

Editor : Ig. Dodiet Aditya Setyawan, SKM.,MPH.



Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp.,Ns.,M.Kep. - Suci Rahayu Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Endang Caturini Sulistyowati, S.Kep., Ns.M.Kep - Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.
Suyanto, S.Kp., M.Kes - Ns. Dewi Setyawati, MN5 - Ns. Pandu Aseta,M.Kep.
Tatik Trisnowati, S.Kep. Ns.,M. Kes. - Tunjung Sri Yulianti, S.Kep., Ns., M.Kes.
Sri Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes - Ratna Indriati, A., M.Kes

KONSEP DASAR KEPERAWATAN



KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp.,Ns.,M.Kep.
Suci Rahayu Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Endang Caturini Sulistyowati, S.Kep., Ns.M.Kep
Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.
Suyanto, S.Kp., M.Kes
Ns. Dewi Setyawati, MNS
Ns. Pandu Aseta, M.Kep.
Tatik Trisnowati, S.Kep. Ns.,M. Kes.
Tunjung Sri Yulianti, S.Kep., Ns., M.Kes.
Sri Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes
Ratna Indriati, A., M.Kes



Tahta Media Group

UU 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).

KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Penulis:

Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp.,Ns.,M.Kep. | Suci Rahayu Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Endang Caturini Sulistyowati, S.Kep., Ns.M.Kep | Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.
Suyanto, S.Kp., M.Kes | Ns. Dewi Setyawati, MNS | Ns. Pandu Aseta, M.Kep.
Tatik Trisnowati, S.Kep. Ns.,M. Kes. | Tunjung Sri Yulianti, S.Kep., Ns., M.Kes.
Sri Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes | Ratna Indriati, A., M.Kes

Desain Cover:

Tahta Media

Gambar Cover:

<http://fik.um-surabaya.ac.id/s1-keperawatan/>

Editor:

Ig. Dodiet Aditya Setyawan, SKM.,MPH.

Proofreader:

Tahta Media

Ukuran:

viii, 128, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-623-5981-13-0

Cetakan Pertama:

Januari 2022

Hak Cipta 2021, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2021 by Tahta Media Group
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)
Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kepada Tuhan YME atas lindungan dan rahmat-Nya karena para penulis dari berbagai Perguruan Tinggi dan Instansi kembali mampu menyelesaikan naskah kolaborasi dengan Judul “*Konsep Dasar Keperawatan*”. Yang melatarbelakangi penerbit mengadakan kegiatan Menulis Kolaborasi adalah untuk membiasakan Dosen dan Guru menulis sesuai dengan rumpun keilmuannya.

Buku dengan judul *Konsep Dasar Keperawatan* merupakan buku ajar yang disusun sebagai media pembelajaran, sumber referensi dan pedoman belajar bagi mahasiswa. Pokok-pokok bahasan dalam buku ini mencakup: 1) Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia, 2) Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia, 3) Falsafah Keperawatan, 4) Konsep Profesi, Sosialisasi Profesi dan Keperawatan Sebagai Ilmu, 5) Konsep, Model dan Teori Keperawatan, 6) Paradigma Keperawatan, 7) Konsep dan Mengaplikasikan Tahap Diagnosa dan Perencanaan Keperawatan, 8) Konsep dan Mengaplikasikan Tahap Pelaksanaan dan Evaluasi, 9) Peran, Fungsi, dan Tugas Perawat dalam Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan. 10) Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan, 11) Berpikir Kritis dalam Keperawatan.

Tidak lupa kami ucapkan terima kasih kepada Editor Buku Bp Ig. Dodiet Aditya Setyawan, SKM., MPH. yang telah mengarahkan dan membantu dalam mengedit buku tersebut sehingga menjadi buku yang baik dan bermanfaat.

Akhir kata Dengan terbitnya buku ini, harapan penerbit ialah menambah Khazanah Keilmuan dibidang Pendidikan dan dapat dinikmati oleh kalangan pembaca baik Akademisi, Dosen, Peneliti, Mahasiswa atau Masyarakat pada Umumnya.

Klaten, Januari 2022
Direktur Tahta Media Group

Uswatun Khasanah, M.Pd.I., CPHCEP

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
BAB I Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia	
Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp.,Ns.,M.Kep.	
Poltekkes Kemenkes Surakarta	1
A. Sejarah Keperawatan Jaman Purbakala (<i>Primitive Culture</i>).....	2
B. Sejarah Keperawatan Mulai Tahun Masehi	4
Daftar Pustaka	17
Profil Penulis	18
BAB II Sejarah Perkembangan Keperawatan di Indonesia	
Suci Rahayu Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep	
Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu.....	19
A. Sejarah Keperawatan Indonesia	19
B. Profesi Perawat di Indonesia.....	20
C. Masa Sebelum Kemerdekaan.....	22
D. Masa Setelah Kemerdekaan	23
E. Dampak Sejarah Terhadap Profil Perawat Indonesia.....	23
Daftar Pustaka	27
Profil Penulis	28
BAB III Falsafah Keperawatan	
Endang Caturini Sulistyowati, S.Kep., Ns.M.Kep	
Poltekkes Kemenkes Surakarta	29
A. Pengertian Falsafah Keperawatan.....	29
B. Kerangka Konseptual Falsafah Keperawatan	30
C. Falsafah Keperawatan Sebagai Landasan Dalam Menjalankan Profesi Sebagai Perawat	31
Daftar Pustaka	34
Profil Penulis	35

BAB IV Konsep Profesi, Sosialisasi Profesi dan Keperawatan Sebagai Ilmu

Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.

Politeknik Insan Husada Surakarta	36
A. Pengertian Profesi	36
B. Hakekat Keperawatan	37
C. Latar Belakang Pengembangan Pendidikan Keperawatan.....	37
D. Pendidikan Keperawatan.....	38
E. Tahap Pendidikan Profesi	38
F. Jenjang Pendidikan Perawat di Indonesia	39
G. Sistem Pendidikan Tinggi Keperawatan	41
H. Keperawatan Dikatakan Sebagai Profesi Karena Apa?	41
I. Model – Model Sosialisasi Profesi.....	41
Daftar Pustaka	45
Profil Penulis	46

BAB V Konsep, Model dan Teori Keperawatan

Suyanto, S.Kp., M.Kes

Poltekkes Surakarta	47
A. Konsep Keperawatan	47
B. Model Keperawatan	48
C. Teori Keperawatan.....	48
Daftar Pustaka	58
Profil Penulis	59

BAB VI Paradigma Keperawatan

Ns. Dewi Setyawati, MNS

Universitas Muhammadiyah Semarang	60
A. Pengertian Paradigma Keperawatan	60
B. Komponen Paradigma Keperawatan.....	60
C. Aplikasi Paradigma Keperawatan Dalam Praktik Keperawatan.....	66
Daftar Pustaka	67
Profil Penulis	68

BAB VII Konsep dan Mengaplikasikan Tahap Diagnosa dan Perencanaan Keperawatan

Ns. Pandu Aseta,M.Kep.

Politeknik Insan Husada Surakarta	69
A. Konsep Diagnosa Keperawatan	69
B. Jenis Diagnosa Keperawatan	70
C. Tahapan-Tahapan Dalam Diagnosa Keperawatan	72
D. Konsep Perencanaan Keperawatan	76
Daftar Pustaka	81
Profil Penulis	82

BAB VIII Konsep dan Mengaplikasikan Tahap Pelaksanaan dan Evaluasi

Tatik Trisnowati, S.Kep. Ns.,M. Kes.

Politeknik Insan Husada Surakarta	83
A. Tahap Pelaksanaan Keperawatan.....	83
B. Tahap Evaluasi Keperawatan.....	88
Daftar Pustaka	94
Profil Penulis	95

BAB IX Peran, Fungsi, dan Tugas Perawat dalam Pengembangan Sistem Pelayanan Kesehatan

Tunjung Sri Yulianti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala	96
A. Peran	96
B. Fungsi.....	103
C. Tugas.....	105
Daftar Pustaka	108
Profil Penulis	109

BAB X Sistem Pemberian Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan

Sri Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes

Politeknik Insan Husada Surakarta	110
A. Definisi SistemPelayanan Kesehatan.....	110
B. Teori Sistem Pelayanan Kesehatan	110
C. Tingkat Pelayanan Kesehatan	111

D. Lingkup Sistem Pelayanan Kesehatan	112
E. Lembaga Pelayanan Kesehatan.....	113
F. Pelayanan Keperawatan Dalam Pelayanan Kesehatan.....	114
Daftar Pustaka	117
Profil Penulis	118

BAB XI Berpikir Kritis dalam Keperawatan

Ratna Indriati, A., M.Kes

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala	119
A. Berpikir Kritis	119
B. Karakteristik Berpikir Kritis	120
C. Berpikir Kritis Dalam Keperawatan	121
D. Model Berpikir Kritis Dalam Keperawatan	122
E. Fungsi Berpikir Kritis Dalam Keperawatan.....	125
Daftar Pustaka	127
Profil Penulis	128



BAB I

SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DI DUNIA

**Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp.,Ns.,M.Kep.
Poltekkes Kemenkes Surakarta**

Sejarah dapat diartikan sebagai studi tentang peristiwa-peristiwa dari masa lalu yang mengarah ke saat ini. Studi sejarah tidak hanya berfokus pada kronologi peristiwa, tetapi juga dampak dan pengaruh peristiwa itu terus berlanjut memiliki sepanjang waktu. Seiring berjalannya waktu, peristiwa terungkap dan tren muncul. Tren sejarah ini, pada gilirannya, mempengaruhi atau membentuk nasib suatu negara individu atau kelompok. Perkembangan dan evolusi profesi keperawatan terkait erat dengan pengaruh sejarah sepanjang jaman, dimulai pada jaman dahulu. Studi tentang sejarah keperawatan membantu kita untuk lebih memahami kekuatan sosial dan isu-isu yang terus dihadapi profesi. Pemahaman sejarah keperawatan juga memungkinkan perawat untuk mendapatkan apresiasi peran profesi telah ada dalam sistem keperawatan.

