluarga belajar bahwa kemaknaan itu timbul dari pandangan keluarga itu sendiri. Terkadang orang tidak tahu kemaknaan terhadap sesuatu sampai kemaknaan itu tergalikan dan diujikan. Kemaknaan seseorang dapat bertukar pikiran dengan yang lainnya dengan mengemukakan pandangan, perhatian, harapan, dan impiannya. Mengacu pada Parse (1998), adanya kemaknaan untuk memberikan petunjuk terhadap

proses manusia dan alam semesta, kemaknaan dihubungkan dengan kejadian keseharian sebagai makna atau tujuan hidup seseorang.

Keteraturan adalah tentang pola, kebalikan, dan kemungkinan. Parse (1998) mendorong bahwa kehidupan manusia adalah pola tidak dapat diulang kembali dan pola ini berubah secara teratur bila manusia terintegrasi dengan pengalaman dan ide-ide baru. Pengalaman hidup adalah kontradiksi, dari pandangan Parse, dan mengacu pada Mitchell (1993) kontradiksi kehidupan adalah pengalaman kontradiksi dari kebalikan. Parse mengatakan manusia 12 dikumpulkan dengan pola yang unik antara kemaknaan konsistensi dan perubahan. Perubahan pada pola manusia terjadi ketika mereka mengintegrasikan prioritas baru, ide baru, dan impian baru dan mereka menunjukkan pola yang konsisten untuk melanjutkan kehidupan mereka.

Kemampuan melihat lebih jauh adalah asumsi dasar ketiga dalam proses menjadi manusia. Ini adalah tentang perubahan dan kemungkinan, terlalu banyak kemungkinan dalam proses menjadi manusia ini. Kemungkinan meningkat dengan proses manusia dan alam semesta sebagai pilihan dari manusia untuk memilih jalannya sendiri (Parse, 1998). Untuk mempercayai satu hal atau lainnya, untuk melihat pada satu petunjuk atau yang lainnya, untuk menjadi kuat atau menghindar/pergi, untuk bertahan atau mundur, untuk harapan dan keputusan, semuanya adalah pilihan dalam kehidupan. Pertimbangan dan dan pemilihan dari berbagai pilihan ini adalah kemampuan melihat lebih jauh terhadap berbagai kemungkinan.

E. Keperawatan

Konsisten pada keyakinannya sehingga tidak dideskripsikan atau dituliskan oleh Parse tentang keperawatan sebagai sebuah konsep di dalam disiplin dengan metaparadigma keperawatannya. Walaupun begitu, keperawatan sebagai sebuah ilmu dasar dituliskan Parse dalam keyakinan dan perhatiannya secara luas.

Parse (2000) menuliskan bahwa keperawatan sebagai disiplin ilmu akan dinikmati dan mempunyai berbagai dasar ilmu pengetahuan yang unik dan sebuah profesi yang berbeda dari medis dan hal ini merupakan harapan dari banyak perawat. Secara nyata masyarakat akan dapat melihat bahwa sosok perawat untuk pelayanan keperawatan bukan diagnosa medis.

20. SISTER CALLISTA ROY

“Model adaptasi Keperawatan (*Adaptation Model*)”



Sister Callista Roy

(Sumber <https://sites.google.com/site/sistercallistastheory/about-sister-callista>)

A. Biografi

Seorang perawat, guru, dan ahli teori agama yang dilahirkan di Los Angeles, California, Amerika pada tanggal 14 Oktober 1939. Tumbuh di lingkungan religious dengan latar belakang katolik. Dibaptis kemudian diberi nama yang memiliki arti “orang suci” yang dirayakan dihari

kelahirannya, Santo Callisto. Ibunya juga seorang perawat yang bekerja dan memiliki andil dalam mengajar anaknya mengenai perawatan yang diperlukan oleh orang sakit serta bagaimana seharusnya seorang perawat berperilaku altruistik dengan cara yang sepenuhnya. Callista sudah mulai bekerja pada rumah sakit besar ketika masih berusia 14 tahun. Awalnya, dia hanya bertanggung jawab atas pekerjaan di sebuah toko makanan, tetapi segera dipromosikan menjadi seorang asisten perawat.

Callista mempunyai panggilan pada aspek agama yang kuat. Setelah melakukan meditasi, maka diputuskannya untuk bergabung dengan Kongregasi Suster-suster San José de Carondelet di tempat tinggalnya. Pada tahun 1963, Sister Callista Roy menamatkan pendidikan keperawatan di Mount Saint Mary's College di Los Angeles tahun 1966. Selanjutnya ia lalu menyelesaikan gelar masternya dalam disiplin ilmu yang sama di University of California. Selain dari gelar itu, Roy juga mempunyai gelar master lain dalam bidang ilmu sosiologi di tahun 1973 dan meraih gelar doktor dalam bidang yang sama pada tahun 1977, kedua gelar itu diperoleh pada University of California.

Pada saat studi meraih gelar master pada bidang keperawatan, dia menerima sebuah misi yang pada akhirnya mengubah kehidupannya. Salah seorang gurunya, yaitu Dorothy E. Johnson memberikan tugas agar ia mengembangkan sebuah model keperawatan yang baru. Sementara itu ia juga sedang bekerja menjadi perawat di ruangan bangsal anak. Dengan memperhatikan lingkungannya, maka ia melihat kemampuan anak untuk beradaptasi terhadap perubahan, baik secara fisik maupun mental. Hal ini menemukan sebuah dampak yang sangat besar sehingga Roy mempergunakannya sebagai dasar konseptual

proyeknya. Dengan menggunakan cara ini maka Roy memperkenalkan model keperawatannya pada tahun 1968.

Setelah dua tahun, ia mendirikan sebuah yayasan dalam Nursing Outlook for Nursing. Yang berprinsip dasar bahwa manusia, merupakan sebuah sistem holistik (kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai sisi) dan mampu beradaptasi baik secara individu atau kelompok. Setelah keberhasilan yang telah dicapai dengan modelnya, maka Callista Roy mulai melihat kondisi karirnya yang mulai lepas landas.

Roy juga telah menerbitkan banyak artikel dan buku tentang hal tersebut. Dia juga telah menawarkan banyak sekali kegiatan konferensi di seluruh dunia. Pada tahun 1978, Roy diterima di American Academy of Nursing. Diantara tahun 1983 dan 1985, Roy juga bekerja sebagai perawat di klinik neurologi milik University of California. Pada tahun 1991 Roy mendirikan sebuah organisasi yang kemudian mengadopsi namanya yakni Roy Adaptation Associations. Pada tahun 2007, Roy diakui sebagai sosok legenda hidup oleh American Academy of Nursing. Saat itu, Roy memegang posisi professor dan ahli teori di School of Nursing di Boston College.

B. Model Konseptual

Terdapat 4 elemen penting yang termasuk dalam model adaptasi keperawatan menurut model konseptual adaptasi Roy ialah: manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan.

1) Manusia

Dikemukakan oleh Roy bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebuah kesatuan yang memiliki input, kontrol, output dan proses umpan balik yang dapat digambarkan secara holistik. Proses kontrol ialah sebuah mekanisme koping yang dapat dimanifestasikan secara adaptasi. Lebih spesifik lagi bahwa manusia dengan kemampuan aktivitas kognator dan regulator didefinisikan sebagai sebuah sistem yang adaptif. Agar manusia mampu beradaptasi dengan mempergunakan 4 cara yakni: fungsi fisiologi, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

Manusia di jelaskan sebagai sebuah sistem yang hidup pada model adaptasi keperawatan, terbuka dan adaptif yang dapat mengalami kekuatan menghadapi perubahan lingkungan. Manusia dapat di gambarkan dengan istilah karakteristik sistem, sebagai yang sistem adaptif.

2) Lingkungan

Diilustrasikan sebagai dunia di dalam dan di luar manusia. Lingkungan merupakan masukan atau input bagi manusia sebagai sistem yang adaptif. Demikian juga halnya lingkungan sebagai stimulus eksternal dan internal, maka stimulus tersebut dibagi menjadi 3 yakni: fokal, konsektual, dan residual.

3) Kesehatan

Defenisi kesehatan menurut Roy yakni keadaan dan proses menjadi manusia secara utuh dan terintegrasi secara keseluruhan. Kesehatan atau kondisi tidak terganggu mengacu kelengkapan atau kesatuan dan kemungkinan tertinggi dari pemenuhan potensi manusia dinyatakan secara tidak langsung sebagai integritas atau keutuhan

manusia. Jadi integritas ialah sehat, sebaliknya kondisi yang tidak ada integritas itu kurang sehat. Definisi kesehatan ini penekanan pada kondisi sehat sejahtera dan lebih dari tidak adanya sakit.

Konsep sehat dihubungkan dengan konsep adaptasi dalam model adaptasi keperawatan. Adaptasi yang bebas energi dari koping yang infektif dan mengizinkan manusia berespon terhadap stimulus yang lain. Pembebasan energi ini mampu meningkatkan penyembuhan dan meningkatkan kesehatan. Yang merupakan pembebasan energi yang menghubungkan konsep adaptasi dan kesehatan.

4) Keperawatan

Roy menggambarkan keperawatan sebagai disiplin ilmu dan praktek. Mengobservasikan, mengklasifikasikan dan menghubungkan proses yang secara positif berpengaruh pada status kesehatan merupakan aktifitas keperawatan sebagai ilmu. Adaptasi untuk meningkatkan kesehatan bertujuan untuk mempengaruhi kesehatan sebagai hal yang positif. Model adaptasi keperawatan menggambarkan lebih spesifik perkembangan ilmu keperawatan dan praktek keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan tersebut sehingga keperawatan dapat meningkatkan adaptasi individu dan kelompok pada situasi yang berhubungan dengan kesehatan (Hidayat, A, aziz Alimul, 2009).

Model konsep dan teori keperawatan Sister Calista Roy (Teori Roy) merupakan model dalam keperawatan yang mengemukakan bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatan dengan cara mempertahankan perilaku secara adaptif serta mampu merubah perilaku yang mal adaptif. Calista Roy mengemukakan konsep keperawatan dengan

model adaptasi yang memiliki beberapa pandangan atau keyakinan serta nilai yang di miliknya diantaranya:

a. Manusia sebagai makhluk biologi, psikologis, dan sosial yang selalu berinteraksi dengan lingkungannya.

b. Untuk mencapai suatu homeostatis atau terintegrasi, seseorang harus beradaptasi sesuai dengan perubahan yang terjadi

c. Sistem adaptasi memiliki empat mode adaptasi diantaranya: pertama, fungsi fisiologis, fungsi neurologis, dan fungsi endokrin. Kedua, konsep diri yang mempunyai pengertian bagaimana seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Ketiga, fungsi peran merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang dalam mengenal pola-pola interaksi sosial dalam berhubungan dengan orang lain. Keempat, interdependen merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola tentang kasih sayang. Secara ringkas, pandangan roy mengemukakan bahwa individu sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual sebagai satu kesatuan yang utuh memiliki mekanisme koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan sehingga individu selalu berinteraksi terhadap perubahan lingkungan.

Pada tahun 1964, Sister calista roy mengembangkan model adaptasi dalam keperawatan dan dianut dalam Model Adaptasi Roy, antara lain:

(1) individu adalah makhluk bio-psiko-sosial yang merupakan suatu kesatuan yang utuh

(2) Setiap orang selalu menggunakan koping, baik yang bersifat positif maupun negative, untuk dapat beradaptasi

(3) Setiap individu berespons terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri atau kemandirian, serta kemampuan melakukan peran dan fungsi secara optimal guna memelihara integritas diri.

(4) Individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit yang berhubungan erat dengan keefektifan coping yang dilakukan guna mempertahankan kemampuan adaptasi.

Menurut Roy, respons yang menyebabkan penurunan integritas tubuh menimbulkan sejumlah kebutuhan bagi individu. Respon atau perilaku adaptasi seseorang bergantung pada stimulus yang masuk dan tingkat/kemampuan adaptasi orang tersebut tingkat atau kemampuan adaptasi seseorang ditentukan oleh tiga hal yaitu masukan (input), control dan keluaran (output).

Tiga tipe teori keperawatan yakni: terpusat pada keterikatan, timbal balik dan out come. Konsep Roy tentang person bahwa dapat berarti individu, keluarga, kelompok atau masyarakat luas dan masing-masing sebagai sebuah sistem adaptasi holistic. Pandangan Roy pada Person secara menyeluruh atau holistik yakni merupakan suatu kesatuan yang hidup secara konstan dan berinteraksi dengan lingkungannya (Asmadi, 2008).

21. JEAN BROADES WATSON

“Teori peduli antar manusia (*Theory of Transpersonal*



Caring)”

Jean Broades Watson

(Sumber: <https://searcharchives.vancouver.ca/jean-watson-portrait>)

A. Biografi

Jean Watson, dilahirkan pada tanggal 10 Juni 1940 di Williamson, Virginia Barat, Amerika. Watson lulus dari Sekolah Keperawatan Gale Lewis pada tahun 1961, dan kemudian melanjutkan studi keperawatan di University of Colorado di Boulder. Dia memperoleh gelar sarjana pada tahun 1964, gelar Master di bidang keperawatan kesehatan jiwa dan mental pada tahun 1966 dan Ph.D. dalam psikologi pendidikan dan konseling pada tahun 1973.

Watson telah menerima gelar sarjana dan pasca sarjana di keperawatan dan psikiatris-jiwa keperawatan kesehatan dan pada bidang pendidikan psikologi dan konseling mendapatkan gelar PhD. Penerima beberapa penghargaan dan kehormatan, termasuk Kellogg, Penghargaan Riset Fullbright di Swedia dan enam Doktor

Kehormatan, Internasional Fellowship di Australia termasuk tiga Internasional Kehormatan Doktor (Swedia, Inggris, Quebec, Kanada) serta merupakan penulis yang dipublikasikan secara luas.

B. Latar Belakang Teori

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan dikenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantara kebutuhan dasar biofisikal:

1) Kebutuhan untuk hidup yang meliputi butuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminiasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal

2) Kebutuhan fungsional yang meliputi kebutuhan aktifitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial

3) Kebutuhan untuk intergrasi yang meliputi kebutuhan berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal

4) Kebutuhan untuk pengembangan yaitu kebutuhan aktualisasi diri (Aziz AH, 2004)

Berdasarkan pada keempat kebutuhan tersebut, dia memahami bahwa manusia merupakan makhluk sempurna yang mempunyai berbagai macam perbedaan. Sehingga dalam upaya mencapai kesehatan maka manusia seharusnya dalam keadaan sejahtera secara fisik, mental dan spiritual. Karena sejahtera merupakan kondisi harmonis antara pikiran, badan dan jiwa. Sehingga untuk mencapai keadaan

tersebut keperawatan harus mempunyai peran dalam meningkatkan status kesehatan, mencegah penyakit, mengobati berbagai macam penyakit dan penyembuhan kesehatan (Watson,1979)

C. Teori Watson Mengenai Human Caring

Dalam memahami konsep keperawatan Jean Watson dikenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling terkait yakni:

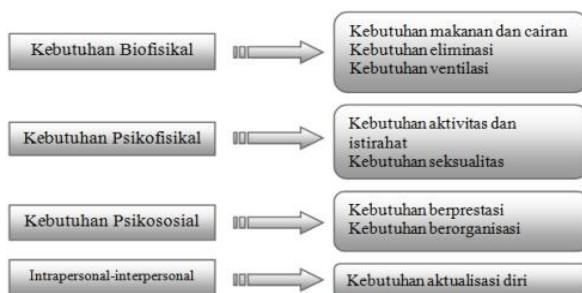
1) Kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi: kebutuhan ventilasi

2) Kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktifitas kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan

3) dan istirahat, kebutuhan seksual

4) Kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi

5) Kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.



Gambar 6. Cabang Kebutuhan Manusia menurut Jean Watson

Teori Jean Watson yang telah dipublikasikan dalam keperawatan yakni “human science and human care”. Sebagaimana yang dinyatakan oleh Watson (1985) human care is the heart of nursing. Oleh karenanya untuk memberikan pondasi yang kokoh untuk ilmu keperawatan maka perawat seharusnya mengembangkan filosofi humanistik dan sistem nilai serta seni yang kuat

Berdasarkan pada empat cabang kebutuhan manusia maka Jean Waston memahami bahwa dalam upaya mencapai kesehatan maka manusia seharusnya dalam keadaan sejahtera baik fisik, mental dan spiritual. Sejahtera merupakan keharmonisan antara pikiran, badan dan jiwa karena manusia ialah makhluk sempurna yang mempunyai berbagai macam perbedaan. Hingga untuk mencapai sejahtera maka diperlukan peran keperawatan yang fokusnya pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit selain mengobati berbagai penyakit dan penyembuhan kesehatan.

Carative factor dipercaya Watson sebagai fokus utama dalam keperawatan yang berawal dari perspektif humanistik yang dikombinasikan dengan dasar pengetahuan ilmiah. Keperawatan berupaya untuk mengintegrasikan pengetahuan empiris dengan estetika, kemanusiaan dan kiat sebagai human science (Watson, 1985). Berfokus pada pengembangan pengetahuan yang menjadi inti keperawatan, sebagai pengetahuan tentang human care.

D. Konsep Utama Keperawatan Menurut Jean Watson

1) Kemanusiaan

Orang yang bernilai bagi dirinya atau orang lain dalam memberikan pelayanan keperawatan harus dapat memelihara, menghargai, mengasuh, mau mengerti dan

membantu orang yang sakit hal ini menurut pandangan Watson.

2) Kesehatan

Menurut World Health Organization bahwa kesehatan memiliki bagian positif yang baik dari fisik, mental dan juga sosial. Tetapi Jean Watson mempercayai bahwa beberapa faktor yang lain juga diperlukan untuk masuk dalam pengertian sehat.

3) Keperawatan

Menurut Watson fokus keperawatan lebih kepada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan keadaan fisik dan perawatan. Asumsinya juga mengatakan bahwa kondisi sosial, moral serta ilmu dan pengetahuan sangat berperan penting pada kondisi kesehatan masyarakat, sehingga perawat seharusnya mempunyai komitmen dalam memberikan asuhan keperawatan yang ideal.

Adapun hubungan teori Jean dengan suatu konsep utama keperawatan yakni adanya unsur teori kemanusiaan di dalam pandangannya yang mengatakan bahwa manusia merupakan makhluk yang sempurna dan mempunyai berbagai macam perbedaan dan hubungannya dengan proses. Jean Watson menganjurkan agar riset dalam bidang keperawatan dapat dihubungkan dengan proses keperawatan. Tahapan pengkajian, penentuan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi merupakan penerapan teori Jean Watson.

E. Faktor Carrative Teori Jeon Watson

Fokus keperawatan ditujukan pada promosi kesehatan dan penyembuhan penyakit dan dibangun dari sepuluh faktor, yang meliputi:

- 1) Pembentukan sistem humanistik dan altruistik.
- 2) Penanaman (melalui pendidikan) *faith-hope*.
- 3) Pengembangan sensitifitas atau kepekaan diri kepada orang lain
- 4) Pengembangan hubungan yang bersifat membantu dan saling percaya (*a helping trust relationship*)
- 5) Meningkatkan dan saling pengungkapan ekspresi perasaan
- 6) Menggunakan metode ilmiah, menyelesaikan masalah dan pengambilan keputusan.
- 7) Meningkatkan dan memfasilitasi proses belajar mengajar yang bersifat interpersonal.
- 8) Menciptakan lingkungan yang mendukung, melindungi dan meningkatkan atau memperbaiki keadaan mental, sosial, kultural, dan lingkungan spiritual.
- 9) Membantu dengan antusias upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia
- 10) Mengembangkan pada kekuatan faktor eksistensial phenomonologic komponen model.