Sejarah perkembangan keperawatan beriringan dengan keberadaan umat manusia. Oleh karena itu perkembangan keperawatan, tidak dapat dipisahkan dan sangat dipengaruhi oleh perkembangan struktur dan kemajuan peradaban manusia. Kepercayaan terhadap animisme, penyebaran agama-agama besar dunia serta kondisi sosial ekonomi masyarakat. Sejarah perkembangan keperawatan di dunia dijelaskan mulai dari jaman purbakala sampai perkembangan sekarang.

A. SEJARAH KEPERAWATAN JAMAN PURBAKALA (*PRIMITIVE CULTURE*)

Pada masa sebelum Masehi keperawatan belum begitu berkembang, disebabkan masyarakat lebih mempercayai dukun untuk mengobati dan merawat penyakit. Dukun dianggap lebih mampu untuk mencari, mengetahui, dan mengatasi roh yang masuk ke tubuh orang sakit. Perkembangan keperawatan sebelum Masehi diawali pada jaman purbakala. Dalam masyarakat primitif, keputusan untuk menjadi pengasuh sering diambil untuk seseorang yang sebelumnya belum memiliki kemampuan untuk membuat pilihan seperti itu. Misalnya di antara anggota suku Zuni, jika bayi lahir dengan sebagian plasenta menutupi wajah, itu dianggap sebagai tanda bahwa dia telah ditandai sebagai satu yang ditakdirkan untuk menjadi pengasuh (Henly & Moss, 2007). Di banyak masyarakat, pemberian asuhan keperawatan adalah peran yang diberikan kepada anggota wanita. Wanita secara tradisional memberikan pengasuhan kepada bayi mereka sendiri, diasumsikan pendekatan kepedulian yang sama ini dapat diperluas ke komunitas yang sakit dan terluka. Pada masyarakat lain, perawatan orang sakit adalah peran yang ditugaskan untuk dukun, atau anggota suku laki-laki lainnya. Belum ada pendidikan formal dalam perawatan orang sakit, yang paling awal perawat mempelajari seni mereka melalui tradisi lisan yang diturunkan dari generasi ke generasi. Secara tradisional dari pengamatan orang lain merawat orang sakit berkali-kali, melalui proses mencoba dan gagal. Mereka yang memperoleh reputasi untuk perawatan ahli dengan suksesi hasil positif untuk memberikan peduli kepada teman dan kerabat. Dengan cara ini, mereka memantapkan diri mereka dalam praktik dari asuhan keperawatan.

Sumber lain menjelaskan, sejak diciptakan, manusia memiliki naluri untuk merawat diri sendiri (tercermin pada seorang ibu). Harapan pada awal perkembangan keperawatan adalah perawat harus memiliki naluri keibuan (mother insting). Dari masa mother insting kemudian bergeser ke jaman di mana orang masih percaya pada sesuatu tentang adanya kekuatan mistik yang dapat mempengaruhi kehidupan manusia. Kepercayaan ini dikenal dengan animism. Mereka meyakini bahwa sakitnya seseorang disebabkan oleh kekuatan alam/pengaruh gaib seperti batu-batu, pohon-pohon besar dan

gunung-gunung tinggi. Sejarah berlanjut dengan kepercayaan pada dewa-dewa di mana pada masa itu mereka menganggap bahwa penyakit disebabkan oleh kemarahan dewa, sehingga kuil-kuil didirikan sebagai sebagai tempat pemujaan dan orang yang sakit meminta kesembuhan di kuil tersebut. Sejarah mencatat Mesir, Babylon, Siria, dan Yahudi kuno mempengaruhi perkembangan keperawatan di dunia.

1. Mesir

Bangsa mesir pada zaman purba telah menyembah banyak dewa. Dewa yang terkenal antara lain Isis. Mereka beranggapan bahwa dewa ini menaruh minat terhadap orang sakit dan memberikan pertolongan pada waktu si sakit sedang tidur. Didirikanlah kuil yang merupakan rumah sakit pertama di mesir. Ilmu ketabiban terutama ilmu bedah telah dikenal oleh bangsa mesir zaman purba ($\pm$ 4800 SM). Dalam menjalankan tugasnya sebagai tabib ia menggunakan bidai (spalk), alat-alat pembalut, ia mempunyai pengetahuan tentang anatomi, hygiene umum serta tentang obat-obatan. Di dalam buku-buku tertulis dalam kitab Papyrus didalamnya memuat kurang lebih 700 macam resep obat-obatan dari Mesir.

2. Babylon dan Syria

Ilmu pengetahuan tentang anatomi dan obat-obat ramuan telah diketahui oleh bangsa Babylon sejak beberapa abad Sebelum Masehi (SM). Pada salah satu tulisan yang menyatakan bahwa pada 680 SM orang telah mengetahui cara menahan darah yang keluar dari hidung dan merawat jerawat pada muka. Bangsa Babylon menyembah dewa oleh karena itu perawatan atau pengobatan berdasarkan kepercayaan tersebut.

3. Yahudi kuno

Ilmu pengetahuan bangsa Yahudi banyak diperoleh dari bangsa Mesir. Misalnya: cara-cara memberi pengobatan orang yang terkenal adalah Musa. Ia juga dikenal sebagai seorang ahli hygiene. Di bawah pimpinannya bangsa Yahudi memajukan minatnya yang besar terhadap kebersihan umum dan kebersihan diri. Undang-undang kesehatan bangsa Yahudi menjadi dasar bagi hygiene modern di mana cara-cara dan peraturannya sesuai dengan bakteriologi jaman sekarang, misalnya:

pemeriksaan dan pemilahan bahan makanan yang akan dimakan, mengadakan cara pembuangan kotoran manusia, pelarangan makan daging babi karena dapat menimbulkan suatu penyakit, dan memberitahu kan kepada yang berwajib bila ada penyakit yang berbahaya, sehingga dapat diambil tindakan.

B. SEJARAH KEPERAWATAN MULAI TAHUN MASEHI

Kemajuan peradaban manusia dimulai ketika manusia mengenal agama. Penyebaran agama sangat mempengaruhi perkembangan peradaban manusia, sehingga berdampak positif terhadap perkembangan keperawatan.

1. Sejarah keperawatan masa penyebaran agama Kristen

Pada permulaan Masehi, agama Kristen mulai berkembang. Pada masa itu, keperawatan mengalami kemajuan yang berarti, seiring dengan kepesatan perkembangan agama Kristen. Perkembangan ilmu keperawatan terus berubah dengan adanya Diakones dan Philantropai. Perkembangan keperawatan mulai bergeser ke arah spiritual di mana seseorang yang sakit dapat disebabkan oleh adanya dosa/kutukan Tuhan. Pusat perawatan adalah tempat-tempat ibadah sehingga pada waktu itu pemimpin agama disebut sebagai tabib yang mengobati pasien. Perawat dianggap sebagai pembantu, bekerja atas perintah pemimpin agama. Bukti yang tersedia menunjukkan bahwa perawat pertama kali membentuk diri mereka sendiri ke dalam organisasi kelompok-kelompok tertentu selama era Kristen awal (Philantrop). Cita-cita keperawatan amal, pelayanan kepada orang lain, dan pengorbanan diri selaras dengan ajaran awal dari gereja Kristen. Peran diakones (wanita dengan beberapa latar belakang pendidikan yang dipilih oleh gereja untuk memberikan perawatan kepada orang sakit) memberikan kesempatan kepada perempuan sebagai cara yang berarti untuk berpartisipasi dalam pekerjaan Gereja. Sejak itu mulai berkembanglah ilmu keperawatan. Diakenes sering kali adalah ibu atau janda Romawi dengan beberapa latar belakang pendidikan yang dipilih oleh uskup gereja untuk mengunjungi dan merawat orang sakit di rumah mereka. Fabiola adalah seorang diakon yang mendirikan dan mengoperasikan rumah sakit Kristen pertama

di Roma. Diakones Phoebe sering disebut sebagai "perawat yang berkunjung" pertama karena melakukan asuhan keperawatan ahli di rumah pasien. Sepanjang jaman kuno, perawatan yang lebih disukai, dan seringkali paling aman, adalah disediakan di rumah sendiri, di mana seseorang dirawat oleh anggota keluarga, kerabat, atau teman. Perawatan di rumah sakit hanya digunakan oleh mereka yang tidak mempunyai anggota keluarga terdekat. Pasien yang dirawat diambil dari rumah mereka, orang-orang yang dikucilkan atau yang melarat.

Salah satu yang dapat dilihat pada masa pemerintahan Lord Constantine, yang mendirikan Xenodheoum atau hospes, yaitu tempat penampungan orang yang membutuhkan pertolongan terutama bagi orang yang sakit yang memerlukan pertolongan dan perawatan. Dahulu rumah sakit dimulai oleh anggota komunitas religius-biarawati dan biksu yang mengabdikan hidup mereka untuk merawat orang sakit. Salah satu contohnya adalah biara hospital di Beaune di Prancis, di mana orang sakit dirawat di tempat tidur yang berjajar di dinding yang mengelilingi altar utama gereja biara. Contoh lain adalah Hôtel-Dieu di Paris, sebuah rumah sakit yang dioperasikan oleh para suster Augustinian, yang didirikan oleh uskup Paris pada tahun 651 M. Sejak didirikan, rumah sakit telah memiliki catatan perawatan yang tak terputus "untuk semua yang menderita." Catatan dari rumah sakit ini memberikan banyak wawasan menarik tentang keadaan perawatan medis dan keperawatan selama Abad Pertengahan. Lebih dari satu pasien ditempatkan di setiap tempat tidur, dengan kaki satu pasien berlawanan dengan wajah lain. Karena pasien tidak menerima diagnosis saat masuk, pasien dengan patah kaki mungkin ditempatkan di tempat tidur yang sama dengan pasien cacar dan tuberkulosis.

2. Sejarah keperawatan masa penyebaran agama Islam

Pada pertengahan abad VI Masehi, agama Islam mulai berkembang. Pengaruh agama Islam terhadap perkembangan keperawatan tidak terlepas keberhasilan Nabi Muhammad SAW menyebarkan agama Islam. Memasuki abad VII Masehi, agama Islam tersebar ke berbagai pelosok Negara. Pada masa itu di Jazirah Arab berkembang pesat ilmu

pengetahuan seperti ilmu pasti, ilmu kimia, hygiene dan obat-obatan. Prinsip dasar keperawatan kesehatan seperti pentingnya menjaga kebersihan makanan, air dan lingkungan berkembang sangat pesat. Tokoh keperawatan yang terkenal dari Arab adalah Rafida.

3. Sejarah keperawatan abad pertengahan

Pada abad pertengahan, banyak kemajuan dan inovasi yang diterapkan dalam industri keperawatan selama tahun-tahun ini, membantu membentuk beberapa akar keperawatan modern. Selama periode waktu ini, industri sebagian besar masih didasarkan pada agama, dengan sebagian besar perawat adalah biarawati dan biksu. Rumah sakit berfungsi dalam berbagai cara, menampung penderita kusta dan pengungsi di antara pasien yang sakit dan terluka. Karena hal inilah peran perawat dalam rumah sakit melibatkan tugas yang lebih luas daripada yang terlihat saat itu.

Sekitar akhir 500-an hingga awal 600-an, rumah sakit Spanyol pertama didirikan di Merida, Spanyol, perawat berasal oleh gereja Katolik. Mereka secara eksplisit diberitahu untuk merawat semua orang sakit, tidak peduli negara asal mereka atau agama yang mereka anut. Sementara banyak dari rumah sakit Eropa ini mulai rusak pada tahun 800-an, Kaisar Charlemagne mengambil keputusan untuk memulihkan dan melengkapi rumah sakit ini dengan semua peralatan medis terbaru pada waktu itu. Kaisar juga menuntut agar rumah sakit harus dilampirkan ke setiap katedral dan biara di Eropa, yang membantu memacu permintaan akan lebih banyak perawat.

Pada awal abad 10 dan 11 keperawatan mulai berkembang, terutama karena sejumlah aturan yang berbeda di Eropa. Pertama, biara-biara mulai menampung rumah sakit di dalam bangunan mereka, serta rumah sakit terpisah, meskipun ini hanya untuk digunakan oleh mereka yang diidentifikasi sebagai religius. Di dalam biara-biara ini, perawat dibuat untuk menyediakan pasien dengan jenis layanan apa pun yang mereka minta atau butuhkan, bahkan di luar layanan perawatan kesehatan umum. Model keperawatan ini menjadi semakin populer di banyak negara, terutama di Jerman dan Prancis, memberikan garis besar umum tentang

bagaimana perawat diharapkan untuk merawat pasien mereka saat ini. Perawat sering diminta untuk memberikan bantuan dan perawatan dengan melakukan perjalanan ke daerah tetangga untuk melakukan panggilan ke rumah.

Tidak hanya banyak biara yang menampung rumah sakit, pada saat itu juga setiap gereja diharuskan memiliki rumah sakit yang terdapat di dalam bangunan tersebut. Namun, gereja-gereja ini lebih sulit untuk dipelihara daripada rekan-rekan biara mereka, sebagian besar karena fakta bahwa biara ada di pedesaan, sementara gereja sering didirikan di kota, yang berarti bahwa lebih banyak orang akan membutuhkan layanan perawat dan dokter. Oleh karena itu, imam di setiap gereja diminta untuk membantu rumah sakit yang berada di dalam gereja mereka. Ini terbukti berhasil baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang dan memungkinkan Jerman untuk membangun lebih dari 150 rumah sakit antara tahun 1200 dan 1600, memperluas peran perawat di Eropa secara dramatis.

Pertengahan 1000-an juga melihat peningkatan apa yang dikenal sebagai rumah amal, karena mereka dibawa ke Inggris oleh Normandia selama penaklukan mereka dan akhirnya penangkapan negara itu. Jenis fasilitas perawatan kesehatan ini berbeda dengan gereja dan biara, karena sebagian besar perawat menyediakan sedekah dan obat-obatan lain kepada pelanggan tertentu yang lebih kaya. Sedekah, khususnya, digunakan dalam persiapan pemakaman, sehingga menjadi sangat dicari. Model bantuan ini jelas baru yang terlihat di masa lalu dan tampaknya mengantarkan era baru keperawatan.

Ketika Eropa memasuki awal abad ke-17, keperawatan secara keseluruhan menjadi sangat berkurang karena berbagai alasan. Pertama, sebagian besar biara ditutup selama reformasi Protestan, serta rumah sakit di dalamnya. Para biarawati yang selama ini bekerja sebagai perawat terpaksa meninggalkan profesinya dan tinggal di rumah. Keperawatan sebagian besar mengalami stagnasi antara abad ke-17 dan ke-18 di Eropa, karena tidak cukup rumah sakit yang tersedia. Di beberapa wilayah Eropa di mana aturan Protestan belum menyebar dan

umat Katolik masih memegang kendali, peran perawat sebagian besar tetap sama, hanya berkurang dalam jumlah. Mereka yang mempraktikkan keperawatan mulai mengembangkan layanan baru, terutama tindakan menawarkan perawatan kepada mereka yang berada dalam warisan pelindung mereka. Saat tinggal di perkebunan, perawat ini sering diminta untuk melakukan tugas yang biasanya dilakukan oleh apoteker, dokter, dan ahli bedah.

Akar keperawatan modern mulai terbentuk pada abad ke-18 dan ke-19. Selama tahun-tahun ini, Inggris dan Amerika Utara berada di garis depan inovasi dalam industri, meskipun masing-masing memperkenalkan berbagai bentuk keperawatan ke pasar.

4. Florence Nightingale dan Asal Usul keperawatan professional

Florence Nightingale adalah wanita yang tidak hanya mereformasi keperawatan seperti yang ada pada saat itu, tetapi juga meletakkan dasar untuk keperawatan sebagai sebuah profesi. Florence Nightingale lahir di kota Italia adalah anak kedua, lahir dari keluarga kaya Inggris pada tanggal 12 Mei 1820. Ketika keluarganya kembali ke Inggris, Tn.Nightingale mengambil alih pendidikan putri-putrinya. Florence dididik dalam bahasa Yunani dan Latin, matematika, ilmu alam, sastra kuno dan modern, Jerman, Prancis, dan Italia. Diasumsikan bahwa Florence akan mengikuti jalan tradisional yang ditentukan untuk wanita kelas atas selama era Victoria, termasuk pernikahan dan pemeliharaan sebuah keluarga. Meskipun Florence didekati oleh berbagai pelamar kaya, dia menolak pendekatan mereka, menyatakan bahwa dia malah percaya dia telah dipanggil untuk mendedikasikan hidupnya untuk melayani kemanusiaan. Orang tua Nightingale pada awalnya terkejut dengan keinginannya untuk merawat orang sakit, karena pekerjaan seperti itu dianggap tidak pantas untuk wanita sekelasnya. Sebagai anggota setia Gereja, mereka bahkan lebih terkejut dengan sarannya bahwa dia mungkin mencari ke biara suster perawat Katolik Irlandia. Seiring waktu mereka setuju untuk kehadirannya selama 2 minggu di Rumah Diakon Pastor Fliedner dan Rumah Sakit di Jerman. Pada Juli 1851, dia dapat kembali ke Kaiserswerth untuk 3 bulan, selama waktu itu

dia bekerja dengan para diaken, belajar dasar informasi tentang perawatan pasien, dan mengamati metode instruksi Flidners tion dalam keperawatan. Ketika Nightingale kembali ke Inggris, dia ditunjuk sebagai pengawas dari Rumah Sakit Upper Harley Street, rumah sakit kecil untuk wanita sakit dan lanjut usia kalangan atas yang pernah mengalami kesulitan keuangan. Selama waktunya di posisi ini, dia juga melakukan perjalanan ke Paris untuk mengamati pekerjaan rumah sakit Catholic Sisters of Charity, dan menjadi sukarelawan sebagai perawat di Rumah Sakit Middlesex selama epidemi kolera di sana. Pada tahun 1854, Perang Krim pecah, di mana Rusia mengobarkan perang melawan pasukan gabungan Inggris, Prancis, dan Turki. Nightingale terkejut mengetahui bahwa tingkat kematian tentara Inggris sebanyak 41 persen. Lebih mengganggu adalah fakta bahwa sementara Prancis memiliki biarawati perawat untuk merawat pasukan mereka, tentara Inggris kekurangan perawat. Faktanya, sebagian besar tentara Inggris adalah meninggal karena cedera yang terjadi di medan perang. Dari hasil observasi asuhan keperawatan yang diberikan di rumah sakit di luar negeri, dan praktik pengalaman dalam keperawatan, dia memiliki pengetahuan yang jauh lebih besar tentang unsur-unsur keperawatan daripada mayoritas pekerja medis pada masanya.