F. Asumsi Teori

Beberapa asumsi dasar Jean Watson yakni:

- 1) Asuhan keperawatan secara interpersonal mampu dilakukan dan dipraktikkan

2) Asuhan keperawatan dapat terlaksana karena adanya faktor *carative*

3) Adanya asuhan keperawatan yang efektif mengakibatkan meningkatkan kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga

4) Respon *caring* juga menerima hal-hal yang mungkin terjadi pada seseorang nantinya selain menerima sebagaimana kondisi mereka sekarang

5) Lingkungan asuhan keperawatan ialah sesuatu yang menyediakan perkembangan potensi dan memberikan keluasan dalam waktu yang telah ditentukan untuk memilih kegiatan yang terbaik bagi diri seseorang

6) Asuhan keperawatan lebih bersifat *healthegenic* (menyehatkan)

7) Praktik *caring* merupakan pusat keperawatan.

22. NOLA J. PENDER

“Model Promosi Kesehatan (*Health Promotion Model*)”



Nola J. Pender

(Sumber: <https://nursekey.com/21-health-promotion-model/>)

A. Biografi

Pender lahir pada tanggal 16 Agustus 1941, di Lansing, Michigan, Amerika. Dia adalah anak tunggal dari orang tua yang mengadvokasi pendidikan untuk wanita. Dorongan keluarga untuk menjadi perawat terdaftar membawanya ke Sekolah Keperawatan di Rumah Sakit Suburban Barat di Oak Park, Illinois. Sekolah ini dipilih karena hubungannya dengan Wheaton College dan fondasi Kristennya yang kuat. Pada tahun 1962 dia menerima diploma keperawatan dan mulai bekerja pada unit medis-bedah dan lalu ia bekerja pada unit pediatrik Di Rumah Sakit Michigan.

Pender menyelesaikan gelar sarjana muda keperawatan di Michigan State University pada tahun 1964. Dia memuji Helen Penhale, asisten dekan, yang efisien programnya untuk mengembangkan pilihannya untuk pendidikan lebih lanjut. Dia mendapatkan gelar master dalam bidang human growth and development di Michigan State University pada tahun 1965. Dia menyelesaikan Ph. D dalam bidang psikologi dan pendidikan pada tahun 1969 di Universitas Northwestern. Beberapa tahun kemudian, dia menyelesaikan pekerjaan tingkat master dalam kesehatan masyarakat keperawatan di Rush University.

Setelah mendapatkan gelar PhD, Pender mencatat perubahan dalam dirinya bahwa ia untuk mendefinisikan tujuan asuhan keperawatan sebagai kesehatan optimal individu.

B. Teori dan Model Konseptual Nola J. Pender

Teori model konseptual Nola J. Pender dilatarbelakangi oleh adanya suatu bentuk pergeseran paradigma, dimana pergeseran paradigma ini terjadi dalam suatu bentuk pemberian pelayanan kesehatan, yang menitikberatkan pada paradigma kesehatan dan keperawatan yang lebih holistik.

Dalam memandang sebuah penyakit dan berbagai gejala penyebabnya, bukan sebagai fokus pelayanan kesehatan saja. Pada perubahan paradigma inilah yang menjadikan perawat sebagai posisi kunci, dalam berbagai peran dan fungsinya dalam melakukan pelayanan kesehatan. Hampir semua lapisan di bidang pelayanan kesehatan dalam melakukan pelayanan promosi dan preventif (pencegahan) kesehatan dilakukan oleh para perawat. Oleh karena adanya promosi dan preventif kesehatan yang cenderung, dilakukan dan diupayakan oleh perawat inilah lahir sebuah teori dan model konseptual dari Nola J. Pender yang berjudul "Health Promotion Model" atau model promosi kesehatan (Murwani, 2009).

Telah diidentifikasi oleh Pender bahwa promosi kesehatan sebagai suatu tujuan untuk abad ke 21, seperti upaya pencegahan penyakit yang menjadi tugas utama pada abad ke-20. Model ini menjelaskan interaksi diantara perawat dengan konsumen sambil memperhatikan peran lingkungan dalam promosi kesehatan. Pender memberikan tanggapan pada lingkungan politik, sosial dan personal pada masanya untuk klarifikasi tugas keperawatan dalam mengantarkan pelayanan promosi kesehatan kepada orang-orang segala usia. Model ini mengadopsi pemikiran mengenai kesempatan-kesempatan di waktu mendatang dan memengaruhi penggunaan teknologi seperti catatan kesehatan elektronik sebagai sarana untuk mencapai pencegahan dan promosi kesehatan (Alligood, 2012).

Model promosi kesehatan merupakan sebuah teori yang telah menggabungkan 2 teori yaitu Teori Nilai Harapan (Expectancy value) dan Teori Kognitif Sosial (Social Cognitive). Teori Pender tentang model promosi kesehatan ini konsisten dan mempunyai fokus pada pentingnya

promosi dan upaya pencegahan kesehatan untuk dilakukan guna peningkatan kesehatan klien atau masyarakat ke arah yang lebih baik dan optimal (Widyawati, 2012).

Penjelasan mengenai 2 teori yang menjadi komponen dari terbentuknya Teori Model Promosi Kesehatan:

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

Menurut teori ini, perilaku sehat klien maupun individu secara pribadi mempunyai sifat rasional dan ekonomis. Secara rasional, individu akan melakukan tindakan sebagaimana mestinya dalam proses pencapaian apa yang mereka inginkan, dan juga memiliki kecenderungan akan mempertahankannya ketika keinginan tersebut telah dicapai, yaitu dengan cara meningkatkan hasil yang ingin dicapai yang disebut sebagai nilai personal yang positif. Peningkatan berdasarkan pada informasi yang tersedia untuk mencapai hasil yang diinginkan. Individu tidak akan mampu melakukan sesuatu tindakan yang tidak berguna dan tidak bernilai bagi dirinya. Individu tidak akan melakukan kegiatan meskipun kegiatan tersebut menarik bagi dirinya jika dirasakan tidak mungkin kegiatan tersebut akan dicapainya (Asmadi, 2009).

2) Teori Kognitif Sosial

Teori ini lebih cenderung disebut sebagai model interaksi antara individu dengan lingkungan, individu lain yang melibatkan perilaku sebagai suatu hal yang saling mempengaruhi antara satu dengan yang lainnya. Dalam teori ini, setiap individu harus mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang lebih dalam membina hubungannya dengan lingkungan sekitar untuk mendukung proses adaptif. Sehingga hal ini mampu menjadi pencegahan dan promosi

kesehatan yang dapat dilakukan untuk menghindari kemungkinan terjangkitnya penyakit (Aziz, 2009).

C. Asumsi Model Promosi Kesehatan

1) Manusia berusaha menciptakan kondisi dari kehidupan melalui dimana mereka dapat mengekspresikan kesehatan manusia mereka yang unik

2) Orang memiliki kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuan diri sendiri

3) Manusia menghargai pertumbuhan sebagai hal yang positif dan mencoba mencapai keseimbangan antara perubahan dan stabilitas

4) Individu berusaha untuk secara aktif mengatur tingkah laku diri mereka sendiri

5) Individu dalam semua kompleksitas biopsikososial mereka berinteraksi dengan lingkungan, yang diubah secara terus menerus.

6) Profesional kesehatan merupakan bagian dari interpersonal lingkungan, yang memberikan pengaruh pada manusia di seluruh rentang hidupnya.

7) Konfigurasi ulang orang-lingkungan yang diprakarsai sendiri pola interaktif sangat penting untuk perubahan perilaku (Kozier dkk, 2011).

D. Proposisi Model Promosi Kesehatan

1) Perilaku sebelumnya dan karakteristik yang diturunkan dan didapat mempengaruhi keyakinan, mempengaruhi perilaku mempromosikan kesehatan.

2) Manusia melakukan perubahan perilaku dimana mereka mengharapkan keuntungan yang bernilai bagi dirinya.

3) Hambatan yang dirasakan dapat membatasi komitmen untuk bertindak, mediator perilaku, dan aktual tingkah laku.

4) Persepsi kompetensi atau *self-efficacy* untuk melaksanakan perilaku yang diberikan meningkatkan kemungkinan komitmen untuk tindakan

5) Pemanfaatan diri yang terbesar akan menghasilkan sedikit rintangan pada perilaku kesehatan spesifik

6) Pengaruh positif terhadap perilaku akibat pemanfaatan diri yang pada gilirannya, dapat mengakibatkan peningkatan pengaruh positif.

7) Ketika emosi atau pengaruh positif dikaitkan dengan perilaku, kemungkinan komitmen dan tindakan ditingkatkan.

8) Ketika model perilaku itu menarik, perilaku yang diharapkan terjadi dan dapat mendukung perilaku yang sudah ada maka manusia lebih senang melakukan promosi kesehatan.

9) Keluarga, teman sebaya, dan penyedia layanan kesehatan sebagai sumber-sumber penting dari pengaruh interpersonal yang dapat menambah atau mengurangi komitmen untuk terlibat dalam perilaku mempromosikan kesehatan.

10) Pengaruh situasional dalam lingkungan eksternal dapat menambah atau mengurangi komitmen untuk atau partisipasi dalam perilaku mempromosikan kesehatan.

11) Semakin besar komitmen untuk rencana spesifik tindakan, perilaku mempromosikan kesehatan lebih mungkin harus dipertahankan dari waktu ke waktu.

12) Komitmen pada rencana kegiatan kemungkinan kurang menunjukkan perilaku yang diharapkan ketika seseorang mempunyai kontrol yang sedikit dan kebutuhan yang diinginkan tidak tersedia.

13) Komitmen terhadap rencana tindakan lebih kecil kemungkinannya menghasilkan perilaku yang diinginkan ketika tindakan lain lebih menarik dan dengan demikian lebih disukai daripada perilaku yang di harapkan.

14) Seseorang dapat memodifikasi kognisi, mempengaruhi interpersonal dan lingkungan fisik yang mendorong melakukan tindakan kesehatan.

Asumsi utama dari teori ini fokus pada unsur-unsur paradigma yang Pender gambarkan yakni:

1) Manusia

Manusia sebagai makhluk holistik yang berusaha untuk mewujudkan sebuah negara yang optimal dari aktualisasi diri dengan menggunakan atribut bawaan dan eksistensial untuk beradaptasi dengan lingkungan dan mencapai keseimbangan (Sakraida 2014). Isyarat ini sementara membimbing seseorang menuju negara yang sejahtera sepanjang kontinum melalui jalur yang paling resistensi.

2) Lingkungan

Dalam teori Pender ini didefinisikan sebagai pengaruh interpersonal dan situasional, bukan kekuatan statis. Lingkungan mengacu pada keadaan fisik, interpersonal, dan ekonomi di mana orang hidup. Kualitas lingkungan

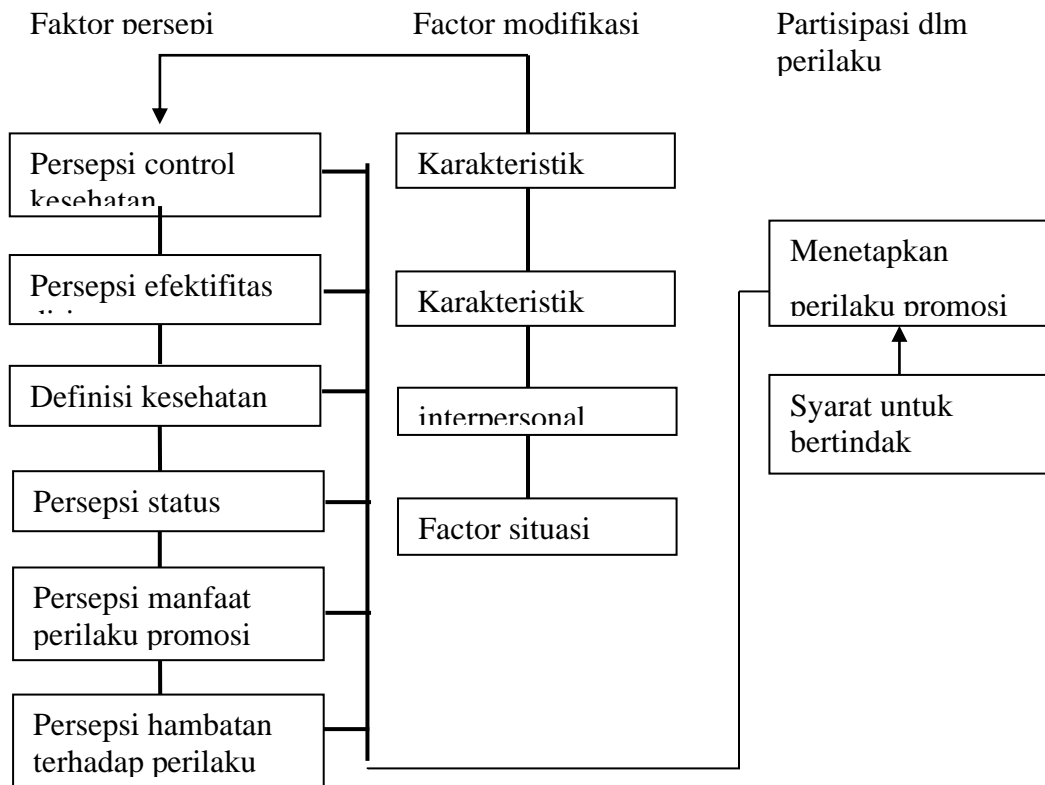
tergantung pada tidak adanya zat beracun, ketersediaan makanan dan sebagainya.

3) Sehat

Model Pender ini memandang kesehatan sebagai keadaan makhluk yang bervariasi dalam tingkat sepanjang kontinum, yang dipengaruhi oleh pengubah internal dan eksternal. "Pender mendefinisikan kesehatan sebagai aktualisasi potensi manusia yang melekat dan diperoleh melalui perilaku yang diarahkan pada tujuan, perawatan diri yang kompeten, dan hubungan yang memuaskan dengan orang lain untuk menjaga integritas struktural dan harmoni "(McCullagh, 2013).

4) Perawat

Dalam model Pender ini perawat memainkan peran utama dalam memberikan informasi yang lengkap dan akurat kepada klien untuk mempromosikan self-efficacy, yang dibuat lebih efektif bila kepercayaan praktisi dirasakan dalam keterampilannya sendiri/pengetahuan yang luas. Tujuan utama dari perawat adalah untuk membantu orang dan bisa merawat diri sendiri.



Gambar 7. Model Promosi Kesehatan Nola J, Pender

23. PATRICIA SAWYER BENNERR

“Teori Dari Pemula Hingga Pakar (*From Novice To Expert Theory*)”



Patricia Benner

(Sumber:<http://nursingscience-2008.blogspot.com/2014/12/patricia-benner.html>)

A. Biografi

Dilahirkan pada bulan Agustus tahun 1942 di Hampton, Virginia, Amerika. California menjadi tempat menghabiskan masa kecil Benner yang juga merupakan tempatnya menempuh pendidikan dasar dan pendidikan profesionalnya (Alligood, 2014). Pada tahun 1964 pada Pasadena College meraih gelar sarjana muda di bidang keperawatan. Selanjutnya pada tahun 1970, meraih gelar Master Keperawatan peminatan keperawatan medikal bedah di salah satu universitas yang ada di San Francisco yaitu School of Nursing University of California serta meraih gelar PhD pada tahun 1982 di University of California di Berkeley di bidang penekanan pada koping dan kesehatan.

Memiliki pengalaman praktek klinik yang luas yaitu dalam bidang medikal bedah akut, perawatan kesehatan di rumah dan perawatan kritis. Sebagai Kepala Perawat di Unit Perawatan Koroner di Rumah Sakit Umum Kansas City dan

juga sebagai staf perawat di Perawatan Intensif Rumah Sakit Stanford University and Medical Center pada akhir tahun 1960-an.

Benner memulai karirnya pada tahun 1970 sampai 1975 serta memiliki latar belakang yang baik dalam penelitian di San Francisco School of Nursing sebagai seorang Research Associate. Di samping itu, Benner menjadi Asisten sebuah Riset di University of California di Berkeley untuk Richard S. Lazarus. Banner juga menjabat sebagai sebagai direktur proyek konsensus, penilaian, dan evaluasi intraprofesional yang terletak di San Francisco Consortium/ University of San Francisco pada tahun 1979 hingga 1981.

Tahun 1982 Benner bekerja dalam sebuah penelitian dan pengajaran di San Francisco di University of California School of Nursing dan memperoleh posisi sebagai rekan dari seorang Proffesor di Department of Sosial Physiological Nursing di USCF. Banner telah menjadi Professor tetap sejak tahun 1989 yang juga telah menerbitkan sembilan buku, yaitu salah satunya *The Primacy of Caring, From Novice to Expert* dan *Nursing Pathways for Patient Safety*. Sejak 1995, Selain itu Banner juga menerbitkan beberapa artikel dan mendapatkan anugerah Penghargaan penelitian Helen Nahm yang ke 15 dari Universitas California di San Francisco School of Nursing.

B. Teori yang Dikemukakan Patricia Benner

Benner melakukan penelitian mengenai praktik keperawatan klinis untuk melakukan penelusuran dan pendeskripsian mengenai pengetahuan yang ada pada praktik keperawatan. Benner mengungkapkan bahwa sebuah pengetahuan dalam melakukan praktik disiplin ilmu bisa didapatkan dan dikembangkan seiring dengan

berjalannya waktu melalui pembelajaran yang eksperimental serta melalui pemikiran situasional yang menjadi refleksi di situasi yang tertentu (Alligood, 2014).

Model Benner mempunyai sifat situasional serta digambarkan melalui 5 tingkatan penguasaan keterampilan dan pengembangan, yaitu:

1) *Novice* (Pemula)

Novice merupakan seorang perawat yang tidak mempunyai pengalaman praktek klinik. Seorang Perawat di tingkatan pemula masih selalu memerlukan arahan dan membutuhkan petunjuk yang jelas secara tekstual. Tingkatan ini lebih tepat diberikan kepada mahasiswa keperawatan yang akan memasuki dunia klinik. Namun, Patricia Benner juga menyatakan bahwa tidak dipungkiri jika perawat senior juga dapat dikategorikan ke dalam tingkatan ini.

2) *Advanced Beginner* (Pemula Tingkat Lanjut)

Tingkat ini seorang perawat sudah mempunyai pengalaman klinik dan dapat memahami situasi keperawatan. Tingkatan ini seorang perawat masih memerlukan arahan dan bimbingan secara berkelanjutan karena belum memahami situasi dan kondisi secara luas dan holistik. Seorang perawat menganggap kondisi klinik dan kasus pasien merupakan tantangan yang mesti dilewati tetapi mereka belum mampu memahami apa yang pasien butuhkan. Pada tingkatan ini sangat sesuai untuk mahasiswa yang telah lulus pendidikan profesi ners dan masih memerlukan bantuan dari para seniornya.

3) *Competent* (Kompeten/ Mampu)

Pada ingkatan ini perawat dapat menyeleksi berbagai aspek pada kondisi keperawatan yang benar-benar penting

serta yang kurang untuk dipertimbangkan lebih lanjut. Adapun salah satu kriteria paling utama dari tingkatan ini yaitu perawat menganggap keadaan atau kondisi pasien secara parsial, sehingga menyebabkan tindakan yang diberikan kurang mampu menyentuh pasien sebagai seorang individu holistik.

4) *Proficient* (Terampil)

Pada tingkat ini perawat mampu memahami situasi dengan cara holistik, perawat telah mampu memberikan tindakan bagi pasien tanpa melalui tahapan menetapkan tujuan serta menyusun rencana tindakan terlebih dahulu. Perawat lebih banyak berinteraksi baik kepada pasien maupun kepada keluarga pasien.

5) *Expert* (Ahli)

Tingkatan ini perawat telah mampu dengan segera menentukan inti masalah yang dialami oleh pasien serta telah memiliki pengetahuan yang tepat mengenai intervensi yang akan diberikan pada pasien tanpa adanya serangkaian tahapan berfikir analitis. Perawat ahli dengan cara intuitif mampu menemukan masalah serta tindakan yang sesuai tanpa ragu dengan berbagai alternative yang dapat diberikan. Perawat ahli telah memiliki pengetahuan dan juga pengalaman yang telah bersinergi secara baik untuk membentuk suatu nilai dan juga intuisinya dalam menangani pasien-pasien yang tidak membutuhkan waktu lama.

Perawat pakar memiliki kemampuan memahami pola berdasarkan pengalaman yang telah ia lalui (Benner, Tenner & Chesla, 1996). Model yang dikemukakan Banner mempunyai pandangan bahwa perubahan pada empat aspek kinerja terjadi di dalam pergerakan melalui tingkat penguasaan keterampilan:

a. Perpindahan ketergantungan pada prinsip yang abstrak dan aturan pada penggunaan di masa lalu, disertai penggunaan pengalaman yang nyata.

b. Perubahan ketergantungan pada analisis dan pemikiran yang berbasis pada aturan kepada institusi

c. Perubahan mengenai persepsi dari pelajar pada situasi serta memandangnya sebagai sebuah kompilasi bagian yang sesuai dan menjadi keseluruhan yang semakin kompleks, dimana pada bagian tertentu terdiri sebagai suatu yang kurang atau lebih relevan.

Bagian dari sebuah pengamatan yang dilakukan secara terpisah, di luar situasi berdiri, memposisikan diri secara terpisah, di luar situasi berdiri, memposisikan diri disalah satu yang terlibat, dan yang sepenuhnya terlibat dalam kondisi tersebut (Benner, Tanner & Chesla, 1996) . Model yang dikemukakan Banner merupakan model yang berdasarkan situasional dan tidak berdasarkan sifat. Oleh karena itu, tingkatan kinerja tidak menjadi karakteristik individual dari seorang pelaku secara individu, melainkan menjadi fungsi dari suatu kebiasaan yang telah diberikan perawat yang mengkombinasikan latar belakang pendidikannya pada suatu situasi tertentu.

Menurut Banner, penerapan suatu model keperawatan merupakan “penguasaan keterampilan yang berbasis pengalaman yang lebih aman dan cepat ketika bersandar pada dasar pendidikan”. Dan Benner menjabarkan definisi praktik terampil dan keterampilan merupakan perlakuan intervensi keperawatan terampil dan juga keterampilan dalam memberikan sebuah penilaian klinis pada kondisi yang sebenarnya. Situasi ini tidak berdasarkan pada kemampuan keterampilan demonstratif lainnya di luar

konteks keperawatan atau psikomotor bebas konteks. Fokus keunikannya, mencakup;

a. Filosofi dari Benner terkait dengan caring yakni berdasarkan etik pelayanan dan seni moral dan tanggungjawab, hingga akan dapat menciptakan hubungan antara perawat dan pasiennya.

b. Fokus unik merupakan model situasional yang memiliki praktek klinik dengan cara yang langsung. Selain itu dengan adanya tingkat kompetensi atau jenjang keterampilan seorang perawat yang didasarkan etika praktek keperawatan. Oleh karenanya, kewenangan dalam melaksanakan asuhan tidak dimiliki oleh semua perawat keperawatan.

c. Pemula, pemula lanjut, kompeten, profisien dan terampil merupakan lima keterampilan perawat yang ditekankan oleh Benner.

C. Paradigma Model Konseptual Patricia Benner

Fenomena di lapangan menjadi insiasi Patricia Benner dalam menyusun teorinya. Sebagian besar perawat senior yang telah memiliki wawasan dan pengalaman mengenai berbagai kondisi pasien di rumah. Selain itu, mereka juga memiliki know what atau terapi modalitas tetapi memiliki pengetahuan yang kurang sehingga menjadi latar belakang berbagai modalitas keperawatan know/how (Allgood, Raille and Tomey, 2006).

Begitupula, para pembimbing klinik (preceptor) mahasiswa yang melaksanakan praktik di rumah sakit kurang mampu memberikan suatu kondisi optimal dalam membimbing mahasiswanya sebab preceptor lebih memahami pengetahuan teoritis/know how tanpa dapat

memadukan dengan pengetahuan klinis yang cukup/*know what* (Alligood, Raille and Tomey, 2006).

Benner selanjutnya melakukan pengamatan mengenai dua fenomena ini, sehingga ia dapat menyatakan bahwa suatu teori dikembangkan melalui suatu kondisi klinis maupun melalui praktik klinik keperawatan yang dilakukan berdasarkan pada teori (Alligood, Raille and Tomey, 2006). Kesimpulannya ialah pengetahuan bersifat teoritis dan pengetahuan/pengalaman yang didapatkan memiliki hubungan yang menunjang satu sama lain sehingga dapat saling memperkuat. Berdasarkan pemikiran ini, Patricia Benner kemudian mengembangkan teori dengan menjadikan suatu pengetahuan teoritis sebagai landasannya dalam mengganti pengalaman perawat pada klinik.

Patricia Benner menjadikan sebuah pengalaman klinik menjadi fokus teori karena mempunyai anggapan lebih memiliki variasi dan juga kompleks ketika dibandingkan dengan yang dituliskan dalam teori, tetapi tetap lebih bergantung terhadap teori itu sendiri.

Lebih berfokus pada penguasaan suatu keterampilan merupakan pengimplementasian suatu konsep model keperawatan yang dikemukakan Benner. Menurut yang dikemukakan oleh Benner dalam Alligood (2014), jika dibandingkan catatan teoritis, maka kondisi klinis selalu lebih beragam yang menyebabkan praktik klinis menjadi suatu area pengembangan pengetahuan. Perawat yang bersikap caring, bijak dalam memberikan keputusan, dan mempunyai etika serta moral yang baik dihasilkan dari perawat yang memiliki pengalaman praktik klinis.

Perawat yang mempunyai pengalaman dengan berbagai jenis masalah dan kasus yang ada di lahan praktik

lebih mampu memiliki pola berpikir kritis jika dibandingkan dengan seorang perawat yang kurang mendapatkan kasus dan masalah. Hal ini sesuai penelitian yang dilakukan oleh Gobet & Chassy (2008) yang menyatakan bahwa sebuah elemen situasional dapat memberikan peningkatan kompetensi pada individu dalam mengatur tindakan yang lebih efisien, kemudian ketika perawat melakukan penyelesaian suatu masalah maka selanjutnya perawat akan lebih mudah untuk mengatasi masalah.

Konsep pengembangan pada tahap keahlian dari perawat mempergunakan konsep dari model keperawatan Benner. Yang juga menjabarkan mengenai sebuah asuhan keperawatan berkualitas yaitu suatu asuhan keperawatan yang diperoleh dari sebuah pengalaman dan juga latar belakang pendidikan seorang perawat. Penekanan Benner pada adanya interaksi saling berhubungan antara praktik keperawatan dan teori keperawatan (Gobet & Chassy, 2008). Teori keperawatan ini yang harapannya dapat dijadikan pedoman oleh perawat untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Adapula tahapan pendidikan yang dimaksud dalam teori keperawatan merupakan teori yang menjabarkan bahwa peserta didik keperawatan sangat beragam. Ketika tingkat pendidikan yang dimiliki semakin tinggi, maka semakin banyak pula teori yang dapat dikuasai. Akan tetapi, merancang suatu teori tidak mengalami perkembangan jika tidak memiliki keseimbangan dengan suatu praktik yang dilakukan. Dengan demikian, jika seorang perawat semakin memiliki banyak pengalaman praktik, maka perawatan akan semakin memiliki perkembangan teori yang dapat disusun yang dapat memberikan suatu dampak pemberian asuhan keperawatan bagi pasien.

D. Hubungan Paradigma Terhadap Model Konseptual Patricia Benner

Patricia Benner memiliki keyakinan mengenai proses mengembangkan kompetensi berdasarkan pengalaman klinik. Benner mengemukakan bahwa pengembangan kompetensi dapat memberikan suatu hasil yang lebih cepat dan berkualitas jika melalui proses pendidikan. Hal ini didasari oleh hasil observasi yang dilakukan Patricia Benner mengenai hubungan antara pengalaman dan pengetahuan (Benner, 1994 dalam Alligood, 2006).

Pada tahun 1978-1981, Patricia Benner melakukan suatu penelitian yang meneliti mengenai persepsi dan interpretasi antara perawat yang memiliki perbedaan yang secara signifikan, mahasiswa yang pertama kali praktek, dan mahasiswa yang sudah senior pada suatu fenomena keperawatan yang sama. Patricia Benner meneliti bagaimana sebuah tingkatan pengalaman dan tingkatan pengetahuan perawat dalam melakukan penilaian terhadap suatu fenomena keperawatan.

Menurut Patricia Benner, seorang perawat ahli (expert) wajib memiliki 31 kompetensi yang wajib yang secara induktif dijabarkan ke dalam 7 (tujuh) domain yaitu (1) peranan untuk memberikan pertolongan, (2) fungsi dalam memberikan edukasi dan pelatihan, (4) fungsi dalam membuat diagnosa keperawatan dan mengawasi klien, (5) kemampuan secara tepat untuk mengatasi situasi yang dapat berubah dan mendadak, (6) pemberian suatu intervensi dan mengawasi respon dari pasien pada intervensi keperawatan, pengawasan dan memastikan mutu dari pelayanan kesehatan, (7) di dalam organisasi atau tim memiliki kemampuan bekerja dan berperan secara aktif.

Manusia yang merupakan makhluk berintegritas dan juga membawa sifat kesatuan yang utuh dimana fisik dan psikologis manusia tidak dapat dipisahkan (Alligood, 2014). Benner mempercayai bahwa terdapat segi yang signifikan sanggup memicu keberadaan seorang manusia bersama dengan konseptualisasi sebagai peran suasana atau kondisi, masalah pribadi, tubuh, dan temporalitas.

Karena itu, pasien harus diberikan asuhan keperawatan bersama dengan cara holistik dan komprehensif oleh perawat. Menurut Benner dalam penerapan suatu rancangan keperawatan, menyatakan bahwa disaat melaksanakan asuhan keperawatan yang bermutu diperlukan pengalaman yang harus dimiliki oleh seorang perawat (Alligood, 2014). Individu memiliki tingkat kecerdasan yang berasal dari tindakan yang terampil, dinyatakan oleh Benner. Dengan demikian, pengalaman praktik klinik yang dimiliki oleh perawat bakal terlampaui dan mempengaruhi suatu tipe yang berasal dari asuhan keperawatan yang diberikan.

Perawat yang menambahkan asuhan keperawatan yang tepat sanggup mempengaruhi peningkatan dan pertahanan suasana kesegaran pasien. Benner menyatakan bahwa sakit merupakan suatu pengalaman manusia terhadap gangguan, namun penyakit merupakan problem fisik yang sanggup dikaji (Alligood, 2014). Oleh karena itu, perawat dikehendaki sudah membawa pengalaman relevan dalam menanggulangi problem supaya sanggup merampungkan problem sakit dan penyakit yang berlangsung terhadap manusia. Pengalaman perawat dianalogikan sanggup menanggulangi masalah sakit yang diakibatkan oleh pengalaman individu itu.

Model konseptual yang sudah dikembangkan Patricia Benner pada hakikatnya berkaitan dengan rancangan paradigma keperawatan dimana asuhan keperawatan berhubungan juga dengan pengalaman yang dimiliki perawat bersama dengan suasana di sekitarnya.

Benner condong memakai arti suasana dibandingkan lingkungan akibat suasana yang lebih menafsirkan cara individu yang berada di dalamnya (Alligood, 2014). Adapula perihal yang mendukung keahlian para perawat dalam menanggulangi masalah yaitu terdapatnya jalinan antara perawat dan pasiennya. Sehingga dapat dikatakan bahwa, kebiasaan dan pola pandang perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada masa kini dan masa mendatang terlampau dipengaruhi oleh jalinan yang ada antara manusia, perawat, dan lingkungannya pada masa yang lalu.

24. KATHARINA COLCABA

“Teori kenyamanan (*Theory of Comfort*)”



Katharine Kolcaba

(Sumber:<http://comfortcareinnursing.blogspot.com/p/nursing-theorist-dr-katharine-kolcaba.html>)

A. Biografi

Katharine Kolcaba terlahir dengan nama Arnold Kathrine pada 8 Desember 1944, di Clevelan, Ohio. Pada tahun 1965 Kolcaba menyelesaikan diploma keperawatannya, dan pada tahun 1987, ia lulus program RN ke MSN di Sekolah Perawat Frances Payne Bolton, Universitas Case Western Reserve, dengan spesialisasi di bidang gerontologi. Pengalaman klinis Kolcaba sebelum kembali ke sekolah adalah dalam perawatan medis-bedah, perawatan jangka panjang, dan perawatan di rumah. Ketika terdaftar dalam program RN ke MSN, ia berbagi pekerjaan dalam posisi kepala perawat di unit demensia. Selama pengalaman ini, ia mulai berteori tentang hasil kenyamanan (Dowd, 2010, hal. 706; 2014, hal. 657).

Dalam jenjang kariernya, Kolcaba menerima posisi di Fakultas Sekolah Tinggi Keperawatan Universitas Akron setelah meraih gelar masternya dan menyelesaikan gelar doktoralnya di Universitas Case Western Reserve dan berfokus pada konsep kenyamanan dan menerbitkan analisis konsep kenyamanan (Kolcaba & Kolcaba, 1991), membuat diagram aspek kenyamanan (Kolcaba, 1991), mengoperasionalkan kenyamanan sebagai hasil dari perawatan. Kolcaba (1992) mengontekstualisasi kenyamanan sebagai teori kelas menengah (Kolcaba, 1994), dan menguji teori tersebut dalam studi intervensi (Kolcaba & Fox, 1999).

Comfort line adalah perusahaan yang dibangun oleh Kolcaba yang membantu organisasi layanan kesehatan dalam menerapkan konsep kenyamanan. Dia terus bekerja dengan siswa yang sedang melakukan studi yang berkaitan dengan konsep kenyamanan dan mengajar teori keperawatan paruh waktu di Universitas Akron, dimana dia

saat ini adalah seorang profesor keperawatan emeritus. Gagasan dari tiga ahli teori perawat yang dirujuk oleh Kolcaba untuk menyatakan jenis-jenis kenyamanan: kelegaan, kemudahan, dan pembaruan. Orlando (1961) mengusulkan agar perawat meringankan kebutuhan yang diungkapkan oleh pasien, Henderson (1966) menggambarkan 14 fungsi dasar manusia untuk dipertahankan selama perawatan.

Pembaruan digambarkan oleh Kolcaba sebagai keadaan dimana seseorang mengatasi masalah atau rasa sakit. Paterson dan Zderad (1975) mengemukakan bahwa pasien naik di atas atau mengatasi kesulitan mereka dengan bantuan perawat. Kemudian, istilah "pembaruan" diubah oleh Kolcaba menjadi "transendensi," karena istilah ini sudah digunakan dalam literatur keperawatan oleh Paterson dan Zderad (Kolcaba, 2004).

B. Asumsi-Asumsi Teori Kolkaba

Dikembangkan Katharine Kolcaba pada tahun 1990, teori comfort merupakan middle range theory, karena memiliki batasan konsep dan proposisi, tingkat abstraksinya rendah dan mudah diterapkan pada pelayanan keperawatan. Teori ini lebih mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan semua manusia. Kenyamanan ialah kebutuhan yang diperlukan pada rentang sakit hingga sehat dan kenyamanan merupakan label tahap akhir dari tindakan terapeutik perawat kepada pasien (Wirastri, 2014).

Kolkaba menjelaskan kenyamanan adalah suatu yang menguatkan, dan dari ergonomis berkaitan langsung dengan penampilan dalam bekerja. Namun, arti ini tidak secara implisit, ada konteks lainnya dan masih bersifat ambigu. Konsep tersebut dapat diartikan sebagai kata kerja, kata

benda, kata sifat, kata keterangan, proses dan hasil (Alligood, 2017).

Terdapat beberapa asumsi yang mendasari teori kolkaba yaitu (Alligood, 2017):

1) Setiap individu menunjukkan respons holistik terhadap stimulus kompleks yang diterima.

2) Kenyamanan adalah hasil holistik yang ingin dicapai oleh setiap individu dan erat kaitannya dengan disiplin keperawatan.

3) Kenyamanan adalah kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan dan harus dipenuhi oleh setiap individu. Hal ini merupakan usaha aktif.

4) Pencapaian kenyamanan seorang individu memberikan kekuatan bagi pasien dalam membentuk setiap kesadaran terkait kesehatan dirinya.

5) Pasien yang menunjukkan kesadaran terkait kesehatan dirinya yang tinggi cenderung memiliki kepuasan tersendiri dengan asuhan yang diperoleh.

6) Integritas, institusi didasari oleh orientasi siswa nilai penerima asuhan. Sama pentingnya orientasi terhadap promosi kesehatan, asuhan holistik dalam konteks keluarga dan pemberi asuhan.

C. Tingkat Keperawatan

Kolkaba menggunakan idenya dari 3 teori keperawatan sebelumnya untuk mensintesis atau mengidentifikasi jenis kenyamanan menurut analisis konsep. Ada 3 tingkat kenyamanan menurut kolkaba (Ilmiasih, Nurhaeni dan waluyanti, 2015; Alligood, 2017):

1) *Relief*(kelegaian)

Menurut pada arti kenyamanan dari hasil riset Orlando, yang mengemukakan bahwa perawat dapat meringankan kebutuhan pasien, termasuk pada kebutuhan kenyamanan yang spesifik.

2) *Ease* (ketentraman)

Meningkatkan rasa nyaman atau terbebas dari rasa tidak nyaman. Merupakan defenisi kenyamanan dari hasil riset Henderson, yang mendeskripsikan ada 14 fungsi dasar pada manusia yang seharusnya dipertahankan selama proses pemberian asuhan keperawatan.

3) *Transcendence*

Yaitu dapat beradaptasi atau mampu mentoleransikan dirinya dengan ketidaknyamanan. Hal ini merupakan penjabaran dari hasil riset Paterson dan Zderat, yang menjelaskan pasien dibantu perawat dalam mengatasi kesulitannya.