Menggunakan pengaruh politiknya, Nightingale meminta izin untuk dirinya dan sekelompok wanita yang ditarik dari kelas atas untuk melakukan perjalanan ke Krim dan untuk merawat yang sakit dan terluka. Karena Nightingale percaya bahwa kotoran, bukan mikropatogen scopic, adalah penyebab penyakit, dia memulai kampanye untuk menggosok dan membersihkan barak tentara dan bangsal rumah sakit, dan membiarkan sinar matahari masuk dan udara segar. Dalam beberapa bulan, jumlah kematian menurun drastis. Setelah mempelajari prinsip-prinsip statistik dari bimbingan ayahnya, sepenuhnya mendokumentasikan hasil perawatannya dan menggunakannya sebagai dasar untuk lebih lanjut intervensi. Melalui karyanya, ia meletakkan dasar untuk praktik berbasis bukti modern. Ketika Nightingale kembali ke Inggris, dia dipuji sebagai pahlawan wanita. Orang-orang Inggris

memberikan pengakuan hasil kerjanya, dan membentuk dana perwalian untuk digunakan atas kebijaksanaannya. Melalui Dana Nightingale ini, dia mendirikan Nightingale School of Nursing di Rumah Sakit St. Thomas di London untuk pendidikan perawat profesional. Sekolahnya beda dari bentuk pendidikan keperawatan sebelumnya karena mahasiswa perawat menerima kelas dalam teori ditambah dengan pengalaman klinis di bangsal rumah sakit. Selain itu, satu set kurikulum membimbing pengalaman siswa, sehingga selama program mereka, mereka menerima pelatihan dalam berbagai aspek asuhan keperawatan untuk pasien di banyak bidang khusus rumah sakit. Karena Sekolah Nightingale memiliki Dana Nightingale sebagai basis keuangannya, pengalaman siswa direncanakan oleh Nightingale dan instrukturnya. Penekanan ditempatkan pada yang tepat pendidikan perawat, bukan pada kebutuhan rumah sakit. Florence Nightingale dikenal dengan nama “the lady of the lamp.” Kontribusi Florence bagi perkembangan keperawatan: nutrisi merupakan bagian terpenting dari asuhan keperawatan, okupasi dan rekreasi merupakan terapi bagi orang sakit, manajemen RS, mengembangkan pendidikan keperawatan, perawatan berdiri sendiri, berbeda dengan profesi kedokteran, pendidikan berlanjut bagi perawat.



Gambar Florence Nightingale

5. Keperawatan modern di Eropa

Karena pengaruh Florence Nightingale, keperawatan sebagai profesi menjadi seperti sekarang ini, meskipun Eropa dan AS menawarkan kemajuan yang berbeda sepanjang periode hingga sekarang. Sedangkan

untuk Eropa, profesi keperawatan berkembang ketika, pada tahun 1860, Nightingale membuka sekolah perawat pertama di London, yang dikenal sebagai Sekolah Perawat Florence Nightingale. Ini membantu membuka jalan bagi semakin banyak sekolah yang didirikan dan dibuka secara resmi bagi calon perawat untuk menerima pelatihan dan pendidikan aktual untuk bidang yang mereka masuki, sehingga memberikan akar bagi keperawatan modern.

Sementara Florence Nightingale adalah salah satu perawat paling populer dalam sejarah, tidak dapat dipercaya bahwa dia adalah satu-satunya tokoh terkemuka di bidang keperawatan. Bahkan, ada beberapa orang lain yang membantu memberikan kemajuan keperawatan di tahun 1800-an. Misalnya, Clarissa Harlowe Barton adalah seorang perawat yang mendirikan Palang Merah Amerika segera setelah Perang Saudara, sementara Linda Richards dan Agnes Elizabeth Jones membantu mendirikan sejumlah sekolah perawat di seluruh AS dan Jepang selama pertengahan hingga akhir 1800-an. Para wanita ini bekerja tanpa lelah untuk memberikan perawatan kesehatan berkualitas tinggi kepada siapa pun yang membutuhkannya, memberikan model keperawatan yang masih ada sampai sekarang.

Di Eropa, Jerman, Prancis, dan Inggris berada di garis depan dalam membawa keperawatan ke era modern. Jerman membawa kembali apa yang dikenal sebagai diakon di awal 1800-an. Seorang diakones pada dasarnya adalah seorang perawat yang bertugas memberikan perawatan kesehatan bagi wanita lain di daerah tersebut. Terlepas dari kenyataan bahwa semua diakones telah menghilang selama beberapa abad sebelum itu, mereka dibawa kembali oleh Theodor Fliedner pada tahun 1836 ketika dia membuka rumah induk diakones yang terletak di dekat sungai Rhine. Langkah ini memungkinkan pintu air terbuka di Jerman, mempopulerkan bentuk perawatan ini. Pada awal abad ke-20, dilaporkan ada lebih dari 5.000 diakon di seluruh Eropa, terutama Jerman. Jumlah ini membengkak menjadi hampir 50.000 pada akhir 1950-an. Bahkan, diakones ditemukan berada di negara lain juga, seperti AS dan Kanada.

Adapun Prancis, mereka juga tampak tertarik dalam berkontribusi pada profesi keperawatan di akhir 1800-an dan awal 1900-an. Di Prancis, keperawatan sebagian besar masih berpusat di sekitar agama. Dalam hampir 1.500 rumah sakit yang berlokasi di seluruh Prancis, staf perawat terdiri dari lebih dari 10.000 biarawati Katolik pada tahun 1870. Jumlah ini bahkan meningkat dalam 40 tahun ke depan menjadi 15.000. Namun, pada awal abad ke-20, pemerintah Prancis bergerak untuk menciptakan sistem di mana rumah sakit menjadi lebih sekuler, agar rumah sakit menerima dukungan yang tepat yang mereka butuhkan dari luar gereja. Ini memungkinkan kualitas perawatan yang lebih baik untuk semua pasien. Perang Dunia pertama memberikan ledakan besar untuk keperawatan di dalam negeri. Sementara banyak perawat yang bergabung dengan barisan selama ini tidak terlatih dan tampaknya meninggalkan profesi tidak lama setelah perang berakhir, itu membawa fokus yang lebih besar pada keperawatan oleh Prancis yang hilang sebelum itu, yang selanjutnya ditandai dengan penawaran dari diploma nasional keperawatan pada tahun 1922. Ratu Victoria dari Inggris mulai menugaskan Rumah Sakit Umum Militer untuk dibuat pada tahun 1860-an, dimulai dengan Rumah Sakit Royal Victoria. Langkah ini sebagian besar disebabkan karena kebutuhan untuk perawatan dalam Perang Krimea.

Rumah sakit militer ini dikembangkan semata-mata untuk memberikan perawatan kepada tentara dan pasien militer. Dengan demikian, banyak perawat di seluruh Eropa mulai ditunjuk langsung ke rumah sakit ini sekitar waktu itu. Namun, satu hal yang masih menonjol adalah bahwa banyak perawat yang tersedia pada saat itu tidak terlatih, baik dalam profesi maupun dalam cara menangani kondisi yang sangat merugikan yang ditimbulkan selama masa perang. Sementara perawatan kesehatan yang diberikan berguna dan masih membantu menyelamatkan nyawa, menjadi jelas bahwa perawat perlu menjalani semacam pelatihan untuk menjadi lebih siap untuk menangani semua jenis kondisi.

6. Keperawatan modern di Amerika Serikat

Keperawatan di Amerika Serikat mengambil jalan yang jelas berbeda dari di negara-negara serupa. Karena tidak adanya benteng Katolik di Amerika, bidang keperawatan tidak terdiri dari biarawati. Keperawatan secara resmi dimulai pada awal 1700-an ketika rumah amal pertama dibuka di Philadelphia. Namun, banyak rumah sakit yang didirikan di Amerika Serikat yang terus berkembang selama 2 abad berikutnya sebagian besar berasal dari ketakutan pemerintah daerah akan penyakit yang menyebar ke populasi yang lebih kaya. Oleh karena itu, mereka tidak menerima dana yang layak yang akan memungkinkan untuk pelatihan perawat.

Peran perawat di rumah sakit ini selama periode waktu ini merawat orang tua yang sakit, seperti flu dan pilek. Rumah-rumah derma ini jarang dilengkapi untuk menangani penyakit nyata yang perlu segera diobati. Sebagian besar perawat menghabiskan waktu mereka merawat luka tentara dalam Perang Saudara, serta bergabung dengan Palang Merah Amerika segera setelah perang. Tidak sampai awal abad ke-20 bahwa kemajuan aktual dan modernisasi dalam bidang keperawatan mulai terjadi. Ada sejumlah faktor yang berkontribusi pada peningkatan umum dalam keperawatan. Yang pertama berkisar pada keadaan sekolah perawat yang sudah ada saat ini. Sementara sekolah-sekolah ini agak berguna dalam melatih perawat, mereka hanya dikendalikan oleh perawat. Meskipun ini memang memiliki kelebihan, mereka tidak memiliki sumber daya yang cukup untuk berinovasi dengan benar dan memajukan profesi secara keseluruhan. Ini berubah pada tahun 1900 ketika sekolah menjadi dikendalikan oleh rumah sakit sebagai gantinya, memungkinkan pendekatan pelatihan yang lebih langsung, yang terbukti sangat berguna dalam memberikan calon perawat alat yang diperlukan untuk berlatih secara efisien.

Sebelum ini, perawat dalam pelatihan hanya akan belajar melalui buku-buku medis yang diajarkan kepada mereka. Perubahan di sekolah ini memungkinkan penekanan yang lebih besar untuk ditempatkan pada perolehan gelar keperawatan, yang membuka jalan bagi total 294.000

perawat terlatih, pada akhir 1920-an, dibandingkan dengan sekitar 150.000 perawat tidak terlatih. Pada saat ini, sebagian besar perawat ini adalah wanita. Salah satu program keperawatan yang lebih ambisius dibawa ke Amerika adalah Frontier Nursing Service, yang didirikan oleh Mary Breckinridge. Organisasi ini dirancang untuk memberikan asuhan keperawatan kepada warga miskin yang tinggal di daerah pedesaan AS, yang semakin memperluas cakupan dan definisi semua yang terkait dengan keperawatan.

7. Keperawatan Pasca Perang Dunia I di Eropa dan Amerika Serikat

Banyak kemajuan modern dalam keperawatan terjadi setelah Perang Dunia I dan memasuki Perang Dunia II, ketika teknologi mulai mengambil peran yang lebih besar di dunia. Pada awal Perang Dunia I, kehadiran perawat Inggris sangat rendah, dengan lebih dari 10.000 perawat terdaftar di 2 layanan keperawatan militer utama di daerah tersebut, termasuk Layanan Perawatan Angkatan Udara Kerajaan Putri Mary dan Layanan Perawatan Militer Kekaisaran Ratu Alexandra.

Perawat yang terdaftar dalam layanan ini diurutkan menjadi Perawat Staf, Suster, Kepala Sekolah dan Kepala Matron. Meskipun kehadiran perawat di Inggris saat ini rendah, perang menciptakan kebangkitan di seluruh negeri. Misalnya, pada awal perang, diperkirakan ada lebih dari 2.200 anggota di Layanan Perawatan Ratu Alexandra, sementara jumlah ini membengkak menjadi lebih dari 10.000 perawat pada akhir perang.

Di AS dan negara-negara lain, Perang Dunia II terbukti lebih bermanfaat dalam hal bagaimana hal itu mendorong pemerintah masing-masing untuk memberikan lebih banyak dukungan untuk keperawatan. Di Inggris, perawat yang terlibat dalam layanan QAIMNS yang disebutkan sebelumnya akan bepergian dengan tentara ke medan perang setiap kampanye yang dilakukan Inggris selama perang. Sementara perawat tidak ditugaskan sebagai perwira pada awal perang, mereka segera diberi kemampuan untuk mendapatkan pangkat, hingga Brigadir, karena fakta bahwa mereka sebagian besar menghadapi kondisi mengerikan yang sama dengan para prajurit itu sendiri.

Profesi keperawatan di Amerika Serikat menjadi sepopuler saat ini terutama karena fokusnya yang besar dalam Perang Dunia II. Banyak wanita dari seluruh negeri putus asa untuk memberikan perawatan kepada para prajurit yang berperang di seberang lautan. Dengan demikian, seluruh prospek menjadi menarik, karena perawat disebut pahlawan lebih dari sebelumnya selama periode ini. Hal ini menyebabkan ribuan wanita menjadi sukarelawan untuk tujuan tersebut. Terlepas dari kenyataan bahwa banyak perawat masuk tanpa pelatihan, mereka menerima banyak pelatihan khusus saat berada di luar negeri dengan menangani secara langsung kekejaman yang mereka hadapi di depan. Karena itu, mereka membawa pulang seperangkat peralatan besar keterampilan setelah perang yang berharga dalam profesi medis.

Pemerintah memperhatikan hal ini dan menempatkan jutaan dolar ke dalam industri perawatan kesehatan yang terus berkembang, tepat pada saat era teknologi dimulai, memungkinkan peningkatan inovasi medis. Misalnya, semakin banyak sekolah mulai menawarkan kursus keperawatan tambahan yang akan mengarah pada perawat berlisensi dan terdaftar, serta program keperawatan Magister dan Doktor masing-masing pada tahun 1950-an dan 70-an. American Nurses Association juga melihat penerbitan American Journal of Nursing, yang memungkinkan perawat dan dokter untuk tetap up-to-date pada studi dan penelitian terbaru yang berkaitan dengan lapangan.

Abad ke-20 juga membuka jalan bagi peran perawat yang lebih besar dan lebih luas, memperkenalkan sejumlah bidang berbeda di mana perawat dapat berspesialisasi, termasuk perawatan khusus seperti ortopedi, trauma, perawatan kritis, pediatri dan keperawatan neonatal. Selama bertahun-tahun menjelang hari ini, keperawatan juga melihat pergeseran dari deskripsi khas asisten dokter untuk melakukan banyak tugas ini sendiri, termasuk segala sesuatu mulai dari melakukan prosedur hingga meresepkan obat. Faktanya, di industri saat ini, perawat dapat memilih untuk menerima pelatihan lebih dari 200 spesialisasi perawatan kesehatan yang unik.

8. Pekerjaan keperawatan umum di industri saat ini

Ketika melihat bagaimana profesi keperawatan telah berkembang sejak awal ketika perawat sebagian besar adalah biarawati katolik hingga industri yang ramai seperti sekarang ini, penting untuk dipahami bahwa alasan terjadinya hal ini terutama disebabkan oleh spesialisasi tambahan yang dapat dipilih oleh perawat saat ini dan calon perawat. Karena keperawatan umumnya semua tentang perawatan seseorang, tugas perawat dapat mencakup berbagai macam praktik yang berbeda. Beberapa di antaranya yang paling umum termasuk pediatri, neonatal, disabilitas, komunitas kesehatan wanita, keluarga dan keperawatan ortopedi, antara lain. Hal ini memungkinkan sejumlah besar keragaman dalam bidang keperawatan yang tidak pernah digunakan untuk hadir sebelum 50 tahun terakhir atau lebih.

9. Pendidikan yang dibutuhkan perawat saat ini

Sementara di akhir 1800-an dan 1900-an, mereka yang ingin menjadi perawat hanya akan pergi ke sekolah dan mencapai sertifikasi keperawatan, sekarang mungkin untuk menghadiri sekolah perawat dan memilih sejumlah gelar untuk lulus. Misalnya di AS, calon perawat dapat memilih diploma keperawatan, yang hanya membutuhkan 3 tahun studi dan sejumlah jam kerja berbasis rumah sakit. Jenis gelar ini adalah gelar keperawatan tertua dan telah ada sejak akhir 1800-an. Saat ini, siswa memiliki pilihan tambahan untuk memilih untuk mengejar gelar associate dalam keperawatan, serta gelar sarjana, gelar master atau bahkan gelar doktor dalam keperawatan. Setiap gelar membutuhkan tahun studi ekstra, meskipun juga memberikan siswa peluang karir yang lebih baik dalam bidang keperawatan setelah lulus. Setelah memperoleh salah satu dari jenis gelar ini, siswa kemudian akan memiliki kesempatan untuk mengikuti ujian lisensi dan menjadi perawat teregistrasi. Peran perawat di dunia telah berkembang secara pesat dalam 2 abad terakhir, keperawatan akan terus tumbuh menjadi aspek yang lebih penting dari industri perawatan kesehatan di tahun-tahun mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Alex. (2020). The History & Evolution of Nursing. Diakses dari <https://clipboardhealth.com/history-of-nursing>
- Budiono & Pertami, Sumira Budi. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- Iskandar. (2013). Keperawatan Profesional. Jakarta: In Media.
- Kozier dkk. (2015). Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktik Volume 7. Jakarta: EGC.
- The history of nursing. Diakses dari <https://www.nursingschoolhub.com/history-nursing/>
- Yulianingsih. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Media.

PROFIL PENULIS



Ros Endah Happy Patriyani, S.Kp., Ns., M.Kep, lahir di Surakarta, 18 Mei 1973. Sejak tahun 1998-sekarang sebagai dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surakarta dan aktif mengajar berbagai mata kuliah: Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, dan Promosi Kesehatan. Menyelesaikan pendidikan dari Akademi Keperawatan Panti Kosala Surakarta pada tahun 1994. Pada tahun 1998 melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di PSIK FK UNDIP Semarang, lulus tahun 2002. Pada tahun 2009 lulus dari Program Studi Magister Keperawatan FIK UI. Sekarang sedang menempuh pendidikan Doktorat di UNS.

BAB II

SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DI INDONESIA

Suci Rahayu Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika
Kotamobagu

A. SEJARAH KEPERAWATAN INDONESIA

Di Indonesia profesi perawat merupakan profesi yang penting dalam turut meningkatkan derajat kesehatan individu maupun derajat kesehatan masyarakat. Data Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Kemetrologian (PPSDMK) Kementerian Kesehatan pada tahun 2011 mencatat dari 668.704 orang tenaga kesehatan yang ada di Indonesia, jumlah tenaga perawat merupakan yang terbesar (sebanyak 220.575 orang atau 60% dibanding jumlah tenaga kesehatan lainnya). Tenaga perawat sebagai salah satu komponen utama pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran penting karena terkait langsung dengan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kompetensi dan pendidikan yang dimilikinya. Berdasarkan catatan sejarah, keberadaan perawat di Indonesia diperkirakan bermula pada awal abad ke 19. Saat itu keberadaan perawat dikarenakan upaya tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik

Sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia, yang tidak terlepas dari sejarah kemerdekaan bangsa Indonesia itu sendiri, yaitu ketika bangsa Indonesia masih berada dalam penjajah bangsa Belanda, Inggris dan Jepang. Dalam perkembangannya, keperawatan di Indonesia di bagi menjadi 2 periode.