Secara umum dituliskan Kolcaba di dalam teori comfort yang dikembangkannya menyebutkan adanya holistic comfort yang merupakan sebuah bentuk kenyamanan yang mencakup tiga tipe kenyamanan yaitu relief, ease, dan transcendence. Relief diartikan sebuah kondisi resipien yang memerlukan penanganan spesifik dan segera, ease dimaknai kondisi tenteram atau kepuasan hati dari pasien yang terjadi karena hilangnya ketidaknyamanan fisik yang dirasakan pada semua kebutuhannya, sedangkan transcendence didefenisikan sebagai keadaan seorang individu yang dapat mengatasi masalah dari ketidaknyamanan yang terjadi. Kolcaba sendiri, memandang bahwa kenyamanan merupakan kebutuhan dasar seseorang yang bersifat holistic yang meliputi kenyamanan fisik, psikospiritual, sosiokultural, dan lingkungan (Utami, 2016).

Kenyamanan fisik berhubungan dengan mekanisme sensasi tubuh dan homeostatis, yang mencakup penurunan kemampuan tubuh di dalam merespon suatu penyakit atau prosedur invasif. Beberapa pilihan untuk memenuhi masalah kenyamanan ini ialah memberikan obat, merubah posisi, kompres hangat dingin, maupun sentuhan terapeutik. Kenyamanan psikospiritual sendiri dikaitkan dengan keharmonisan hati dan ketenangan jiwa, yang mampu difasilitasi dengan memfasilitasi kebutuhan interaksi dan sosialiasi pasien dengan orang-orang terdekat selama perawatan dan melibatkan keluarga secara aktif dalam proses kesembuhan pasien.

Kebutuhan kenyamanan sosiokultural berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga dan masyarakat yang mencakup kebutuhan pada informasi kepulangan atau discharge planning dan perawatan yang disesuaikan dengan budaya yang dimiliki pasien. Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk memenuhi kebutuhan sosiokultural ialah menciptakan hubungan terapeutik dengan pasien, tanpa memandang status sosial atau budaya menghargai hak-hak pasien, memfasilitasi kerja tim dalam mengatasi kemungkinan adanya konflik antara proses penyembuhan dengan kebudayaan pasien, serta berupaya mendorong pasien mengekspresikan perasaannya. Sedangkan kebutuhan kenyamanan terakhir ialah kebutuhan kenyamanan lingkungan yang berkaitan dengan menjaga kerapian dan kebersihan lingkungan, membatasi pengunjung dan terapi saat pasien beristirahat serta memberikan lingkungan yang aman bagi pasien (Utami, 2016).

D. Konteks Kenyamanan

Menurut Kolkaba ada 4 konteks kenyamanan yaitu (yuminah, 2014; Alligood, 2017):

1) Kebutuhan rasa nyaman fisik (*physical comfort*)

Adalah kebutuhan karena penurunan mekanisme fisiologis yang terganggu atau berisiko karena suatu penyakit.

2) Kebutuhan akan psikospiritual (*psychospiritual comfort*)

Adalah kebutuhan terhadap kepercayaan diri, kepercayaan dan motivasi yang bertujuan agar pasien atau keluarga dapat bangkit atau meninggal dengan damai.

3) Kebutuhan rasa nyaman sosiokultural (*sociocultural comfort*)

Adalah kebutuhan penentraman hati, dukungan, bahu tubuh yang positif dan perawatan yang dilihat dari segi budaya. Kebutuhan ini dipenuhi melalui coaching atau pemberian pendidikan kesehatan (informasi), promosi, pelatihan, mendapat informasi perkembangan yang berhubungan dengan prosedur pulang dari rumah sakit dan rehabilitasi.

4) Kebutuhan rasa nyaman lingkungan (*environmental comfort*)

Kebutuhan ini meliputi kerapian lingkungan, lingkungan yang sepi, perabotan yang nyaman, bau lingkungan minimum dan keamanan lingkungan. Tingkatan yang dapat dilakukan perawat meliputi mengurangi kebisingan, memberikan penerangan yang cukup, dan mengurangi gangguan pada saat tidur.

Demam merupakan gejala yang sering dialami oleh anak dengan penyakit infeksi. Kondisi demam tinggi berdampak merugikan anak. Demam tinggi membuat anak tidak nyaman dan orang tua cemas serta meningkatkan kebutuhan kalori dan cairan. Teori Comfort dari Kolcaba memberikan arahan dalam pemenuhan rasa nyaman pada pasien. Karya ilmiah ini bertujuan memberikan gambaran asuhan keperawatan pada anak demam dengan mengaplikasikan teori comfort kolcaba yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan kenyamanan. Asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan tahapan comfort yaitu pengkajian (kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural), merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan intervensi (berdasarkan standar comfort, coaching, dan comfort food for the soul, implementasi, dan evaluasi.

Berdasarkan 5 kasus yang dibahas intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (demam) antara lain mengupayakan penurunan suhu tubuh, mempertahankan lingkungan sejuk dan nyaman, meningkatkan istirahat, memberikan asupan cairan dan nutrisi adekuat serta menurunkan kecemasan anak dan orang tua menggunakan konsep family centered care. Teori Comfort Kolcaba dapat diterapkan dalam asuhan anak demam. Disarankan untuk lebih meningkatkan kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural sehingga terlihat bahwa ke empat aspek kenyamanan harus saling mendukung untuk pencapaian kenyamanan secara holistik.

Kolcaba Mengemukakan bahwa kenyamanan adalah suatu konsep yang mempunyai suatu hubungan yang kuat dengan ilmu perawatan. Perawat menyediakan kenyamanan ke pasien dan keluarga-keluarga mereka melalui intervensi

dengan orientasi pengukuran kenyamanan. Tindakan penghiburan yang dilakukan oleh perawat akan memperkuat pasien dan keluarga mereka yang dapat dirasakan seperti mereka berada di dalam rumah mereka sendiri. Kondisi keluarga dan pasien diperkuat dengan tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat dengan melibatkan perilaku (Tomey, Alligood, 2010).

25. MERLE HELAINE MISHEL

“Teori Ketidakpastian dalam Penyakit (*Uncertainty In Illness Theory*)”



Merle H. Mishel

(Sumber: <https://sovaevie.wordpress.com/tag/merle-h-mishel/>)

A. Biografi

Merle H. Mishel lahir di Boston, Massachusetts dan pada tahun 1961 menyelesaikan pendidikan di University Of Boston dengan gelar B.A, serta pada tahun 1966 meraih gelar M.S pada bidang keperawatan jiwa di Universitas California. Beliau juga mendapatkan gelar M.A dan Ph. D di bidang psikologi sosial pada tahun 1976 dan 1980 di Claremont Graduate School di Claremont, California. Ketika

penyusunan penelitian disertasinya, beliau didukung oleh National Research Service Award dalam pengembangan dan pengujian alat ukur Perceived Ambiguity in Illness Scale (MUIS-A). Dari alat ukur ini telah dikembangkan untuk beberapa pengukuran yakni (Mishel, 2010):

1) MUIS-C, merupakan versi komunitas yang ditujukan untuk individu yang mengalami penyakit kronik yang tidak menjalani perawatan di rumah sakit.

2) PPUS (*Parent's Perceptions of Uncertainty*), merupakan versi untuk mengukur persepsi orang tua tentang ketidakpastian terhadap pengalaman mereka dengan anak yang sakit.

3) PPUS-FM, merupakan versi untuk mengukur ketidakpastian yang dirasakan anggota keluarga atau pasangan dengan anggota keluarga mereka yang sakit.

Dalam pengembangan karir profesionalnya, awalnya Mishel bekerja di ruang rawat akut dan lingkup komunitas sebagai perawat jiwa, dan saat menyelesaikan pendidikan doktoralnya, Mishel berkerja di Fakultas Keperawatan California State University di Los Angeles sebagai asisten professor hingga akhirnya menjadi professor yang sepenuhnya (Mishel, 2010).

B. Sumber Teoritis Mishel

Ketika awal penelitian Mishel tentang konsep ketidakpastian, konsep tersebut tidak dikaitkan dengan konteks penyakit dan kesehatan. Teori Ketidakpastian dalam penyakit mulanya dirancang dari model proses informasi yang telah ada sebelumnya dan penelitian tentang kepribadian dari psikologi yang mengkategorikan ketidakpastian sebagai kondisi kognitif sebagai hasil dari tidak cukupnya isyarat dengan bentuk skema kognitif atau

situasi atau kejadian internal yang dipersepsikan. Mishel menambahkan kerangka kerja penilaian stress adaptasi-koping dalam teori asli dengan hasil studi. Aspek unik dalam kerangka kerja ini adalah adanya tambahan mengenai konsep ketidakpastian dalam kontek suatu penyakit sebagai stresornya, hal ini sangat penting bagi keperawatan (Meleis, 2010).

C. Konsep Utama Merle H. Mishel

Beberapa konsep utama yang dikemukakan oleh Merle H. Mishel yakni (Mishel,2010):

1) Ketidakpastian

Ketidakpastian adalah ketidakmampuan untuk mengartikan sebuah makna yang berkaitan dengan situasi sakit, terjadi ketika pengambil keputusan tidak mampu melaksanakan tugasnya dalam memaknai secara objektif, atau ketidakmampuan untuk memprediksi secara akurat hasil yang diharapkan

2) Skema Kognitif

Skema Kognitif adalah interpretasi subjektif seseorang tentang penyakit, pengobatan, dan pemberian asuhan

3) Kerangka Stimulus

Kerangka stimulus adalah bentuk, komposisi, dan struktur stimulus mengenai persepsi seseorang yang dibentuk secara struktur membentuk suatu skema kognitif.

4) Pola Gejala

Pola gejala adalah tingkat gejala yang ditunjukkan secara konsisten yang dimaknai sebagai pola atau konfigurasi

5) Familiaritas Kejadian

Familiaritas Kejadian adalah derajat situasi kebiasaan atau pengulangan atau terdiri dari berbagai isyarat atau tanda yang dapat dipahami.

6) Ilusi

Ilusi dijabarkan sebagai kepercayaan yang dibentuk akibat ketidakpastian.

7) Adaptasi

Adaptasi merefleksikan sikap biopsikosisal di dalam diri individual seseorang dalam rentang sikapnya secara umum

8) Pandangan baru tentang kehidupan

Pandangan baru tentang kehidupan baru diartikan sebagai perumusan perasaan baru yang dihasilkan dari integrasi ketidakpastian secara terus menerus dalam struktur sebagai individu, yaitu ketidakpastian diterima sebagai ritme alami dari kehidupan

9) Pemikiran Probabilitas

Pemikiran Probabilitas dimaknai sebagai keyakinan terhadap kondisi yang terjadi yakni ekspektasi kepastian dan suatu prediksi atau peluang diabaikan.

D. Asumsi Utama

Teori ketidakpastian yang dikemukakan oleh Mishel merupakan teori middle-range dan berfokus pada manusia. Teori ini pertama kali diterbitkan pada tahun 1998 dengan beberapa asumsi utama, dua asumsi pertama yang dikemukakan mencerminkan bagaimana ketidakpastian dikonsepsikan dalam model psikologi proses inflamasi asumsi tersebut yakni (Parker, 2010):

1) Ketidakpastian merupakan kondisi kognitif, menunjukkan tidak adekuatnya skema kognitif yang ada untuk mendukung intrepesasi dari kejadian-kejadian yang berhubungan dengan penyakit.

2) Ketidakpastian merupakan pengalaman yang netral, tidak diinginkan dan tidak dihindari sampai dinilai sebagai pengalaman demikian. Dua asumsi lainnya mencerminkan akar teori ketidakpastian dalam model tradisional stres dan koping yang mengajukan hubungan linier stres, koping, dan adaptasi

3) Adaptasi mencerminkan keberlanjutan perilaku biopsikososial seorang individu pada normalnya dan merupakan hasil yang diharapkan dari usaha koping untuk mengurangi ketidakpastian yang dinilai sebagai bahaya atau mempertahankan ketidakpastian yang dinilai sebagai kesempatan.

4) Kejadian penyakit, ketidakpastian, penilaian, koping dan adaptasi memiliki hubungan linier dan satu arah, bergerak dari situasi-situasi yang mempromosikan ketidakpastian menuju adaptasi. Mishel menentang asumsi ke 3 dan 4 rekonseptualisasi teorinya, yang dipublikasikan pada 1990. Rekonseptualisasi merupakan dampak dari adanya temuan yang kontradiktif ketika teori tersebut diterapkan pada orang-orang dengan penyakit kronis. Formulasi awal dari teori menyatakan bahwa ketidakpastian secara umum dinilai sebagai kesempatan hanya pada kondisi yang menunjukkan arah menurun yang diketahui, dengan kata lain, ketidakpastian dinilai sebagai kesempatan ketika dibandingkan kepastian yang negatif. Mishel dan yang lainnya menemukan bahwa orang-orang juga memulai ketidakpastian sebagai sebuah kesempatan dalam situasi tanpa arah menurun yang jelas, terutama pada penyakit-

penyakit kronis jangka panjang dan bahwa dalam konteks ini orang-orang sering kali mengembangkan pandangan baru mengenai kehidupan.

Pada saat ini Mishel melihat pada teori chos untuk menjelaskan bagaimana ketidakpastian berkepanjangan dapat berfungsi sebagai katalis untuk megubah perspektif seorang tentang kehidupan dan penyakit. Teori chaos berkontribusi untuk dua dari asumsi-asumsi teoritis yang menggantikan bagian hasil dari stres, koping, adaptasi yang liner sebagai berikut:

1) Orang/manusia, sebagai sistem biopsikososial secara umum bekerja (berfungsi) dalam kondisi jauh dari titik ekuilibrium.

2) Fluktuasi besar-besaran pada sebuah sistem jauh dari titik ekuilibrium meningkatkan kemampuan sistem menerima perubahan

3) Fluktuasi menyebabkan pemolaan ulang, yang diulang pada setiap tingkatan dalam sistem tersebut

4) Orang/manusia, Mishel menjelaskan bahwa pengalaman pribadi manusia adalah salah satu hal yang terpenting dalam teorinya, yang berfokus pada kepribadian dan kekeluargaan. Perasaan ketidakpastian bisa bertolak belakang pada semua tahapan rasa sakit, karena sebuah pertanyaan tentang kekambuhan penyakit adalah hal yang besar pada sebuah tingkatan ketidakpastian dari yang orang rasakan.

5) Lingkungan, lingkungan adalah suatu sistem yang dapat merubah energi dan permasalahan bagi manusia. Lingkungan luar termasuk dari bagian dan struktur kekebalan tubuh manusia, lingkungan pribadi berasal dari

kognitif yang bisa dikendalikan sesuai kapasitas masing – masing.

6) Kesehatan, ketidakpastian mekanisme dari koping sangat penting untuk diketahui sampai ke kondisi kesehatan dan kebugaran dari masing-masing individu. Ketidakpastian berkontribusi pada mekanisme penduplikasian maladaptif dan masalah kesehatan. Dari berbagai macam teori yang berdasarkan pada alat, pengukuran dalam ketidak pastian dapat memfasilitasi pola dari efektivitas intervensi promosi koping.

7) Perawat, peran perawat adalah untuk mendorong klien berfikir mengenai adanya peluang kemungkinan, dengan berfokus meyakinkan klien. Perawat mempromosikan cara lain kepada klien untuk menyesuaikan diri dengan perubahan diri dengan perubahan sakit yang mereka alami, karena ada banyak faktor yang mempengaruhi seorang pasien/klien sakit dalam menanggapi penyakit. Jadi peran perawat ialah untuk membantu pasiennya dalam berbagai hal demi kesehatan pasiennya.

Dalam teori Mishel yang telah direkonseptualisasi, baik latar belakang dari kepastian maupun proses penilaian kognitif dari ketidakpastian sebagai bahaya ataupun sebagai kesempatan, tidak berubah. Akan tetapi, ketidakpastian dengan semakin bertambahnya waktu, dihubungkan dengan sebuah penyakit serius, berfungsi sebagai sebuah katalis untuk fluktuasi dalam sistem dengan mengancam model kognitif kehidupan yang sudah ada yang dapat diprediksi dan dapat dikendalikan. Karena ketidakpastian terserap dalam hampir seluruh aspek kehidupan seseorang, efeknya menjadi terkonsentrasi dan akhirnya mengancam stabilitas sistem tersebut. Sistem pada akhirnya harus berubah demi

keberlangsungan sistem sebagai respon atas keberlangsungan sistem sebagai respons atas kebingungan dan disorganisasi yang lahir dari ketidakpastian yang berkelanjutan (Tomey,2009)

E. Konsep Teori Merle H. Mishel dalam Kehidupan Sehari - hari

1) Teori Asli

Rosa, seorang ibu berusia 45 tahun dari 3 anak, telah didiagnosis dengan kanker payudara stadium III. Sebuah benjolan terdeteksi di payudara kirinya ketika pemeriksaan ginekologi tahunan yang ia lakukan, dan dia telah menjalani pemeriksaan diagnostik yang menyeluruh, termasuk mamografi dan biopsi nodus sentinel. Dia dirujuk oleh dokter utamanya untuk program kanker payudara yang menyeluruh di pusat medis regional yang berjarak 2 jam dari rumahnya. Tim multidisiplin telah merekomendasi Rosa menjalani kemoterapi pra operasi, diikuti oleh mastektomi parsial dan bedah rekonstruksi. Suami Rosa telah menemaninya pada berbagai pertemuan medis, tapi ia tidak dapat menghadiri konferensi akhir, dimana rekomendasi pengobatan dibuat (Sue Moorhead, 2016).

Lily, perawat praktik tingkat lanjut mengkoordinasikan perawatan Rosa (struktur penyedia-otoritas kredibel), mengarahkan intervensinya ke arah menyikapi berbagai sumber ketidakpastian untuk Rosa dan keluarganya, termasuk kurangnya informasi tentang pilihan pengobatan dan hasil (familiaritas dengan kejadian), ketidaktahuan dengan lingkungan pengobatan (familiaritas dengan kejadian), harapan untuk efek samping kemoterapi dan pemulihan pasca operasi (pola gejala), dampak pengobatan pada hubungan keluarga, dan prognosis (Sue Moorhead, 2016).

Secara khusus, Lily membahas banyak pertanyaan Rosa tentang mengapa rencana pengobatannya berbeda dari apa yang dokternya akan dia hadapi (keselarasan kejadian) dan bagaimana ia akan mengelola kehidupan keluarganya saat menjalani perawatan. Lily memberikan rekaman konferensi pengobatan sehingga suami Rosa (penyedia struktur-dukungan sosial) dapat mendengar apa yang terjadi dan dapat mendukung Rosa dengan mengajukan pertanyaan dan memahami informasi yang diberikan. Dukungan Lily untuk Rosa dan keluarganya berlanjut selama regimen pengobatan Rosa, dan dia secara berkala melakukan pengkajian ulang sumber ketidakpastian dan strategi yang Rosa dan keluarga gunakan untuk mengelolanya (Sue Moorhead, 2016).

2) Teori Yang Direkonseptualisasi

Dua tahun setelah diagnosis kanker payudara, Rosa kembali ke pusat untuk pemeriksaan lanjutan. Lily meminta Rosa untuk merefleksikan pengalaman kankernya. Rosa menjelaskan waktu munculnya diagnosis dan pengobatan kacau dan didominasi oleh ketidakpastian, dan dia bertanya-tanya bagaimana ia di keluarganya berhasil melewatinya, tapi ia mengatakan kepada Lily bahwa secara bertahap ia memandang pengalaman kanker memberikan arti baru dalam hidupnya dan membantu ia menentukan prioritas. Dia meninggalkan pekerjaan yang tidak disukainya dan sekarang mengarahkan energinya ke arah hubungan dia dengan anak remajanya. Rosa dan suaminya baru - baru menikmati perjalanan bulan madu kedua ke Bali yang lama tertunda. Dia mengatakan pada Lily bahwa dia sekarang menyambut setiap harinya sebagai kesempatan untuk menjalani hidup dan memebahagiakan anak - anaknya (Sue Moorhead, 2016).

Salah seorang ahli dalam keperawatan ialah Merle H. Mishel yang termasuk ke dalam teori Middle Range dengan teori ketidakpastiannya. Teori ini mengatakan bahwa untuk mengartikan sebuah makna yang berkaitan dengan situasi sakit, terjadi ketika pengambil keputusan tidak mampu melaksanakan tugasnya dalam memaknai secara objektif, atau ketidakmampuan untuk memprediksi secara akurat hasil yang diharapkan (Mishel, 2010).

F. Teori Merle Helaine Mishel

Teori ketidakpastian dalam teori penyakit yang dikembangkan oleh Mishel awalnya dikembangkan untuk mengatasi ketidakpastian selama fase diagnostic dan pengobatan suatu penyakit. Teori ini akan dirujuk oleh disingkat UIT (Uncertainty in Illness Theory) (Mishel, 1988). Rekonseptualisasi teori ketidakpastian dalam teori penyakit ini dikembangkan untuk menyesuaikan diri dengan dengan pengalaman hidup dengan ketidakpastian baik terhadap penyakit kronis yang membutuhkan perawatan yang berkelanjutan ataupun terdapat penyakit yang memungkinkan kekambuhan. Teori rekonseptualisasi ini akan dirujuk oleh disingkat RUIT (Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory) (Mishel, 1990).

Uncertainty in Illness Theory (UIT) mengemukakan jika ketidakpastian biasa muncul pada situasi suatu penyakit yang masih bersifat ambigu, yang belum dapat diprediksi, atau informasi yang dibutuhkan tidak tersedia atau tidak konsisten. Ketidakpastian didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk menentukan arti dari peristiwa yang berhubungan dengan penyakit. Ini adalah keadaan kognitif yang dibuat ketika individu tidak dapat secara memadai menyusun atau mengkategorikan suatu peristiwa

penyakit karena isyarat yang tidak memadai (Mishel, 1988; Jane Mary & Patricia, 2008).

Teori ini menjelaskan bagaimana pasien secara kognitif menyusun skema untuk interpretasi subjektif dari ketidakpastian dalam penyakit, perawatan, dan hasil. Teori ini terdiri dari tiga tema utama. Ini adalah (1) pendahuluan dari ketidakpastian, (2) penilaian Ketidakpastian, dan (3) mengatasi ketidakpastian. Ketidakpastian dan skema kognitif adalah merupakan konsep utama teori tersebut (Jane Mary & Patricia, 2008).

G. Sumber Teori Merle Helaine Mishel

Pada awal pengembangan terkait konsep ketidakpastian, konsep ini tidak dikaitkan dengan konteks kesehatan penyakit, konsep ini awalnya dirancang dari model proses informasi yang telah ada sebelumnya dan penelitian tentang kepribadian dari psikologi yang mengkategorikan ketidakpastian sebagai kondisi kognitif sebagai hasil dari tidak cukupnya isyarat dengan bentuk skema kognitif atau situasi atau kejadian internal yang dipersepsikan. Mishel menambahkan kerangka kerja penilaian-stres-adaptasi-koping (Mishel, 1988; Waburton, 1979; Budner, 1962). Aspek unik dalam kerangka kerja ini adalah adanya tambahan mengenai konsep ketidakpastian dalam konteks suatu penyakit sebagai stresornya, hal ini sangat penting bagi keperawatan (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

Adanya penelitian ulang konsep teori yang telah dikerjakan oleh Mishel (1990) menyusun bahwa pendekatan barat terhadap ilmu pengetahuan dan didukung oleh cara pandang mekanis dengan penekanan pada kontrol dan yang dapat diprediksi. Mishel menggunakan teori kritis

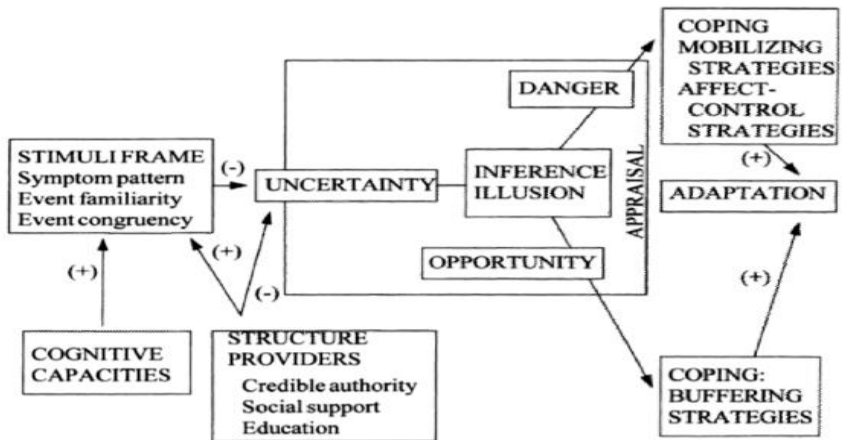
sosial ketika menyusun bias yang diturunkan dari teori aslinya, yang berfokus pada orientasi kepastian dan adaptasi. Mishel memasukkan berbagai teori dan sistem yang lebih akurat sehingga dapat mempresentasikan tentang bagaimana penyakit kronis menimbulkan ketidakseimbangan dan bagaimana orang mengalami ketidakpastian secara terus menerus untuk menentukan makna baru dari penyakit yang dialaminya (Yani Achir & Ibrahim Kusman, 2018).

H. Tujuan Teori

Tujuan dari teori untuk menjelaskan ketidakpastian sebagai dasar untuk praktik dan penelitian. *Uncertainty in Illness Theory (UIT)* digunakan untuk diagnostik, prediagnostik, dan tahap pengobatan pada penyakit akut dan kronis, sedangkan *Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory (RUIT)* digunakan untuk ketidakpastian yang terus menerus pada penyakit kronis atau penyakit yang memungkinkan adanya kekambuhan dan manajemen diri adalah focus utama dalam perawatan. Teori-teori fokus pada individu dalam konteks penyakit atau kondisi yang dapat disembuhkan, dan kepada keluarga atau orang tua dari individu yang sakit. Penggunaan dengan kelompok atau komunitas tidak konsisten dengan konseptualisasi salah satu teori (Jane Mary & Patricia, 2008). Ketidakpastian dilaporkan sebagai pengalaman umum orang yang mengalami penyakit atau menerima perawatan medis mengarah pada pembentukan UIT (Mishel, 1988).

I. Konsep Utama

Uncertainty in Illness Theory disusun berdasarkan tiga tema utama: anteseden ketidakpastian, penilaian ketidakpastian, dan mengatasi ketidakpastian. Ketidakpastian adalah konsep sentral dalam teori dan didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk menentukan makna. Konsep lain yang menjadi pusat teori ketidakpastian adalah skema kognitif, yang didefinisikan sebagai interpretasi subjektif orang tersebut terhadap kejadian yang berhubungan dengan penyakit (Jane Mary & Patricia, 2008).



Gambar 8. Teori ketidakpastian

Ide-ide yang termasuk dalam tema teori pendahulunya termasuk kerangka rangsangan, kapasitas kognitif, dan penyedia struktur. Kerangka Stimuli didefinisikan sebagai bentuk, komposisi, dan struktur rangsangan yang dirasakan orang tersebut. Bingkai stimuli memiliki tiga komponen: pola gejala, keakraban acara, dan kongruensi acara. Pola gejala mengacu pada sejauh mana gejala hadir dengan konsistensi yang memadai untuk dianggap memiliki pola atau konfigurasi. Keakraban peristiwa adalah sejauh mana

situasinya biasa, berulang, atau mengandung isyarat yang dikenal. Kejadian kongruensi mengacu pada konsistensi antara kejadian yang berhubungan dengan penyakit yang diharapkan dan yang dialami. Kapasitas kognitif dan penyedia struktur memengaruhi ketiga komponen kerangka rangsangan (Jane Mary & Patricia, 2008).

26. JOSEPHINE G. PETTERSON & LORETTA T. ZDERAD

“Teori Humanistik (*Humanistic Theory*)”



Josephine Paterson and Loretta Zderad

(Sumber:<https://libguides.twu.edu/c.php?g=270174&p=1803689>)

A. Biografi

Josephine G. Petterson merupakan lulusan sekolah keperawatan Lenox Hill Hospital dan memperoleh gelar master di University School Johns Hopkins Of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland. Petterson menyelesaikan pendidikan Doktor pada tahun 1969 pada bidang ilmu Keperawatan spesialis keperawatan di kesehatan mental dan psikiatri di Universitas School Of Nursing di Boston, Massachussets. Tahun 1985, Petterson

kemudian pensiun sebagai spesialis perawat klinis di Northport, New York.

Loretta T. Zderad merupakan lulusan Sekolah Rumah Sakit St Bernard keperawatan Universitas Loyola. Zderad meraih gelar Master Of Science dari Universitas Katolik, Washington DC dan pada tahun 1968 memperoleh gelar Doctor Of Philosophy pada Georgetown University, Washington DC. Pada tahun 1985, Zderad juga pensiun sebagai Kepala Asosiasi Pendidikan Keperawatan di Northport Veteran Administrasi Medical Center, Northport, New York (Huriati, Dardin AKP, 2017).

B. Konsep Teori Josephine G. Petterson & Loretta T. Zderad

Fokus teori keperawatan ini adalah sebagai respon terhadap kebutuhan manusia serta mengembangkan ilmu “Keperawatan Yang Humanistic (Humanistic Nursing Care)”

Humanistik keperawatan adalah hubungan antara perawat dan pasien yang dianalisis sebagai peristiwa interaksi antara manusia ke manusia. Perawat membuat penggunaan terapi dirinya atau dirinya sendiri, memahami efek dari tindakan keperawatan. Empat fase diakui dalam pengembangan hubungan terapeutik. Tahap pertemuan diikuti oleh fase dimana identitas perawat dan pasien muncul. Perawat empati dan kemudian bersimpati dengan pasien. Arti dalam pengalaman pasien adalah penting, harapan penderitaan yang dipandang sebagai pusat pengalaman ini. Pengetahuan diri dan kesadaran diri perawat sangat penting. Hasil perawat interfasi dalam lima langkah (Aini Nur, 2018):

- 1) Pengamatan kebutuhan untuk interfersal.

- 2) Validasi dari penelitian.
- 3) Penentuan kemampuan perawat untuk memfasilitasi setiap rujukan yang diperlukan.
- 4) Penyusunan rencana untuk memenuhi kebutuhan.
- 5) Evaluasi sejauh mana kebutuhan terpenuhi.

Josephine G. Petterson & Loretta T. Zderad adalah yang pertama untuk menggabungkan konsep humanisme dengan kerangka filosofis, metodologis, eksistensialisme, fenomenologi, dan sebagai cara untuk memeriksa pengalaman, hubungan perawat dan pasien. Mereka digambarkan sebagai perawat dalam partisipasi dengan pasien dan membawa perhatian pada pengalaman antar subjektif dari perawat. Ide sentral dari humanistic keperawatan, menurut Paterson dan Zderad bahwa dialog hidup yang menawarkan kerangka orientasi yang menempatkan pusat alam semesta perawat dihubungkan antara perawat dan pasien yaitu manusia ke manusia. Keperawatan humanistik diperlukan sebagai upaya partisipatif untuk memahami “keunikan” serta “kesamaan” dengan yang lain (Hidayat, A. Aziz Alimul, 2009).

C. Karakteristik Teori dan Patterson and Zderad

- 1) Teori ini merupakan suatu hubungan timbal balik agar menghasilkan cara yang berbeda dalam melihat fenomena penting.
- 2) Teori yang dikemukakan harus bersifat logis.
- 3) Teori harus sederhana dan menyeluruh atau umum.

4) Teori dapat dijadikan dasar untuk pengujian hipotesis pada teori yang dibangkitkan.

5) Teori memberikan sumbangan dalam upaya peningkatan pengetahuan secara disiplin melalui implementasi dalam bidang riset untuk memvalidasi teori-teori yang telah ada tersebut.

6) Teori dapat dipergunakan para praktisi yang menjadi penuntun serta pembuktian pada praktek mereka.

7) Teori seharusnya konsisten dengan teori yang telah tervalidasi, hukum dan prinsipil serta dapat membuka pertanyaan yang belum terjawab yang diperlukan untuk di investigasi (Suara Mahyar, dkk, 2013).

27. AFAF IBRAHIM MALEIS

“Teori Transisi (*Transitions Theory*)”



A. Biografi

Afaf Ibrahim Meleis dilahirkan di Alexandria, Mesir (Meleis, Personal Communication, 29 Desember 2007). Orang-orang menganggap ibunya sebagai The Florence Nightingale dari Timur tengah sehingga Meleis mengatakan bahwa sejak ia lahir keperawatan telah menjadi bagian dari

hidupnya. Maleis mengagumi dedikasi dan komitmen ibunya pada profesi dan beranggapan keperawatan sudah ada dalam darahnya. Pengaruh dari ibunya sehingga Maleis menjadi tertarik dan memilih untuk mendalami disiplin ilmu keperawatan, walaupun orang tuanya keberatan dengan keputusannya sebab mereka mengetahui perjuangan perawat untuk mendapatkan kualitas dari perawatan. Namun, pada akhirnya mereka pun setuju dan dan meyakinkan Afaf akan mampu melaksanakannya.

Maleis merupakan orang pertama di Mesir yang meraih gelar BSN dari Syracuse University dan juga perawat pertama di Mesir yang memiliki gelar MPH dan PhD dari Egyprin University. Menyelesaikan pendidikan keperawatannya di The University of Alexandria, Egypt. Datang ke Amerika untuk melanjutkan pendidikannya menjadi seorang perawat akademisi (Meleis, Personal Communication, 29 Desember 2007). Pada The University of California, Los Angeles, meraih gelar MS dalam bidang keperawatan pada tahun 1964, gelar MA dalam bidang sosiologi pada tahun 1966, dan gelar PhD dalam bidang Medical and Sosial Psychology pada tahun 1968.

Maleis bekerja sebagai administrator dan instruktur di The University of California, Los Angeles dari tahun 1966 sampai 1968 dan sebagai asisten profesor dari tahun 1968 sampai 1971. Pada tahun 1971, ia pindah ke The University of California, San Fransisko (UCSF), dimana ia mengembangkan Transitions Theory yang menghabiskan waktu selama 34 tahun. Nama Maleis dinominasikan dan menjadi nama sebuah sekolah keperawatan yaitu Meleis Bond Simon Dean of The School of Nursing at the University of Pennsylvania pada tahun 2002 (Alligood&Tomey 2010).

B. Konsep dan Definisi

Perkembangan Teori Transisi dimulai pada pertengahan 1960-an. Transisi bersumber dari bahasa latin “transpire” mempunyai arti “pergi menyebrang”. Pada kamus Webster, kata transisi bermakna pergerakan dari suatu keadaan, kondisi, atau tempat kepada kondisi yang lainnya.

Karya Meleis yang paling awal mendefinisikan transisi dengan transisi yang ditentukan, transisi yang tidak sehat atau tidak efektifnya transisi terkait dengan ketidakcukupan peran. Dia mendefinisikan ketidakcukupan peran karena ada kesulitan dalam kesadaran dan atau kinerja peran atau sentimen dan tujuan yang berkaitan secara signifikan terhadap perilaku peran yang dirasakan baik oleh diri sendiri maupun oleh orang lain (Meleis, 2007).

Konsep umum dari Transition Theory terdiri dari:

1) Tipe dan Pola dari Transisi

Tipe transisi terdiri dari developmental, health and illness, situational, and organizational. Transisi Perkembangan (developmental) termasuk kelahiran, remaja adolescence, menopause, penuaan, dan kematian. transisi health and illness termasuk proses pemulihan, telah keluar dari rumah sakit, dan terdiagnosis penyakit yang kronis. Organizational transisi ialah untuk mengubah kondisi lingkungan yang mempengaruhi kehidupan pasien, serta pekerja di dalamnya.

Pola transisi termasuk multiplisitas dan kompleksitas. Banyak orang mengalami banyak transisi secara bersamaan daripada mengalami satu transisi, yang tidak dapat dengan mudah dibedakan dari konteksnya kehidupan sehari-hari mereka. Memang, Meleis mencatat bahwa masing-masing penelitian itulah dasar untuk pengembangan teoretis

melibatkan orang yang secara simultan mengalami minimal dua jenis transisi, yang bisa tidak terputus atau saling eksklusif. Jadi, mereka menyarankan mempertimbangkan jika transisi terjadi secara berurutan atau bersamaan, tingkat tumpang tindih antara transisi, dan esensi dari asosiasi antara acara terpisah yang memulai transisi untuk seseorang.

2) *Properties of Transition Experiences* (Sifat dari pengalaman transisi)

a) Kesadaran (*Awareness*)

Kesadaran diartikan sebagai persepsi, pengetahuan, dan pengakuan akan pengalaman transisi, dan tingkat kesadaran yang sering tergambar dalam tingkat kesesuaian antara apa yang diketahui tentang proses dan tanggapan apa yang merupakan seperangkat tanggapan serta persepsi yang diharapkan dari individu yang menjalani transisi serupa. Sambal menegaskan bahwa orang dalam masa transisi mungkin sadar dengan perubahan yang mereka alami. Meleis mengemukakan bahwa ketidaksadaran seseorang terhadap Perubahan bisa berarti bahwa orang tersebut mungkin belum memulai transisinya; kemudian mengusulkan bahwa kurangnya ini kesadaran tidak harus berarti transisi belum dimulai.

b) Ikatan (*Engagement*),

Keterlibatan adalah properti transisi lainnya disarankan oleh Meleis. Keterlibatan mengarah pada "sejauh mana orang menunjukkan keterlibatan dalam proses melekat dalam transisi" Tingkat keterlibatan juga dipengaruhi oleh tingkat kesadaran; tidak akan ada keterlibatan tanpa adanya kesadaran. Meleis dan rekan (2000) mengemukakan bahwa perubahan tingkat

keterlibatan seseorang yang memiliki kesadaran ini berbeda dari orang yang melakukannya yang tidak memiliki kesadaran

c) Berubah dan Perbedaan (*Changes and difference*)

Changes adalah seseorang mengalami identitasnya, perannya, seharusnya hubungan, kemampuan, dan perilaku untuk membawa rasa gerakan atau arah ke internal serta proses eksternal. Difference, Maleis percaya adanya perbedaan kesempatan ataupun tantangan yang dapat diperlihatkan karena ketidakpuasan atau sebuah harapan yang tidak lazim, tidak samanya perasaan, atau cara berbeda dalam memandang sesuatu, dan mereka menyarankan agar perawat melakukannya perlu mengenali "tingkat kenyamanan dan penguasaan pasien dalam menghadapi perubahan serta perbedaan.

d) Rentang waktu (*Time Span*)

Semua proses transisi dapat dicirikan sebagai sesuatu yang mengalir dan bergerak seiring waktu di middlerange teori transisi, transisi didefinisikan sebagai "Rentang waktu dengan titik awal yang dapat diidentifikasi, mulai dari tanda-tanda pertama dari antisipasi, persepsi, atau demonstrasi perubahan; bergerak melalui periode ketidakstabilan, kebingungan, dan kesulitan; ke sebuah "akhir" akhirnya dengan awal atau periode baru stabilitas." juga mencatat bahwa itu akan menjadi masalah atau hal yang tidak layak, dan bahkan kemungkinan berprasangka, untuk membingkai pada rentang waktu dengan beberapa pengalaman dalam transisi.

e) Titik kritis dan peristiwa (*Critical Point and Event*)

Titik kritis dan peristiwa diartikan "Penanda seperti kelahiran, kematian, penghentian menstruasi, atau diagnosis

suatu penyakit". Untuk beberapa transisi terjadi peristiwa spesifik sebagai penanda yang mungkin tidak jelas, walaupun transisi biasanya mempunyai titik kritis dan peristiwa diakui oleh Maleis. Titik kritis dan peristiwa biasanya terkait dengan mengintensifkan kesadaran akan perubahan atau ketidaksamaan atau untuk keterlibatan yang lebih aktif dalam proses transisi. Teori Transisi juga dikonseptualisasikan bahwa titik kritis dan peristiwa biasanya rasa menyeimbangkan jadwal baru, kompetensi, gaya hidup, dan perilaku perawatan diri, serta ketidakpastian durasi yang ditandai dengan variasi, perubahan berturut-turut, dan interupsi yang ada.