Keberadaan perawat di Indonesia dimulai dari datangnya penjajah Belanda ke Indonesia. Pada saat itu, pemerintah Belanda membentuk

Velpeder, yaitu perawat yang berasal dari penduduk pribumi, untuk merawat orang sakit dibantu oleh Zieken Oppaser.

Hal tersebut ditindaklanjuti oleh Pemerintah Belanda dengan mendirikan rumah sakit yang bernama Binen Hospital di Jakarta pada tahun 1799. Pada jaman penjajahan Inggris (1812 – 1816), walaupun saat itu pimpinan VOC – Raffles – sangat memperhatikan kondisi kesehatan rakyat, namun dunia keperawatan tidak mengalami perkembangan yang signifikan.

Baru pada tahun 1816 – 1942, dunia keperawatan di Indonesia mulai berkembang. Hal ini bisa dilihat dari gencarnya pembangunan rumah sakit yang berdiri hampir bersamaan pada kurun waktu tersebut yang mana diantaranya adalah RS. PGI Cikini Jakarta, RS. ST Carollus Jakarta, RS. ST. Boromeus di Bandung, RS Elizabeth di Semarang. Bersamaan dengan itu berdiri pula sekolah-sekolah perawat. Tahun 1942 – 1945, tepatnya saat penjajahan Jepang, dunia keperawatan di Indonesia kembali mengalami kemunduran akibat dari kurangnya perhatian pemerintahan Jepang.

B. PROFESI PERAWAT DI INDONESIA

Perawat disebut profesi karena sejatinya perawat memenuhi seluruh syarat untuk disebut sebagai suatu profesi, yang mana menurut Syafruddin Nurdin ada sepuluh kriteria yang harus dipenuhi oleh suatu pekerjaan agar dapat disebut dengan suatu profesi, yaitu :

1. Panggilan hidup yang sepenuh waktu
2. Pengetahuan dan kedakapan atau keahlian
3. Kebakuan yang universal
4. Kecakapan diagnostik dan kompetensi aplikatif
5. Otonomi
6. Kode etik
7. Klien
8. Berprilaku pamong
9. Pengabdian
10. Bertanggung jawab

Sementara Ahmad Tafsir mengemukakan kriteria/syarat sebuah pekerjaan yang bisa disebut profesi adalah sebagai berikut :

1. Profesi harus memiliki suatu keahlian yang khusus
 2. Profesi harus diambil sebagai pemenuhan panggilan hidup
 3. Profesi memiliki teori-teori yang baku secara universal
 4. Profesi diperuntukkan bagi masyarakat
 5. Profesi harus dilengkapi dengan kecakapan diagnostic dan kompetensi yang aplikatif
 6. Profesi memegang otonomi dalam melakukan profesinnya
 7. Profesi memiliki kode etik
 8. Profesi memiliki klien yang jelas
 9. Profesi memiliki organisasi profesi
 10. Profesi mengenali hubungan profesinya dengan bidang-bidang lain
- Dari keduanya, perawat memenuhi kesemua ciri dan kriteria tersebut yang mana ;

1. **Perawat berdasar kepada ilmu dan kiat keperawatan**
 - a. Ilmu keperawatan: sintesa dari ilmu keperawatan dasar, ilmu keperawatan klinik, ilmu biomedik, ilmu jiwa (psikologi) dan ilmu sosial.
 - b. Kiat Keperawatan (Nursing Arts) lebih difokuskan pada kemampuan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan sentuhan seni (menggunakan kiat-kiat tertentu) dalam upaya memberikan kepuasan dan kenyamanan pada klien.
2. **Bersifat Komprehensif**
 - a. Pelayanan keperawatan bersifat komprehensif karena asuhan keperawatan yang diberikan bersifat menyeluruh meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual dalam kehidupan manusia.
3. **Merupakan Bagian Integral dalam Pelayanan Kesehatan**
 - a. Pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medis (kedokteran), pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang kesehatan (gizi, farmasi, laboratorium, dsb). Pelayanan keperawatan merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan dan tidak dapat dipisahkan dari pelayanan kesehatan.

4. Mencakup Siklus Kehidupan Manusia

- a. Asuhan keperawatan dapat diberikan pada klien sejak dalam kandungan sampai sakaratul maut. Atas dasar ini dikenal spesialisasi pelayanan keperawatan.

Ke empat hal tersebut, kembali ditegaskan dengan lahirnya Undang-undang nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan yang mana menjelaskan bahwa ;

1. Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, atau kelompok baik dalam keadaan sehat maupun sakit.
2. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik didalam maupun di luar negeri yang diakui pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.
3. Pelayanan Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan kepada individu, kelompok, atau masyarakat dalam keadaan sehat maupun sakit.

Karenanya, sebagai sebuah profesi yang melaksanakan asuhan dan praktik keperawatan, seorang perawat dituntut untuk memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) sebagai bukti tertulis dan pencatatan resmi yang dikeluarkan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia.

Untuk Memperoleh STR tersebut, seorang calon perawat profesional harus memilikidua jenis sertifikat terlebih dahulu, yaitu ;

1. Sertifikat kompetensi : sebagai surat tanda pengakuan kompetensi perawat yang sudah lulus uji kompetensi.
2. Sertifikat profesi : yang diperoleh lulusan pendidikan keperawatan sebagai surat tanda pengakuan untuk melakukan praktik keperawatan.

D. MASA SEBELUM KEMERDEKAAN

Pada masa itu, negara Indonesia masih dalam penjajahan Belanda. Perawat berasal dari Indonesia disebut sebagai Verpleger dengan dibantu oleh zieken oppasser sebagai penjaga hospital yang terletak di Jakarta pada tahun 1799 yang di tugaskan untuk memelihara kesehatan staff dan tentara Belanda.

Akhirnya, pada masa Belanda terbentuklah dinas kesehatan tentara dan dinas kesehatan rakyat. Kemudian pada masa penjajahan Inggris, yaitu Raffles, mereka memperhatikan kesehatan rakyat dengan moto “kesehatan adalah milik manusia dan pada saat itu pula telah diadakan berbagai usaha dalam memelihara kesehatan, diantaranya usaha pengadaan, pencacaran secara umum, membenahi cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa dan memerhatikan kesehatan para tawanan. Beberapa rumah sakit di bangun khususnya di Jakarta tahun 1819, didirikan rumah sakit Stadverband, kemudian pada tahun 1919 rumah sakit tersebut pindah ke Salemba dan sekarang dikenal dengan nama RSCM (Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo), kemudian diikuti rumah sakit milik swasta. Pada tahun 1942 – 1945, terjadi kekalahan tentara sekutu dan kedatangan tentara Jepang. Perkembangan keperawatan mengalami kemunduran.

E. MASA SETELAH KEMERDEKAAN

Pada tahun 1949, telah banyak rumah sakit yang didirikan serta balai pengobatan. Dalam rangka memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan pada tahun 1952, didirikan sekolah perawat, kemudian pada tahun 1962 telah dibuka pendidikan keperawatan serta dengan diploma. Pada tahun 1985, untuk pertama kalinya dibuka pendidikan keperawatan setingkat dengan sarjana yang dilaksanakan di Universitas Indonesia dengan nama program studi Ilmu Keperawatan dan akhirnya dengan berkembangnya ilmu keperawatan maka menjadi sebuah fakultas Ilmu Keperawatan dan beberapa tahun kemudian diikuti berdirinya pendidikan keperawatan setingkat S-1 di berbagai universitas di Indonesia seperti di Bandung, Yogyakarta, Surabaya dan di tempat lainnya.

F. DAMPAK SEJARAH TERHADAP PROFIL PERAWAT INDONESIA

Sistem hegemoni yang di terapkan oleh bangsa Eropa menjajah Indonesia telah memberi dampak yang sangat besar pada seluruh kehidupan ini, termasuk profesi perawat. Sesuai dengan konsep hegemoni, posisi perawat disini sebagai subaltern yang terus menerus berada dalam cengkeraman

kekuasaan dokter Belanda (penjajah). Kondisi ini menyebabkan perawat berada pada posisi yang termarginalkan. Keadaan ini berlangsung selama berabad-abad sampai akhirnya terbentuk formasi kultural pada tubuh perawat. Posisi perawat sebagai subaltern yang tunduk dan patuh mengikuti apa keinginan penjajah lama-kelamaan menjadi bagian dari karakter pribadi perawat itu. Akibatnya, muncul stigma dimasyarakat yang menyebut perawat sebagai pembantu dokter. Karena stigma tersebut, peran dan posisi perawat dimasyarakat semakin termarginalkan. Kondisi semacam ini telah membentuk karakter dalam diri perawat yang akhirnya berpengaruh pada profesi keperawatan secara umum. Perawat menjadi sosok tenaga kesehatan yang tidak mempunyai kejelasan wewenang atau ruang lingkup. Orientasi tugas perawat, dalam hal ini bukan untuk membantu klien mencapai derajat kesehatan yang optimal, melainkan membantu pekerjaan dokter perawat tidak diakui sebagai suatu profesi, melainkan pekerjaan dibidang kesehatan yang aktifitasnya bukan didasarkan atas ilmu, tetapi atas perintah atau instruksi dokter, sebuah rutinitas belaka. Pada akhirnya, timbul sikap manut perawat terhadap dokter.