3) *Transition Condition (Facilitators and inhibitor)*

Kondisi transisi adalah "keadaan yang mempengaruhi cara seseorang bergerak menuju transisi, dan yang memfasilitasi atau menghambat dalam kemajuan menuju pencapaian transisi yang sehat, termasuk pada faktor pribadi, komunitas, atau sosial yang mungkin dapat mempercepat atau menghalangi proses dan hasil transisi yang sehat.

a) Kondisi personal, terdiri atas *meaning* (arti), diartikan sebagai beberapa kondisi atau pencetus yang dapat mempercepat atau memperlambat proses transisi. Dari sejumlah riset, setiap orang mempunyai arti tersendiri terhadap setiap peristiwa yang telah dialaminya. Dapat berarti positif, negatif, ataupun tidak mempunyai arti sama sekali. Kepercayaan Kultural (*cultural believe*), merupakan sebuah stigma yang mempunyai hubungan dengan pengalaman transisi. Stigma yang akan memberikan pengaruh pengalaman transisi.

b) Upaya memfasilitasi pengalaman transisi berupa persiapan dan pengetahuan serta antisipasi dari persiapan. Jika terjadi gangguan di tahap persiapan maka hal itu akan menghambat terjadinya transisi. Proses persiapan berkaitan dengan pengetahuan. Orang harusnya mempunyai pengetahuan tentang harapan selama proses transisi dan bagaimana teknik yang dipergunakan untuk mengatur dan mewujudkannya.

c) Status Sosial dan Ekonomi

d) Kondisi Komunitas atau kondisi sosial

C. Pola Respon (*Pattern of Response (Process Indicator and Outcome)*)

Pola Respon ialah karakter dari respon kesehatan, sebab transisi akan terus mengalami perubahan sepanjang perjalanan waktu. Proses indikator menurut Maleis diantaranya adalah hubungan perasaan, interaksi, situasi dan kondisi, peningkatan kepribadian serta analisis. Klien akan membutuhkan perasaannya dan interaksi dalam lingkungannya untuk beradaptasi dengan situasi dan kondisinya sehingga terjadi perubahan pengalaman dan kemampuan analisisnya. Indikator pengeluaran menurut Maleis adalah penguasaan dan keterpaduan identitas personal/ klien.

Diperlukan identifikasi indikator proses klien yang bergerak baik ke arah kesehatan atau terhadap kerentanan dan resiko agar memungkinkan perawat untuk melakukan pengkajian awal dan intervensi untuk memfasilitasi outcome yang sehat.

Indikator proses ini terdiri dari:

1) *Feeling Connected*

Diartikan sebagai suatu kebutuhan untuk terhubung berupa hubungan dan kontak personal antara satu dengan yang lain. Merupakan sumber informasi yang utama tentang pelayanan kesehatan dan sumber dayanya. Merasa memiliki hubungan dengan tenaga kesehatan profesional yang akan dapat menjawab berbagai pertanyaan dan pasien akan memiliki rasa nyaman untuk melakukan hubungan yang merupakan indikator lain dari pengalaman transisi yang positif.

2) Interacting

Perilaku dapat diketahui, dipahami, dan dilakukan klarifikasi melalui proses interaksi, transisi dan perkembangan

3) Location and being situated

Hal yang biasanya menjadi hal penting dalam transisi yakni waktu, ruang, dan hubungan.

4) Developing confidence and coping

Mengecek apakah proses transisi sehat atau tidak digunakan outcome Indikator. Terdapat dua indikator penting yang dipergunakan yakni penguasaan pada keterampilan baru dan pencairan identitas. Kedua hal ini diperlukan dalam transisi untuk mengatur pada situasi atau lingkungan yang baru. Outcome yang sehat dari suatu proses transisi direfleksikan oleh adanya penguasaan dan memiliki rasa baru dalam identitas.

D. Nursing Therapeutics

Nursing therapeutics merupakan tiga alat ukur yang dapat diaplikasikan secara luas untuk intervensi terapeutik selama masa transisi menurut Schumacher dan Meleis (1994), yakni:

1) Pertama, mereka mengusulkan kesiapan pengkajian sebagai *nursing therapeutic*. Pengkajian berdasarkan pengertian penuh tentang pasien dan memerlukan usaha secara interdisiplin.

2) Kedua, pendidikan adalah persiapan dan merupakan modal utama dalam persiapan proses transisi.

3) Ketiga, peran pelengkap (*supplementation role*), namun dalam *middle-range theory of transition*, peran pelengkap tidak dikembangkan dalam *nursing therapeutic*.

Ada 3 ukuran yang dapat diaplikasikan dalam perubahan intervensi teraapeutik pada konsep asuhan keperawatan; pertama, dapat mengusulkan diagnosa untuk asuhan keperawatannya. Diagnosa dapat bersumber dari berbagai pemahaman yang komperehrensif dari pasien. Kedua, persiapan pasien dalam menghadapi perubahan dapat menjadi asuhan keperawatan. Ketiga, pemberian saran atau kritik terhadap pasien dapat diajukan dalam asuhan keperawatan (Alligood, 2014).

E. *Scope* atau Cakupan Teori

Transition Theory dikembangkan berdasarkan riset yang menggunakan Transition Framework, sehingga menjadi salah satu nursing theory sebagai bagian dari middle-range theory. Transition theory menyiapkan arahan untuk melaksanakan praktik keperawatan menggunakan berbagai macam tipe transisi oleh penyediaan perspektif yang komprehensif pada konsep natur, tipe transisi, kondisi transisi, dan indikator proses serta outcome. Praktek keperawatan dengan mempergunakan berbagai tipe grup, yang terdiri dari populasi geriatrik, psikiatri, maternal, wanita yang telah menopause, pasien Alzheimer, family caregiver, wanita imigran, dan orang-orang yang

mempunyai penyakit kronis maka transition theory dapat diimplementasikan.

28. GEORGENE GASKILL, MARY LERMANN BURKE & MARGARETH HAINSWORTH

“Teori Berduka Kronis (*Theory of Chronic Sorrow*)”



Sumber: <https://www.google.com/search?q=georgene+gaskill+eakes+biography&safe>

A. Biografi

1) Georgene Gaskill Eakes

Pada tahun 1966 dilahirkan di New Bern, North Carolina. Di sekolah keperawatan Rumah Sakit Watts di Durham, North Carolina meraih gelar Diploma keperawatan. Lulus di Bacalaureate dengan predikat Summa Cumlaude

dari North Carolina Agricultural dan Technical State University di tahun 1977.

Pada tahun 1980 meraih M.S.N di University of North Carolina di Greensboro dan meraih Ed. D di North Carolina State University pada tahun 1988. Studi masternya diselesaikan di North Carolina League dan pada studi doktoralnya, Eakes meraih penghargaan. Tahun 1979 Dia dilantik dalam Sigma Theta Tau International Honor Society of Nurses dan Phi Kappa Phi Honor Society pada tahun 1988.

2) Marry Lermann Burke

Lahir di Sandusky, Ohio. Meraih gelar Diplamanya dari Good Samaritan Hospital school of Nursing di Cincinnati pada tahun 1962, lalu meraih sertifikat post graduate dari Children's Medical Center di District Columbia. Lulus dengan predikat Summa Cumlaude dari Rhode Island College Providence dengan bachelor degree, disamping sekian tahun juga bekerja di keperawatan pediatric.

Menyelesaikan master degree di Parent-Child Nursing dari Boston University pada tahun 1982. Sebagai penerima penghargaan sertifikat dalam Parent-child nursing dan Interdisciplinary Training in Development Center of Rhode Island Hospital and the Section on Reproductive and Developmental Medicine, Brown University. Selama program masternya memiliki ketertarikan pada konsep chronic sorrow. 'The Concern of Mothers of preschool Children with Myelomeningocele', merupakan judul tesisnya yang telah mengidentifikasi emosi tentang kesedihan yang mendalam. Instrumen Burke Chronic sorrow Questionaire,

'Chronic sorrow in mothers of school-age with myelomeningocele', dikembangkan dalam disertasi doktoralnya.

3) Margaret A Hainsworth

Dilahirkan di Brockville, Ontario Canada. Pada tempat kelahirannya ia menamatkan pendidikan dasar dan sekundernya. Pada tahun 1953 Hainsworth meraih gelar diploma di sekolah keperawatan Brockville General Hospital, dan pada tahun 1959 meraih gelar diploma keperawatan kesehatan masyarakat saat pindah ke United State.

Hainsworth melanjutkan studinya di Salve Regina College pada tahun 1974 dan menerima bacalaurate dalam bidang keperawatan tahun 1973. Pada tahun 1974 dia meraih master pada bidang keperawatan kesehatan mental psikiatrik dari Boston College. Pada tahun 1986 menyelesaikan program doktor dari University Connecticut dan menerima sertifikat spesialis klinik keperawatan kesehatan mental dan psikiatrik tahun 1988.

B. Latar Belakang

Hainsworth tertarik pada jenis penyakit kronik yang berkaitan kondisi duka cita. Menyusun disertasinya dengan judul "An Ethnographic Study of Women With Multiple Sclerosis Using Symbolic Interaction Approach.", terinspirasi ketika ia menjadi fasilitator yang berperan untuk memberikan dukungan kepada wanita yang mengalami multiple sclerosis.

Tahun 1989 Hainsworth mempresentasikan penelitian di Kongres Sigma Theta Tau di Taipe, Taiwan. Pada konferensi ini Hainsworth menjadi familiar dengan riset

yang berkaitan dengan Chronic Sorrow setelah mengikuti presentasi yang diadakan oleh Burke yang juga memiliki ketertarikan dengan konsep chronic sorrow selama ia menjalani program masternya.

Nursing Concorium Research Chronic Sorrow (NCRCS) disusun berdasarkan middle range teori keperawatan tentang kesedihan atau berduka kronis (chronic sorrow). Selanjutnya dipergunakan model stress milik Lazarus dan Folkman (1984) untuk membentuk dasar dari konseptualisasi mengenai koping individu terhadap kesedihan kronis dan sebagai dasar metode manajemen yang efektif dan menjadi model yang mereka pergunakan. Mekanisme koping pada diri individu terstimulus dari adanya perbedaan atau inkosistensi dan respon terhadap hadirnya duka yang berulang.

C. Konsep Utama Teori

Sebagai bagian dari Middle range theory sebab pembahasan teori ini pada fenomena yang spesifik yakni terkait masalah yang dapat muncul diakibatkan dari penyakit kronis mencakup proses berduka, kehilangan, faktor pencetus dan manajemennya. Mudah untuk diaplikasikan di dalam praktik pelayanan keperawatan juga karena bentuknya yang spesifik.

Beberapa riset telah dilasanakan dengan mangadaptasi konsep dari teori ini yang berkaitan dengan penyakit kronis seperti pada pasien multiple sclerosis, epilepsi, sindrom down, spina bifida, anak yang mengalami diabetes melitus dan anemia sircle cell dan sebagainya.

1) Berduka kronis (*chronic sorrow*)

Berduka kronis (chronic sorrow) ialah suatu kesenjangan yang sedang berlangsung di akibatkan oleh

kehilangan dengan karakteristik permanen dan persuasif. Terjadi berulang secara periodik dan mempunyai potensi progresif merupakan gejala berduka (Alligood, 2014).

2) Kehilangan (*Loss*)

Munculnya kehilangan diakibatkan oleh ketidakseimbangan atau perbedaan antara ideal dan situasi atau pengalaman yang nyata.

3) Peristiwa Pencetus (*Triger Events*)

Kejadian pencetus ialah situasi, keadaan, dan kondisi yang mampu mengakibatkan perbedaan atau kehilangan berulang dan dapat memulai atau memperburuk sebuah perasaan berduka (Alligood, 2014).

4) Metode Manajemen (*Management Method*)

Metode manajemen ialah cara individu untuk menerima penderitaan kronis. Bisa secara internal melalui strategi koping individu atau eksternal dengan menggunakan bantuan tenaga kesehatan atau adanya intervensi dari orang lain. Bila efektif dalam pengaturan perasaan internal maupun eksternal maka penderitaan kronis tidak akan membuat individu menjadi lemah.

Mekanisme tindakan koping dipergunakan oleh semua subjek individu yang dalam kondisi kronis dengan pemberi pelayanan perawatannya. Contoh dari koping kognitif antara lain berfikir positif, membuat sesuatu dengan sebaik-baiknya serta tidak memaksakan diri bila merasa tidak mampu (Hainworth, 1994 dalam Alligood, 2014). Sedangkan pergi melakukan pemeriksaan diri ke psikiater, memasuki sebuah kelompok atau grup dan bicara atau berkomunikasi dengan orang lain merupakan contoh koping interpersonal (Eakes, 1993 ; Hainworth, 1994 dalam Alligood, 2014) dan menangis atau ekspresi emosi lainnya

menjadi contoh dari strategi emosional. Manajemen eksternal ialah intervensi yang diberikan oleh para tenaga kesehatan (Eakes et al 1998 dalam Alligood, 2014). Pelayanan kesehatan yang dilakukan secara profesional akan dapat membantu memberikan perasaan nyaman bagi mereka, caring dan para tenaga profesional yang kompeten lainnya (Alligood, 2014).

5) Inefektif Manajemen

Manajemen Inefektif menjadi hasil dari sebuah strategi yang dapat meningkatkan rasa tidak nyaman atau meningkatkan perasaan chronic sorrow.

6) *Effective Management*

Manajemen efektif merupakan hasil dari berbagai strategi yang secara individual mampu meningkatkan perasaan kenyamanan.

7) Strategi Manajemen

Nursing Concorium Research Chronic Sorrow (NCRCS) meyakini jika kesedihan kronis bukanlah sebuah masalah jika individu mampu melaksanakan manajemen perasaan yang efektif, berupa strategi koping internal yaitu:

a. *Action* (tidakan), mekanisme koping *action* secara individu baik yang berkaitan maupun para pelaku perawatannya. Contohnya dalam metode distraksi yang dipergunakan dalam menghadapi situasi nyeri secara umum.

b. Kognitif, juga sering dipergunakan mekanisme koping jenis ini. Misalnya keadaan yang membuat harusnya berfikir positif dan mencoba ikhlas menghadapi keadaannya.

c. Interpersonal, mekanisme koping interpersonal digunakan dalam bentuk kelompok atau kerjasama seperti melakukan konsultasi pada psikolog/psikiater, aktif dan

tergabung dalam kegiatan kelompok ataupun menceritakan masalah/duka dengan orang lain (curhat).

d. Emosional, mekanisme koping emosional contohnya dalam bentuk menangis atau mengekspresikan perasaan emosi.

Semua strategi manajemen ini dianggap efektif bila individu telah mengaku merasa terbantu untuk menurunkan perasaan kembali berduka (re-grief).

D. Konsep Utama Keperawatan Menurut Hansworth

1) Keperawatan

Peran utama perawat ialah bersikap empati, memberi edukasi, serta merawat dan melaksanakan berbagai tindakan profesional lainnya. Pada praktik keperawatan yang lingkup praktiknya untuk mendiagnosa adanya chronic sorrow lalu kemudian melaksanakan intervensi agar mampu mengatasinya.

2) Manusia

Manusia akan selalu berusaha membandingkan pengalaman dan idealisme pribadinya dengan orang-orang yang berada disekitarnya. Walaupun pengalaman individu terhadap kehilangan mempunyai sifat unik, namun terdapat beberapa komponen-komponen yang secara umum dapat diduga keberadaan dan keterikatannya dengan sebuah pengalaman kehilangan. Manusia mempunyai persepsi yang ideal tentang proses kehidupan dan kesehatan.

3) Kesehatan

Kemampuan adaptasi individu terhadap kesenjangan yang ada setelah proses kehilangan sangat dipengaruhi oleh kesehatan seseorang. Respon yang normal terhadap adanya kehilangan mampu dihasilkan dari koping yang efektif.

4) Lingkungan

Lingkungan pelayanan kesehatan sebagai sebuah tempat terlaksananya interaksi antar individu pada konteks sosial bersama keluarga, sosial dan pekerjaannya.

E. Asumsi Teori

1) *Clarity* (kejelasan)

Teori dari ini mampu menjelaskan fenomena yang bisa terjadi di sekitar kita saat kehilangan terjadi. Pemahaman yang tepat dihasilkan dari arti kejelasan konsep pada konsep mayor dan hubungan diantara konsep. Sebagai contoh dari pemahaman bahwa *Chronic sorrow* memberikan kerangka berpikir di dalam menghadapi dan memahami individu yang sedang menderita akibat kehilangan atau perasaan berduka yang memanjang.

Dalam konsep *chronic sorrow* juga terdapat hal-hal yang mendahului (*antecedent*), kejadian pemicu (*trigger event*), dan metode-metode manajemen baik secara internal maupun eksternal. Rasa kenyamanan dipengaruhi oleh metode-metode yang dibuat dapat direspon secara efektif ataupun tidak efektif. Individu dapat mengalami perasaan nyaman dalam kondisi kroniknya apabila manajemen berlangsung efektif. Namun sebaliknya jika tidak efektif, maka individu akan mengalami dan merasakan ketidaknyamanan.

Wilayah teori dibatasi pada penjelasan atau fenomena sebagai teori *middle range* yaitu respon kehilangan dan hal ini sudah sesuai dengan pengalaman pada praktik klinik. Hal tersebut sesuai pernyataan Eakes bahwa keunggulan dari *middle range* teori ini sebagai pembuktian komunikasi yang berkelanjutan pada tingkat nasional dan internasional dengan memberikan penjelasan secara benar bagi praktisi

perawat, pelajar atau mahasiswa perawat dan para pendidik (Alligood, 2014).

Belum mampu diberikan penjelasan ketika tidak semua individu yang mengalami kehilangan juga akan mengalami berduka kronis. Progresifitas dari berduka juga merupakan konsep lain yang masih memerlukan klarifikasi. Bagaimana proses perkembangan dan patologi yang berkaitan dengan proses berduka juga belum jelas dipaparkan, meskipun telah dikatakan bahwa berduka kronis mempunyai potensi untuk terus berkembang.

Diperlukan sebuah klarifikasi strategi manajemen internal. Pada hal ini belum ada kejelasan perbedaan antara problem oriented dengan cognitive strategies. serta emotive cognitive. Emosional dan strategi interpersonal juga belum dapat diilustrasikan secara jelas. Beberapa overlap yang nyata antara manajemen internal dan eksternal dapat terjadi ketika kata “interpersonal” dipergunakan untuk mengilustrasikan bantuan para profesional.