Dampak lain yang tidak kalah penting adalah berkembangnya perilaku professional yang keliru dari diri perawat. Ada sebagian perawat yang menjalankan praktik pengobatan, yang sebenarnya merupakan kewenangan dokter. Realitas seperti ini sering kita temui dimasyarakat. Uniknya, sebutan untuk perawat pun beragam. Perawat lakilaki biasa disebut mantri, sedangkan perawat perempuan disebut suster akibatnya, perawat terbiasa bekerja layaknya seorang dokter, padahal lingkup kewenangan kedua profesi ini berbeda. Seperti kita ketahui, kultur yang sudah terinternalisasi akan sulit untuk diubah. Dibutuhkan persamaan persepsi dan cita-cita antar perawat, serta kemauan profesi lain untuk menerima dan mengakui perawat sebagai sebuah profesi kesehatan yang professional.

Seperti yang kita ketahui, perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering dan paling lama berinteraksi dengan klien. Asuhan keperawatan yang diberikanpun sepanjang rentang sehat-sakit. Dengan demikian, perawat adalah pihak yang paling mengetahui perkembangan kondisi kesehatan klien secara menyeluruh dan bertanggung jawab atas klien. Walaupun program

terapi sudah dianggap selesai, perawat masih terus berlanjut karena lingkup keperawatan bukan hanya ketika klien sakit, melainkan juga kondisi klien sehat.

Pada saat ini muncul anggapan di masyarakat yang menyebut perawat sebagai pembantu dokter. Karena anggapan tersebut, peran dan posisi perawat di masyarakat semakin termarginalkan. Kondisi semacam ini telah membentuk karakter dalam diri perawat yang pada akhirnya berpengaruh pada profesi keperawatan secara umum. Perawat menjadi sosok tenaga kesehatan yang tidak mempunyai kejelasan wewenang atau ruang lingkup. tugas perawat hanya membantu pekerjaan dokter. Perawat tidak diakui sebagai suatu profesi, melainkan pekerjaan di bidang kesehatan yang aktivitasnya bukan didasarkan atas ilmu, tetapi atas perintah/instruksi dokter—sebuah rutinitas belaka. Pada akhirnya, timbul sikap manut perawat terhadap dokter.

Dampak lain yang tidak kalah penting adalah berkembangnya perilaku profesional yang keliru dari diri perawat. Ada sebagian perawat yang menjalankan praktik pengobatan yang sebenarnya merupakan kewenangan dokter. Realitas seperti ini sering kita temui di masyarakat. Uniknya, sebutan untuk perawat pun beragam. Perawat laki-laki biasa disebut mantri, sedangkan perawat perempuan disebut suster. ini terjadi karena perawat sering kali diposisikan sebagai pembantu dokter. Akibatnya, perawat terbiasa bekerja layaknya seorang dokter, padahal lingkup kewenangan kedua profesi ini berbeda. Tidak menutup kemungkinan, fenomena seperti ini masih terus berlangsung hingga kini. Hal ini tentunya akan menghambat upaya pengembangan keperawatan menjadi profesi kesehatan yang profesional.

Jika kita cermati lebih jauh, hal yang berlaku justru sebaliknya. Dokter seharusnya merupakan bagian dari perawatan klien. Seperti kita ketahui, perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering dan paling lama berinteraksi dengan klien. Asuhan keperawatan yang diberikan pun sepanjang rentang sehat-sakit. Dengan demikian, perawat adalah pihak yang paling mengetahui perkembangan kondisi kesehatan klien secara menyeluruh dan bertanggung jawab atas klien. Sudah selayaknya jika profesi kesehatan lain meminta “izin” terlebih dahulu kepada perawat sebelum berinteraksi dengan klien. Hal yang sama juga berlaku untuk keputusan memulangkan klien. Klien

baru boleh pulang setelah perawat menyatakan kondisinya memungkinkan. Walaupun program terapi sudah dianggap selesai, program perawatan masih terus berlanjut karena lingkup keperawatan bukan hanya pada saat klien sakit, tetapi juga setelah kondisi klien sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi.(2008).Konsep Dasar Keperawatan.Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta
- Bandman, E.L and G. Bandman. 1988. Critical Thinking in Nursing. East Norwalk, CT. Appleton and Lange
- Doenges, M.E., M.F. Moorhouse. 2001. Rencana Perawatan Maternal/Bayi: Pedoman untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien, 2nd ed. Jakarta: Penerbit EGC.
- Gaffar, L.O.J. 1999. Pengantar Keperawatan Profesi. Jakarta: Penerbit EGC. Johnson, M., M. Maas., S. Moorhead. 2000. Nursing Outcomes Classification (NOC), 2nd ed. IOWA Outcomes Project, Mosby.
- Hamalik, Oemar. 2002. Pendidikan Guru Berdasarkan Pendekatan Kompetensi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hidayat A. Aziz Alimul. (2007). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan Eds 2. Salemba Medika: Jakarta
- Iyer, Patricia, W., Donna Bernocchi-Losey and Barbara, J. Taptich. 1995. Nursing Process and Nursing Diagnosis. Philadelphia: W.B. Sanders.
- Priharjo, R. 1996. Pengkajian Fisik Keperawatan. Jakarta: Penerbit EGC. Potter, P.A., A.G. Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep

PROFIL PENULIS



Suci Rahayu Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep dilahirkan pada tanggal 28 Januari 1992 di Lamongan. Merupakan anak pertama dari 2 bersaudara. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 di Program Studi S1 Keperawatan STIKES Graha Medika tahun 2015, kemudian melanjutkan ke jenjang Profesi Ners STIKES Graha Medika dan selesai tahun 2016. Penulis melanjutkan pendidikan di Program Magister di STIK Sint Carolus Jakarta dengan peminatan manajemen keperawatan dan selesai tahun 2020. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen yang memiliki Jabatan Akademik Asisten Ahli di Program Studi S1 Keperawatan Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu. Penulis juga merupakan dosen muda yang aktif dalam kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Di samping sebagai Dosen, penulis juga aktif dalam organisasi Profesi seperti PPNI dan organisasi profesi di bidang kesehatan lainnya. Sehari-harinya bekerja sebagai dosen pengampu mata kuliah Ilmu Dasar Keperawatan, Keperawatan Keluarga, Konsep Dasar Keperawatan, Keperawatan Anak dan sebagainya. Penulis juga aktif sebagai peneliti dan sebagai penulis jurnal maupun buku ajar serta buku ilmiah sesuai dengan bidang ilmu.

BAB III

FALSAFAH KEPERAWATAN

**Endang Caturini Sulistyowati, S.Kep., Ns.M.Kep
Poltekkes Kemenkes Surakarta**

A. PENGERTIAN FALSAFAH KEPERAWATAN

Falsafah dimiliki setiap orang, adanya gagasan, anggapan, pemikiran yang mendalam tentang sesuatu dan sikap batin yang paling dasar serta mengungkapkan pemikiran yang dalam dijadikan sebagai pandangan hidup (KBBI, 2021). Setiap manusia memerlukan falsafah dalam dirinya. Karena dengan falsafah seseorang dapat mengartikan nilai, kepercayaan dan pendapat mereka tentang dunia, dan menginformasikan ide-ide yang dimilikinya (Asmadi, 2008). Falsafah hadir dalam diri seseorang berdasarkan pada pengalaman hidup yang dialaminya, dari cara mereka mengevaluasi suatu pengamatan dan percobaan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya (Lestari, 2018).

Falsafah dalam keperawatan merupakan keyakinan perawat terhadap nilai-nilai yang dimilikinya, yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mengaplikasikan teori keperawatan dan memberikan ruang bagi perawat untuk lebih memahami tentang keperawatan terutama yang berkaitan dengan praktik keperawatan (Mcintyre & Mcdonald, 2013 dalam Lestari, 2018). Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien (Budiono, 2016). Sedangkan menurut Hidayat (2009) bahwa falsafah merupakan pandangan dasar tentang hakekat manusia dan esensi keperawatan yang menandakan kerangka dasar dalam praktek keperawatan. Hakekat yang dimaksud di sini adalah manusia sebagai

mahluk biologis, psikologis, sosial dan spiritual, sedangkan esensinya adalah falsafah keperawatan yang meliputi: *pertama*, memandang bahwa pasien adalah manusia yang utuh (holistik) yang harus dipenuhi segala kebutuhannya; *kedua*, bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan secara langsung dengan mempertahankan aspek kemanusiaan; *ketiga*, setiap orang berhak mendapatkan perawatan tanpa memandang perbedaan suku, kepercayaan, status sosial, agama dan ekonomi; *keempat*, pelayanan keperawatan tersebut merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan mengingat perawat bekerja dalam lingkup tim kesehatan bukan sendiri-sendiri; *kelima*, pasien adalah mitra yang selalu aktif dalam pelayanan kesehatan, bukanlah seseorang penerima asy yang pasif (Hidayat, 2009).