Teori ini memiliki kesamaan dengan teori lainnya karena pandangan bahwa fokus dari perawatan ialah individu, keluarga (caregiver) dan kelompok (peer group). Hanya kekurangannya yakni pada saat memandang masyarakat yang sedang dalam kondisi berduka kronis hal ini dapat dijadikan sebagai support sistem (manajemen eksternal). Untuk meningkatkan kenyamanan melalui peran empatik, pengajaran, caring dan memberikan asuhan secara profesional, namun pada teori ini hanya melihat profesi kesehatan sebagai sumber manajemen eksternal.

Pada rentang proses kehidupan manusia maka individu akan selalu diperhadapkan pada situasi kehilangan yang kemungkinan dapat terjadi secara terus menerus

ataupun hanya pada satu kejadian. Pengalaman kehilangan itu akan mengakibatkan kondisi ketidakseimbangan antara harapan dan kenyataan yang ada, hingga dapat memicu timbulnya kesedihan atau duka cita yang berkepanjangan atau mendalam dan berpotensi progresif, meresap pada diri individu, berulang dan pada akhirnya akan permanen.

Mempergunakan metode manajemen dalam upaya mengatasinya, biasa dilakukan oleh individu yang mempunyai pengalaman kesedihan yang dapat berasal dari internal berupa koping personal ataupun dari eksternal misalnya dukungan orang yang berharga ataupun tim kesehatan.

2) Simplicity (Kesederhanaan)

Teori ini nampak sederhana karena ruang lingkupnya yang hanya berorientasi pada fase berduka kronis. Teori berduka kronis (*chronic sorrow*) dapat memperjelas pemahaman hubungan antara variabel dari konsep mayor yang dipaparkan. Melalui model ini, maka jelas bahwa berduka kronis merupakan siklus yang terjadi secara alami dapat menyebar dan berpotensi untuk berkembang.

Sub konsep metode manajemen internal dan metode manajemen eksternal secara sederhana dijelaskan dalam teori ini yang juga menjelaskan bahwa respon metode manajemen yang dilaksanakan oleh pasien dan keluarga (*primary caregiver*) dalam mewujudkan respon manajemen in efektif atau manajemen efektif.

Perawat dan kelompok pendukung lainnya lebih banyak berperan di metode manajemen yang efektif untuk mencegah terjadinya *chronic sorrow* menjadi lebih progresif. Perawat seharusnya mampu mengidentifikasi dan

memfasilitasi metode manajemen internal dan eksternal dari diri pasien dijelaskan secara sederhana dalam teori ini.

Teori ini lebih mudah dimengerti dengan jumlah variabel yang terbatas. Sebagai kelompok dalam middle ring teori maka ini berguna untuk panduan praktik dan kegiatan penelitian yang akan dilaksanakan selanjutnya.

3) Generality (Keumuman atau generalisasi)

Melalui pembuktian secara empiris, konsep chronic sorrow dimulai dengan sebuah studi di orang tua yang memiliki anak yang mengalami gangguan secara fisik atau kognitif. Teori diperluas untuk memasukkan berbagai pengaruh aman dari kehilangan dan juga mengimplementasikan dengan jelas bagaimana rentang kehilangan dan dapat diterapkan untuk mempengaruhi individu seperti halnya dalam pemberian perawatan. Teori ini sangat berguna bagi berbagai praktisi pelayanan kesehatan. Melalui konsep ini, keunikan yang alami dari pengalaman digambarkan kurang luas seperti halnya pemicu. Melalui konsep ini, pemicu dan manajemen yang unik pada setiap situasi individu dan bisa diterapkan pada situasi yang lebih beragam lagi.

Teori ini dapat diterapkan pada semua tahapan perkembangan usia kehidupan dari manusia. Secara umum teori ini dapat diterapkan pada berbagai kondisi asuhan keperawatan pasien yang mempunyai risiko mengalami kondisi chronic sorrow. Umumnya semua manusia dapat menghadapi kesedihan atau berduka yang merupakan sebuah fase fisiologis.

4) Empirical Precision (Presisi Empiris)

Wilayahnya yang terbatas maka akan lebih mudah bagi peneliti mempelajari adanya fenomena merupakan

karakteristik dari middle range teori. Dengan mempergunakan jumlah variabel yang terbatas, maka peneliti mampu melakukan generalisasi hipotesa berhubungan dengan studi pada intervensi keperawatan yang akan meningkatkan efektivitas strategi manajemen pada berduka kronis. Hasil daripada studi ini akan dapat menambah kekuatan dasar pada praktik berdasarkan dari hasil pembuktian (evidence based practice).

Teori ini berasal dari pembuktian secara empiris sehingga kegunaannya yang jelas untuk penelitian yang lebih. Definisi yang jelas bukan dari berduka kronis yang membuatnya dapat dipelajari pada individu dengan kehilangan yang beraneka ragam dan kondisi yang secara umum menyebabkan berduka kronis. Peneliti dapat memikirkan alat pengkajian untuk dipergunakan perawat di klinik melalui penelitian yang lebih lanjut.

5) Derivable Consequence (Konsekuensi yang Didapat)

Karena keberadaan faktor pencetus sehingga berduka atau kesedihan merupakan suatu proses normal yang dapat dialami seseorang. Terutama pada pasien dengan penyakit kronis dan penyakit terminal maka teori ini sangat penting diterapkan. Agar dapat mencegah terjadinya chronic sorrow yang berkelanjutan maka aplikasi teori ini akan sangat membantu seseorang untuk mengatasi kesedihan atau berduka yang dialami.

Melakukan analisis respon individu dengan pengalaman yang berbeda dan berkaitan dengan penyakit kronis, tanggung jawab pemberi pelayanan, hilangnya kesempurnaan dari anak ataupun merasakan kesedihan menjadi manfaat dari teori ini (Alligood, 2014).

29. CHERYL TATANO BACK

“Teori Depresi Postpartum (*Postpartum Depression Theory*)”



Cheryl Tatano Back

(Sumber: <https://expertfile.com/experts/cheryl.beckdnsc/cheryl-beck-dnsc>)

A. Biografi

Beck Cheryl merupakan seorang profesor di University of Connecticut, School of Nursing. Meraih gelar sarjana Science pada bidang keperawatan di Western Connecticut State University dan gelar Masternya dalam bidang merawat ibu-bayi yang baru lahir di Yale University. Mendapatkan sertifikat perawat-bidan di Yale University. Meraih gelar doktornya dalam bidang Sains Keperawatan di Boston University.

Cheryl telah menerima berbagai penghargaan untuk kontribusinya terhadap penelitian dalam bidang keperawatan. Cheryl bekerja sebagai dewan redaksi dan sebagai anggota Dewan Pembina Depresi Setelah Pengiriman-Nasional dan Dewan Eksekutif Marce Internasional Society. Selama 20 tahun terakhir ini

penelitian Cheryl berfokus pada pengembangan suasana hati dan kecemasan gangguan postpartum baik dalam metode kualitatif dan kuantitatif. Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) yang telah diterbitkan oleh Layanan Psikologi Barat, berdasarkan temuan seri studi kualitatifnya telah dikembangkan oleh Cheryl.

Upaya penelitian Cheryl berfokus pada :

- 1) Dampak dari trauma kelahiran pada produksi Air Susu Ibu
- 2) Pengaruh DHA pada depresi postpartum
- 3) Menilai dengan menggunakan psikometri dari *Screening Postpartum Depression*.

B. Pengertian Depresi Postpartum

Depresi Postpartum merupakan suatu gangguan mood yang biasanya terabaikan dalam pelayanan kesehatan seperti dengan membiarkan ibu merasa menderita dalam situasi keheningan, kebingungan dan ketakutan. Jika hal ini tidak didiagnosa dan dibiarkan maka akan dapat berdampak bagi hubungan ibu-bayi sehingga nantinya dapat menyebabkan masalah emosional pada bayi.

Teori ini yang membuat perbeaan antara depresi postpartum dari gangguan mood dan kecemasan postpartum lainnya. Aspek-aspek saat terjadi depresi postpartum berupa: gejala, prevalensi, faktor risiko, intervensi, dan efek pada hubungan dan perkembangan anak.

Teori ini juga membahas juga hal terkait Instrumen yang dapat dipergunakan mendeteksi depresi postpartum. Depresi merupakan hasil dari sebuah kombinasi stres fisiologis, psikologis, dan lingkungan yang mempunyai gejala

yang bervariasi serta kemungkinan muncul beberapa gejala lainnya menjadi penegasan Cheryl.

C. Gangguan *Mood Postpartum*

Terdapat tiga gangguan mood yang biasanya terjadi setelah kelahiran bayi, antara lain:

1) Gangguan *mood postpartum* depresi *nonpsychotic* utama disorder depresi dengan pembeda kriteria diagnostik dan depresi postpartum yang sering diawali paling dini 4 pekan sesudah proses melahirkan.

2) *Maternity blues* mempunyai jangka waktu yang terbatas dan relatif sementara dan jika sudah merasa melankolis serta terjadi perubahan pada suasana hati selama periode postpartum awal.

3) Postpartum *psychotic* gangguan psikotik karakter dari kondisi halusinasi, imajinasi dan tidur dalam jangka waktu yang lama.

Dalam pengembangan teorinya, Cheryl memperkenalkan NURSE sebuah program yang dapat dilakukan untuk menangani depresi postpartum yang terdiri dari 5 aspek perawatan, yaitu:

- 1) *Nourishment and needs* (nutrisi dan kebutuhan lain)
- 2) *Understanding* (pemahaman)
- 3) *Rest and relaxation* (istirahat dan relaksasi)
- 4) *Spirituality* (spiritualitas)
- 5) *Exercise* (latihan)

Masing-masing aspek didiskusikan secara terpisah dan dikolaborasikan dengan ibu yang bersangkutan. Mereka

seringkali hanya bisa berfokus pada satu atau dua aspek dalam satu waktu, namun program ini harus diselesaikan dalam setiap tahap penyembuhan mereka (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 2009).

Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya depresi postpartum menurut Beck, ialah:

1) Depresi masa prenatal

Depresi prenatal dapat terjadi pada beberapa atau keseluruhan trimester kehamilan. Merupakan salah satu faktor pemicu terjadinya depresi postpartum yang paling kuat.

2) Stress dalam melakukan perawatan anak

Ada beberapa faktor antara lain masalah kesehatan bayi, dan kesulitan khususnya mengenai masalah makanan dan tidur dalam perawatan bayi dapat membuat stres yang berhubungan dengan perawatan anak.

3) Dukungan sosial

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekatnya sangat dibutuhkan ibu yang baru saja mengalami proses reproduksi. Penurunan psikologis seperti mudah menangis, merasa bosan, capek, tidak bergairah, dan merasa gagal yang akan menyebabkan ibu menjadi depresi dan hal ini merupakan akibat dari kurangnya dukungan dari orang-orang terdekat (Anonim).

4) Riwayat depresi sebelumnya

Gejala depresi rentan terjadi pada perempuan yang mempunyai riwayat masalah emosional, kepribadian dan variabel sikap selama periode kehamilan seperti kecemasan, kekerasan dan kontrol eksternal berkaitan dengan munculnya gejala depresi (Ryan, 2009).

5) *Maternity blues*

Maternity blues adalah sebuah fenomena yang hanya sekilas dari perubahan suasana hati yang dimulai pada beberapa hari pertama setelah melahirkan dan paling sedikit 1 sampai 10 hari atau lebih. Keadaan tersebut ditandai dengan perasaan ingin menangis, cemas, kesulitan konsentrasi, lekas marah, dan suasana hati yang labil.

6) Harga diri

Harga diri ditunjukkan oleh perasaan wanita yang secara umum dalam hal harga diri dan penerimaannya pada diri sendiri, artinya ialah kepercayaan diri dan kepuasan terhadap dirinya sendiri. Rendahnya harga diri dapat menggambarkan negatifnya evaluasi terhadap diri sendiri dan perasaan terhadap diri atau kemampuan seseorang.

7) Status social ekonomi

Semakin tinggi penghasilan keluarga maka akan semakin rendah resiko terjadinya depresi postpartum. Segre, Lisa, Losch, O'Hara telah mengungkapkan bahwa kejadian depresi postpartum mempunyai hubungan dengan status sosial ekonomi.

8) Status perkawinan

Kedudukan seorang wanita dalam pernikahan menjadi fokus dalam status demografi yang mempunyai tingkatan berupa tidak menikah, menikah atau hidup bersama, bercerai, janda, berpisah dan mempunyai pasangan.

9) Kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan

Kondisi kehamilan yang tidak direncanakan diakibatkan oleh perasaan ragu-ragu terhadap kehamilan

yang telah dialami. Jika kehamilan itu merupakan hal yang tidak direncanakan maka mungkin saja waktu 40 minggu bukanlah waktu yang cukup bagi pasangan dalam upaya menyesuaikan diri terhadap perawatan bayi yang ada kalanya memerlukan usaha yang cukup maksimal (The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), 2010). Sesuatu hal mungkin saja terjadi pada seorang bayi hingga dilahirkan lebih awal dari perkiraan normal waktu lahirnya. Hal ini disebabkan jika bayi lahir lebih awal maka dapat menyebabkan perubahan secara tiba-tiba, yang terjadi baik pada lingkungan rumah maupun terjadi perubahan terhadap rutinitas kerja yang tentunya hal tersebut tidak diharapkan oleh orang tuanya. Kondisi seperti ini juga dapat menjadi faktor pemicu terjadinya depresi postpartum.

D. PARADIGMA

1) Orang: Pada tahun 1970, Beck menerima gelar sarjana dari *Western Connecticut State University*. Meraih gelar master dari Yale University dua tahun setelahnya. Satu dekade setelahnya dari Universitas Boston, Beck meraih gelar doktor dari Universitas Boston.

2) Kesehatan: Beck memperlihatkan hubungan dari proses persalinan hingga ketika di rumah setelah ibu melahirkan. Sebagian besar ibu akan mengalami kondisi yang disebut *psikosis postpartum*, *depresi postpartum* ataupun *baby blues* selama pekan pertama sesudah melahirkan

3) Perawatan: Penjelasan Beck mengatakan bahwa perawat seharusnya secara rutin melakukan kunjungan rumah dan pengkajian khusus untuk bayi dengan kondisi *baby blues syndrome*.

4) Lingkungan Hidup: Teori Beck membuat sebuah titik fokus yang bukan hanya berefek pada ibu tetapi juga pada anak-anaknya. Hal ini dapat memberikan pengaruh pada status kesehatan dan proses perkembangan anak-anak.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an dan terjemahannya. 2007. Jakarta: CV Darus Sunnah. Departemen Agama RI

Al. Qur'an dan terjemahan Special for Woman. 2009. Jakarta. Sigma Exagrafika

A, Aziz, Hidayat. 2011. *Metode penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Abdellah, F. G., Beland, I, L. Martin, A., & Matheney, R. V. 1960. *Patient-centered approaches to nursing*. New York: Macmillan

Abdullah haris. 2016. *Era transisi keperawatan*. Makassar: Insani Nusantara Indonesia

Adam, E. 1980. *To be a nurse*. Philadelphia: W. B. Saunders.

Adam, E. 1991. *To be a nurse (2nd ed.)* Montreal: W. B. Saunders Company Canada.

Ahmad. 2016. *Definisi Teori Keperawatan*. Diterbitkan oleh Universitas Muhammadiyah Malang

Ahmad Taufik Nasution. 2016. *Filsafat ilmu*. Yogyakarta: Deepublish

Aini Nur. 2018. *Teori Model Keperawatan*. Malang. Universitas Muhammadiyah Malang

Akbar, M. Agung. 2019. Buku Ajar Konsep-Konsep Dasar Dalam Keperawatan Komunitas. Sleman: Penerbit Deepublish (Grup Penerbitan Cv Budi Utama).

Al Thagafi, H.H. 2006 *Change of Attitudes Towards the Nursing Profession for a Sample of Saudi Youth through a Counselling Program: Experimental Study on a ample of Students. Masters thesis. Naif Arab University for Security Sciences, Riyadh, Saudi Arabia.*

Aldossary, A., While, A. & Barriball, L. 2008. *Health care and nursing in Saudi Arabia. International Nursing Review*, 55, 125–128.

Alimul Hidayat, Aziz. 2009. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika. Mosby.

Alligood, M.,R. 2014. *Nursing Theorist and Theirst and Their Work. USA : Elsever Mosby*

Alligood, M.R., & Tomey, A. M. 2002. *Introduction to nursing theory: History, terminology and analysis. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), nursing theorists and their works* (5th ed., pp. 3-13). St. Louis: Mosby.

Alligood, Martha Raile. 2014. *Nursing Theorist and Their Work*. Edisi 8. United State of America

Alligood, Martha Raille and Ann Marriner Tomey. 2006. *Nursing Theory Utilization and Application. Sr. Louis, Missouri: Elsevier Mosby*.

Alligood, Martha Raile. 2012. *Pakar teori keperawatan dan karya mereka*. Jakarta: ELSEVIER

Alligood, M.R. 2014. *Nursing theorists and their work 8th ed.*, USA: Elsevier mosby.

Alligood. 2017. *Pakar Teori Keperawatan Dan Karya Mereka*. Elsevier: Singapore.

Al-Osimy, M (Ed.). 1994. *Nursing in Saudi Arabia, Kin Fahd National Library Cataloging-In-Publication Data* pp. 77-84.

Al-Osimy, M. 2004. *The first nurse. Jeddah: King Fahd National Library Cataloging-In-Publication*.

Arora. 2015. *Definisi Teori Keperawatan*. Malang oleh Universitas Muhammadiyah Malang

Asmadi. 2005 .*Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC

Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Asmadi. 2009. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Atik, P.A. 2008. *Konsep Kebidanan: Sejarah dan Profesionalisme*. Jakarta: penerbit Buku Kedokteran EGC

Aziz Alimul. 2007. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Surabaya: Salemba Medika

Azwar, S. 2013. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Belajar

Andrews, M., & Boyle, J. S. 2012. *Transcultural Concept in Nursing Care, Second edition*. Philadelphia: J. B Lippincot Company.

Bahrin. 2013. *Ontologi, Epistemologi dan Aksiologi*. Journal of Ontologi, Epistemologi, dan Aksiologi

Budner, S. 1962. *Intolerance of Ambiguity as a Personality Variable*. *Journal of Personality*, 30, 29-50. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1962.tb02303.x>.

Burhanuddin Nunu. 2018. *Filsafat Ilmu*. Jakarta: Prenada media group.

Bussinestgirl, Y. 2014. *Teori Keperawatan*. Surabaya.

Carolyn L. Wiener. 2000. *The Elusive Quest: Accountability in Hospitals*. New York: Aldine de Gruyter. 256 pages, paperback, ISBN: 0202306313

Christensen, Paula J. 2009. *Nursing Process: Application of Conceptual Models, 4th ed*. Mosby-Year Book, Inc: St. Louis.

Crane, J., Josephson, D., & Letcher, D. 1999. *The human becoming health action model in community*. Paper presented at the seventh Annual International Colloquim on Human Becoming. Loyola University, Chicago.

Current Nursing. 2012. *The Helping Art of Clinical Nursing: Ernestine Wiedenbach*

Darji Darmodiharjo dan Shidarta. 2006. *Pokok - Pokok Filsafat Hukum*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

DeLaune and Ladner. 2011. *Definisi Teori Keperawatan*. Diterbitkan oleh Universitas Muhammadiyah Malang

Dewi, Sunarsih. 2011. *Asuhan Kehamilan Untuk Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, 2009

Dowd, T. 2010. Katherine Kolcaba: *Theory of comfort*. In M. R. Alligood & A.M Tomey (eds), *Nursing theorists and their work (7th ed., pp, 706-721) Maryland Heights, MO: Mosby.*

Dowd, T. 2010. Katherine Kolcaba: *Theory of comfort*. In M. R. Alligood (ed), *Nursing theorists and their work (8th ed., pp, 657-671) Maryland Heights, MO: Mosby.*

Efendi, Ferry & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Diakses, 23 Februari 2015, dari George, J. M. & Bettenhausen, K. (1990). *Understanding prososial behavior, sales performance, and turnover: A group-level analysis in a service context. Journal of Applied Psychology*, 75, 698-709. doi:10.1037/0021-9010.75.6.698

George, J. B. (2014). *Pearson New International Edition Nursing Theories: The Base For Profesional Nursing Practice*. United States Of America: British Library

Gobet, F. and Chassy, P. (2008) *Towards an Alternative to Benner's Theory of Expert Intuition in Nursing: A Discussion Paper. International Journal of Nursing Studies*, 45, 129-139. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.005>

Handayaningsih Siti. 2009. *Dokumentasi Keperawatan*. Yogtakarta: Mitra Cendekia Press

Harnilawati. 2013. *Konsep dan proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam

Hidayat A, Aziz Alimul. 2010. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC

Hidayat, A, aziz Alimul. 2009. *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Hidayat, Aziz Alimul. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

Huriati. 2017. *Teori Falsafah dan Keperawatan*. Gowa: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas

Husanah, Een, dkk (2015). *Rujukan Lengkap Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish

I Gusti Ayu. 2017. *Model Konseptual Dari Ernestine Wiedenbach: "The Need for Help"*. Denpasar, Bali

Insani Rahmi Putri. 2014. *Paradigma Teori Keperawatan*

Jan, R. 1996. Rufaidah Al-Aslamiya, the first Muslim nurse. *The Journal of Nursing Scholarship*, 28 (3), 267–268.

Jane, Mary dan Patricia, 2008. *Middle Range Theory For Nursing*, second Edition: New York

Kasule, O.H. 1998. *Rufaidah bint Sa'ad: historical roots of the nursing profession in Islam*. 3rd International Nursing Conference: Empowerment and Health-An Agenda for Nurses in the 21st Century, Dar as Salam, Brunei Kasule, O.H. (2003). *Historical roots of the nursing profession in Islam*. Retrieved from the world wide web

King, I. M. 1981. *A theory of nursing Sistem, Concepts, Process*. New York: John Wiley and Sons.

Kolcaba, K. .1992. *holistic comfort: Operationalizing the construct as nurse-sensitive out-come*. *Advances in Nursing Science*, 15 (1), 1-10.

Kolcaba, K. 1991. *A taxonomic structure for the concept of comfort. Image: The Journal of nursing Scholarship*, 23 (4), 237-240.

Kolcaba, K. 1994. *A theory of holistic comfort for nursing. Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.

Kolcaba, K. 2004. *Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (eds) Middle range theories: Application to nursing research (pp. 255-273)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Kolcaba, K., & Fox, C., 1999. *The effects of guided imagery on comfort in women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. Oncology Nursing Forum* 26 (1), 67-92.

Kolcaba, K., & Kolcaba R. 1991. *An analysis of the concept of comfort. Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

Kemendes. (2016). *Situasi Balita Pendek*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07-MENKES-425-2020 tentang Standar Profesi Perawat Kozier, Erb, Berman & Snyder. 2011. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: IKAP.

Kozier. 2011. *Buku Ajar Fundamental/Keperawatan; Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC

Kusnanto, 2010. *Pengantar Profesi Dan Praktik Keperawatan profesional*. Jakarta: EGC

Kusnanto. 2003. *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : EGC

Kusnanto. 2004. *Pengantar Profesi Dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.

Leineinger, M. 2002. *Culture Care Theory: A Mayor Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practies*. *Journal Transcultural Nursing*, 13, 189

Leininger, M., & MC Farland, M. 2002. *Transcultural Nursing: Concept Theories Research and Practice (editin)*. USA: Mc-Graw Hill Companies.

Levine, N.D. 1977. *Parasitologi Veteriner*. GajahMada University Press. Yogyakarta. 170-298.

Marmi dan margiyati. 2013. *Pengantar Psikologi Kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

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

McCullagh, M. C. 2013. *Health promotion*. In S. J. Peterson, & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories-application to nursing research (3rded. (pp. 224-234)*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

McKenna, Hugh. 1997. *Nursing Theories and Models*.New York: Routledge

Melo, L. 2013. *Sunrice Model: A Cntribution to the Teaching of Nursing Consultation in Collective Health*. American Journal of Nursing Research

Meleis, A.I. 1997. *Theoretical Nursing Development and Progress. 3rd Edition, Lippincott, Philadelphia*.

Meleis, A.I., 2007. *Theoretical Nursing: Development & Progress. 4th ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wlkins

Meleis, Afaf Ibrahim. 2010. *Transitionstheory: middle-range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

Mishel, M. 1990. *Reconceptualization of the uncertainty in illness theory*. 22(4):256-62. doi: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb 00225.x

Mishel, M. 1988. *Uncertainty in Illness*. *Journal of Nursing Scholarship*, 20, 225-232.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>

Mishel, M. 2010. The measurement of uncertainty in illness. Nursing Research, 30 (5)

Mondy, R. Wayne. 2014. *Human Resource Management (Thirteenth Edition)*. England: Pearson Education.

Mukhtar Latif. 2016. *Filsafat ilmu*. Jakarta: Prenadamedia Group

Mundakir. 2006. *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*.

Murwani, Arita. 2009. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Citramaya.

Muwarni A.2009. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Fitramaya: Yogyakarta

Norris, J. R. 2002. *One-to -one teleapprenticeship as a means for nurses teaching and learning parse's theory of human becoming*. *Nursing Science Quarterly*.

Nua, Emanuela Natalia. 2015. *Tingkatan Teori dalam Keperawatan Mata kuliah Science In Nursing*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

Nunu Burhanuddin. 2018. *Filsafat Ilmu*. Jakarta: Prenadamedia

Nur Aini. 2018. *Teori Model Keperawatan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang

Nursalam & Efendi. 2009." *Pendidikan Dalam Keperawatan*". Jakarta: Salemba Medika

Nursalam, 2009." *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan*". Jakarta: Salemba Medika

Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York,

NY: G. P. Putman's Sons. [Reprinted 1990, New York: National League for Nursing.

Parker, Maeilyn E.& Smith, Marlaine Cappelli, 2010. *Nursing theories and nursing practice*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company

Parse, R. R. 1981. *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.

Parse, R. R. 1998. *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Parse, R. R. *The Art of Human Becoming Theory*. Diakses 18 November 2013.

Patricia E. Benner, Christine A. Tanner & Catherine A. Chesla (1996). *Expertise in Nursing Practice Care, Clinical Judgment and Ethics*. Diakses pada <https://philpapers.org/rec/BENEIN-5> 18 Juli 2020

Paula J. Christensen & Janet W. Kenney. 1995. *Nursing Process Application of Conceptual Models*. Di akses di <https://philpapers.org/rec/CHRNPA-4> pada 19 Juni 2020.

Peplau Hildegard E. R.N. B.A. M.A. 1952. *AJN, American Journal of Nursing*: June 1952 - Volume 52 - Issue 6 - p 765

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

Perry, & Poter. 2009. *Fundamental Keperawatan, Buku 1, Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.

Peursen Van. 2009. *Strategi Kebudayaan*. Yogyakarta: Kanisius.

Potter, Patricia Ann et al. 2011. *Basic Nursing*. Missouri. Mosby Elsevier

Potter, Perry. 2010. *Fundamental Of Nursing: Concep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta: EGC

- PPNI. 2000. *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta
- Purwati, Y dan Kustiningsih. 2017. *Bagaimana Menghadapi gangguan Mood Masa Nifas*. Yogyakarta: Deepublish
- Purwandari,A., 2006. *Konsep kebidanan. Sejarah & Profesionalisme*, Jakarta : EGC.
- Risnah. 2016. *Sejarah Teori dan Model Keperawatan*. Makassar: Pusaka Amalia Makassar
- Risnah. 2018. *Sejarah Teori dan Model Keperawatan*. Makassar: Pusaka Al Maida.
- Riwayat keperawatan. Sister Callista Roy. Diperoleh dari historia-de-enfermeria8.webnode.mx
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. 2009. *Promoting self-determined school engagement: Motivation, learning, and well-being*. In K. R. Wenzel & A. Wigfield (Eds.), *Educational psychology handbook series. Handbook of motivation at school* (p.171–195). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Russell, K., 2006. *Maternal confidence of first-time mother during their child's infancy*. Available at: <http://search.ebscohost.com>
- Said Nurman. 2015. *Filsafat Agama*. Makassar: Alauddin University Press.
- Sakraida, T. J. 2014. *Health promotion model*. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (8th ed. (pp. 396-416). St. Louis, MO: Elsevier/Mosby.
- Sandra J. Peterson & Timothy S. Bredow . 2004. *Middle Range Theories Application to Nursing Research*
- Santalia MA, Dr. Indo. 2017. *Pengantar Filsafat*. Makassar: Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
- Schumacher, K.L. and Meleis, A.I. 1994. Transitions A central concept in nursing. Image The Journal of Nursing Scholarship, 26, 119-127.*

Setiadi, 2007. *"Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan"*. edisi pertama. Jakarta: Graha Ilmu

Subarkah, T., Nursalam, N., & Rachmawati, P. 2016. *Feeding Pattern Toward the Increase of Nutrition Status in Children Age 1-3 Years*. Journal INJEC

Smith, M.J. and Liehr, P. 1999. *Attentively Embracing Story: A Middle-Range Theory with Practice and Research Implications. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 13, 187-204, Discussion 5-10.*

Staskova V, Tothoa V. 2015. *Konsepsi hubungan antar manusia dalam keperawatan kontak*

Steves. 1997. *Definisi Teori Keperawatan*. Malang

Suara Mahyar dkk. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta Timur: CV. Trans Info Media

Suara Mahyar, Dalami Ermawati, Rochimah, Raenah Een, Rusmianti. 2013. *Konsep Dasar Keperawatan*. CV. Trans InfoMedia: Jakarta Timur.

Sudarminta J, 2002. *Epistemologi Pengantar filsafat Pengetahuan Dasar*, Yogyakarta: EGC. Jakarta

Sue Moorhead, marion Johnson, Meridian Le Maas, Elizabeth Swanson. 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*.

Susilo Rakhmat, 2011. *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), 2010

Thomas, A. 2013. *Teori Keperawatan*. Jakarta: PT Gramedia

Tomey, Aligood. 2009. *Nursing Theorist and Their Work. Sixth edition. Toronto: the CV Mosby Company St. Louis*

Tomey, Alligood. 2006. *Nursing Theorist and Their Work. Sixth edition. Toronto: The CV Mosby company St. Louis.*

Travelbee, J. 1971. *Aspek interpersonal keperawatan (2nd ed.)*. Philadelphia: FA Davis.

Travelbee, J. 2015. *Biografy joyce travelbee. American Journal of Nursing*

Travelbee, J. 2016. *Rasa simpati dan rasa empati serta hubungan antara sesama manusia. American Journal of Nursing*

Travelbee, J. 2018. *Teory keperawatan,Aspek interpersonal keperawatan*. Philadelphia: FA Davis.

Travelbee, J., & Doona, ME (2015). *Intervensi dalam perawatan psikiatris (2nd ed.)* Philadelphia: FA Davis.

Tumulty, G. 2001. *Profesional development of nursing in Saudi Arabia. Journal of Nursing Scholarship*

Utami, K. C. 2016. *Integrasi Teori/Model Kenyamanan (Kolcaba) Pada Ruang Perawatan Resiko Tinggi.*

Wawan, A. & Dewi, M., 2010. *Teori dan pengukuran pengetahuan, sikap dan perilaku manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Walid Saiful. 2009. *Proses Keperawatan: Teori Dan Aplikasi*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media

Walker, A. 2011. *Makanan yang Sehat untuk Bayi dan Anak-Anak*. Jakarta: PT Buana Ilmu Populer

Watson, J. 1979. *Nursing. The Philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown

Watson, J. 1985. *Nursing: Human Science and human care-A theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts

West, C. M., Dodd, M. J., Paul, S. M., Schumacher, K., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C. 2003, January). *The PRO-SELF©: Pain Control Program-An Effective Approach for Cancer Pain Management. In Oncology nursing forum* (Vol. 30, No. 1).

Widyawati, Sukma Nolo. 2012. *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Prestasi Pustaka

Wirastri, U. 2011. *Aplikasi Teori Comfort Kolcaba Dalam Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Demam Di Ruang Infeksi Anak RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Universitas Indonesia

Wong, D.L Whalley. 1996. *Clinical Manual of Pediatric Nursing. Fouth Edition. Philadelphia: Mosby Company*.

Yani, Achir dan Ibrahim, Kusman. 2018. *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka: Indonesia*

Yani, Achir dan Ibrahim, Kusman. 2018. *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka: Indonesia*

Yanti, Efrida, dkk. 2015. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish

Zaprul Khan. 2016. *Filsafat Ilmu: Sebuah Analisis Kontemporer*. Jakarta: PT Rajagrafindo

<http://www.teori.abdellah.com/teori-keperawatan-faye-glenn-abdellah> « ichal otagh sapotong.mht

<http://nandaadesuhendra.blogspot.com/search?updated-min=2012-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2013-01-01T00:00:00-08:00&max-results=3>

<http://renal-mumar.blogspot.com/2012/04/teori-keperawatan-faye-abdellah.html>

<https://www.kompasiana.com/shandyaswinmaulana/54f93d5ba33311e9018b4887/makalah-pendidikan-profesi-keperawatan> diakses pada tanggal 19 Juni 2020.

<https://www.google.co.id/search?q=RUFAIDAH+BIN+SA%20%80%99AD+AL-BANI+ASLAM+AL-KHAZRAJ>

https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale
<http://nursingscience-2008.blogspot.com/2014/12/patricia-benner.html>
<http://joycetravelbee.blogspot.com/2012/03/blog-post.html>
<https://libguides.twu.edu/c.php?g=270174&p=1803689>
<https://www.kentontimes.com/obits/virginia-l-henderson/>
<https://alchetron.com/Ernestine-Wiedenbach>
<https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/>
<https://searcharchives.vancouver.ca/jean-watson-portrait>
<https://www.google.com/search?q=DOROTHEA+ELIZABETH+OREM>
<https://sites.google.com/site/sistercallistastheory/about-sister-callista>
<http://keperawatankese.blogspot.com/2015/>
<https://bkujakarta.blogspot.com/2019/10/betty-neuman.html>
<https://nurseslabs.com/ida-jean-orlandos-deliberative-nursing-process-theory/>
<https://pdfslide.net/documents/teoria-de-myra-estrin-levine.html>
<https://nurseslabs.com/wp-content/uploads/2014/08/Imogene-M.-King-10.jpg>
<https://nursekey.com/24-humanbecoming/>
<https://nurseslabs.com/martha-e-rogers-theory-unitary-human-beings>

<https://sites.google.com/site/asunursingconceptsml/>

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=afaf+ibrahim+meleis>

<https://nursekey.com/21-health-promotion-model>

<https://alchetron.com/Ramona-T-Mercer>

<https://sovaevie.wordpress.com/tag/merle-h-mishel/>

<https://nursekey.com/theory-of-illness-trajectory/>

<https://www.google.com/search?q=georgene+gaskill+eakes+biography&safe>

<http://comfortcareinnursing.blogspot.com/p/nursing-theorist-dr-katharine-kolcaba.html>

<https://expertfile.com/experts/cheryl.beckdnsc/cheryl-beck-dnsc>

<https://nurseslabs.com/lydia-e-halls-care-cure-core-theory>

<https://circulatingnow.nlm.nih.gov/2017/03/24/faye-glenn-abdellah-nurse-officer-educator/>

TENTANG PENULIS



Dr. Risnah, S.KM., S.Kep., Ns., M.Kes., Dilahirkan di Kabupaten Jeneponto Sulawesi Selatan pada

tanggal 12 April 1977. Menamatkan Sekolah Dasar di SD Inpres Panaikang ½ Ujung pandang pada tahun 1990, Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri 12 Ujung Pandang pada tahun 1993 dan Sekolah Menengah Atas Negeri 5 Ujung Pandang pada tahun 1996. Lulus pada Diploma III Akademi Keperawatan Makassar pada tahun 1999. Setelah itu melanjutkan pendidikan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar dan meraih gelar S.KM pada tahun 2003. Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) diperoleh di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan UNHAS pada tahun 2004 dan menyelesaikan profesi Ners pada tahun 2005 di tempat yang sama. Program Pasca sarjana diselesaikan pada konsentrasi Biomedik - Fisiologi di UNHAS pada tahun 2009. Pada tahun 2013 berkesempatan melanjutkan studi di program *Diploma of Leadership* di *Coady International Institute Nova Scotia, Halifax – Canada*. Meraih gelar Doktor dengan predikat *cumlaude* di bidang Kesehatan Masyarakat pada Sekolah Pasca Sarjana UNHAS pada tahun 2018. Saat ini tercatat sebagai dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar sejak tahun 2006. Berpengalaman mengajar dan mengelola pendidikan pada berbagai institusi pendidikan keperawatan. Berperan serta pada kegiatan ilmiah serta telah menghasilkan karya ilmiah berupa buku maupun publikasi jurnal di tingkat nasional maupun internasional.



Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Bumiayu 26 September 1978. Memulai pendidikan formalnya pada SDN 021 Kebunsari dan tamat pada tahun 1991, selanjutnya pendidikan menengah tingkat pertama pada SMP Negeri Bumiayu tahun 1994 dan akhirnya menamatkan pendidikan menengah tingkat atas pada SMA Negeri 1

Wonomulyo dan tamat pada tahun 1997. Menyelesaikan pendidikan pada AKPER DEPKES Tidung Makassar pada tahun 2001. Kemudian melanjutkan pendidikan pada Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan UNHAS dan selesai pada tahun 2004, selanjutnya menempuh pendidikan Profesi Ners di tempat yang sama hingga tahun 2006. Pada tahun 2012 menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan di bidang Kedokteran dengan konsentrasi Biomedik – Fisiologi pada Sekolah Pasca Sarjana UNHAS. Karier sebagai Dosen pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat dimulai sejak tahun 2018. Namun sebelumnya pernah bekerja sebagai tenaga pengajar di AKPER PEMKAB Majene sejak tahun 2005–2007, tenaga pengajar pada STIKes Marendeng Majene tahun 2007-2014 dan pernah bertugas pada Puskesmas Malunda Dinas Kesehatan Kab. Majene tahun 2014–2016. Turut berperan dalam mengelola dan mengajar pada berbagai institusi kesehatan di Kabupaten Majene dan Kabupaten Polewali Mandar Propinsi Sulawesi Barat, serta ikut serta dalam berbagai kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang disertai dengan melakukan kolaborasi dalam penulisan buku dan artikel serta publikasi ilmiah pada tingkat nasional dan internasional.