B. KERANGKA KONSEPTUAL FALSAFAH KEPERAWATAN

Falsafah keperawatan menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup. Berikut kerangka konsep falsafah keperawatan menurut Bruce et al. (2014) :

a. Falsafah Sebagai Bagian Dari Isi Keperawatan

Falsafah sebagai bagian isi dari keperawatan yang berhubungan dengan adanya fenomena utama dalam suatu profesi dan keilmuan yang terkait dengan manusia, kesehatan dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan sentral dari pemikiran filosofis yaitu mengenai apa itu perawat, apa itu keperawatan, dan apa yang dimaksud dengan keperawatan yang benar. Falsafah digunakan untuk membuat keputusan yang tepat dalam praktik keperawatan. Falsafah sebagai bagian dari keperawatan berguna untuk perawat praktik, perawat pendidik, dan mahasiswa keperawatan.

b. Falsafah Sebagai Metode Keperawatan

Falsafah sebagai metode keperawatan membantuperawat dalam melakukan analisis, kritik, menghadapi tantangan, dan mengatasi kejadian situasional terkait dengan patient safety, dan etika keperawatan. Falsafah keperawatan dapat membantu perawat dalam mengembangkan kapasitas dirinya sebagai perawat yang menjunjung tinggi moral. Falsafah juga dapat membantu perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan

yang berkaitan dengan bidang non keilmuan yang mungkin penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan itu sendiri. Contohnya dengan menggunakan penyelidikan filosofis perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti apa saja prinsip-prinsip praktik keperawatan?. Apa saja batasan keperawatan?. Bagaimana cara mengembangkan hubungan perawat klien?. Dengan memikirkan pertanyaan-pertanyaan tersebut perawat dapat terlatih untuk berpikir kritis dan logika dalam mendefinisikan ilmu keperawatan

c. Falsafah Sebagai Pandangan Hidup Dalam Keperawatan

Falsafah dipakai sebagai pandangan hidup dalam keperawatan diwujudkan dalam setiap tindakan praktik keperawatan yang dilakukannya meliputi pengetahuan, etika dan lainnya. Dengan menjadikan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup perawat dapat mengembangkan teori, praktik keperawatan dan meningkatkan profesionalitas .

C. FALSAFAH KEPERAWATAN SEBAGAI LANDASAN DALAM MENJALANKAN PROFESI SEBAGAI PERAWAT

Falsafah keperawatan berhubungan erat dengan hubungan yang holistik menyeluruh yang berpusat pada klien sebagai sasaran dan layanan yang diberikan juga tidak hanya berpusat pada individu yang sakit melainkan individu yang sehat juga bertujuan meningkatkan derajat yang optimal, dicapai melalui usaha bersama dari tim kesehatan, klien dan keluarga. Falsafah keperawatan digunakan sebagai landasan keyakinan menjalankan profesi sebagai perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagai berikut (Asmadi, 2008):

- a. Manusia adalah individu yang memiliki kebutuhan bio, psiko, social dan spiritual yang unik, bahwa keyakinan ini dipakai sebagai pedoman menjalankan profesi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus memenuhi kebutuhan klien secara holistic, hal ini menuntut kemampuan perawat menganalisis kebutuhan klien secara tepat. Untuk itu perawat harus memiliki pengetahuan yang mendalam tentang aspek manusia baik kebutuhan bio, psiko, social dan spiritual serta kultural

secara menyeluruh.

- b. Keperawatan adalah bantuan bagi umat manusia yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan yang optimal. Kontribusi keperawatan dalam meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat didasari pada beberapa konsep keperawatan. Pertama, asuhan yang diberikan perawat bersifat holistic. Kedua, sasaran asuhan keperawatan adalah klien dari tingkat individu, keluarga, sampai tingkat masyarakat. Dengan kata lain derajat kesehatan masyarakat akan optimal jika derajat kesehatan individu optimal. Ketiga lingkup layanan keperawatan bukan terbatas klien yang sakit saja tetapi juga klien yang sehat. Keempat eksistensi keperawatan berlangsung sepanjang kehidupan manusia. Kelima intervensi keperawatan mencakup upaya promotive, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- c. Tujuan asuhan keperawatan dapat dicapai melalui usaha bersama dari semua anggota tim kesehatan dan pasien serta keluarga. Perawat adalah bagian dari tenaga kesehatan, secara langsung berhubungan dengan manusia. Oleh karena itu dalam menetapkan tujuan dan rencana serta memberikan asuhan keperawatan melibatkan klien dan keluarga secara aktif.
- d. Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat menggunakan proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien. Proses keperawatan wujud tanggung jawab tanggung gugat perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, guna mencapai dan mempertahankan keadaan bio, psiko, social, spiritual yang optimal.
- e. Perawat bertanggungjawab dan bertanggung gugat, memiliki wewenang dalam melakukan asuhan keperawatan secara utuh didasarkan standar asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan. Tanggung jawab tanggung gugat merupakan bukti bahwa keperawatan adalah profesi yang profesional
- f. Pendidikan keperawatan harus dilaksanakan terus menerus untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan staf dalam pelayanan kesehatan. Perawat dituntut untuk terus meningkatkan kompetensi diri baik dalam segi kognitif, psikomotor dan afektif, melalui pendidikan

formal dan non formal. Hal ini berpengaruh pada pola pikir perawat yang menjadikan perilaku yang professional, yang akhirnya dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan kualitas asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan Komprehensif*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Heri Kristianto, L. A. (2019). FALSAFAH KEPERAWATAN. *Jurnal Kesehatan Jurusan Keperawatan Fakultas kedokteran Brawijaya*.
- Hidayat, A. A. (2009). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan* . Jakarta : Salemba Medika.
- Lilis Daniyati, R. (2018). Falsafah Dan Teori Keperawatan. *Jurnal esehatan*, 41.
- Lilis Daniyati, R. (2018). Falsafah Dan Teori Keperawatan . *Pustaka Belajar*, 7.
- Saputri, V. A. (2019). KONSEP DASAR PROSES KEPERAWATAN DALAM FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN. *Jurnal Kesehatan*, 4.

PROFIL PENULIS



Endang Caturini Sulistyowati, Skep., Ns., MKep.

Lahir di Surakarta, 20 April 1970.

Menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan Patria Husada Surakarta pada tahun 1994. Pada tahun 2000 melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di PSIK FK UGM Jogjakarta, lulus tahun 2002. Pada tahun 2009 lulus dari Program Studi Magister Keperawatan FIK UI Jakarta. Mengajar sebagai Lektor di Jurusan Keperawatan Poltekkes

Kemenkes Surakarta sejak tahun 1998-sekarang Pada Mata Kuliah Keperawatan Jiwa, Komunikasi Keperawatan, Psikologi, Statistik Kesehatan dan. Kewirausahaan.

Buku yang sudah dipublikasikan: Statistik dan Kewirausahaan.

email: endangcaturini70@gmail.com

WA 085647394885

BAB IV

KONSEP PROFESI, SOSIALISASI PROFESI DAN KEPERAWATAN SEBAGAI ILMU

Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes.

Politeknik Insan Husada Surakarta

A. PENGERTIAN PROFESI

Profesi adalah sekumpulan pekerjaan yang membangun suatu norma yg sangat khusus yang berasal dari perannya di masyarakat. (Schein EH, 1962). Profesi adalah mengetahui yang lebih baik tentang sesuatu hal dari orang lain serta mengetahui lebih baik dari kliennya tentang apa yang terjadi pada kliennya. Sosialisasi dapat didefinisikan secara sederhana sebagai:

1. Proses yang dipelajari seseorang untuk menjadi anggota kelompok dan masyarakat.
2. Proses yang mempelajari peraturan sosial yang membatasi hubungan yang akan mereka masuki.

Sosialisasi mencakup belajar untuk berperilaku, merasakan, dan melihat dunia dalam cara yang serupa dengan orang lain yang memiliki peran sama. Tujuan sosialisasi profesional adalah menanamkan ke dalam individu secara bertahap tentang norma, nilai, sikap, dan perilaku yang dianggap penting untuk kelangsungan profesi.

Sosialisasi profesional melibatkan hubungan dengan banyak agen sosialisasi. Agen sosialisasi adalah orang yang memulai proses sosialisasi. Salah satu mekanisme sosialisasi profesional yang sangat berpengaruh adalah dengan rekan-rekan mahasiswa. Dalam budaya mahasiswa ini, mahasiswa secara kolektif menetapkan tingkat dan arah upaya belajar mereka, mengembangkan perspektif mengenai situasi yang melibatkan mereka, tujuan yang mereka coba capai, jenis aktifitas yang cocok dan tepat, dan membuat

serangkaian tindakan yang sesuai dengan semua hal ini. Kriteria pekerjaan sebagai profesi menurut Edgar Schein adalah :

1. Apabila pekerjaan itu merupakan pekerjaan seumur hidup dan menjadikan penghasilan utama.
2. Memiliki kelompok ilmu pengetahuan.
3. Ada keterampilan khusus yg diperoleh melalui pendidikan dan latihan.
4. Mengambil keputusan terhadap kliennya dilandasi penerapan prinsip-prinsip dan teori yang ada.
5. Dalam pelayanan tidak diperbolehkan mengadakan advertensi.
6. Mempunyai otonomi sendiri.

B. HAKEKAT KEPERAWATAN

1. Sebagai ilmu dan seni, merupakan suatu ilmu yang dalam aplikasinya lebih kearah ilmu terapan dengan menggunakan pengetahuan, konsep dan mempertimbangkan seni dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia
2. Sebagai profesi yang berorientasi kepada pelayanan, keperawatan berusaha dgn segala tindakan membantu klien dalam mengatasi efek dari masalah sehat atau sakit untuk mencapai kesejahteraan.
3. Mempunyai 3 sasaran dalam pelayanan keperawatan, yaitu individu, keluarga dan masyarakat sebagai klien.
4. Pelayanan keperawatan mencakup seluruh rentang pelayanan kesehatan, melalui peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penentuan diagnosis dini, penyembuhan serta rehabilitasi dan pembatasan kecacatan.

C. LATAR BELAKANG PENGEMBANGAN PENDIDIKAN KEPERAWATAN

1. Tuntutan kebutuhan masyarakat
2. Kemajuan IPTEK
3. Globalisasi
4. Pengembangan profesi

D. PENDIDIKAN KEPERAWATAN

Pendidikan sebagai suatu profesi keperawatan menuntut anggota yang ada didalamnya pendidikan yang penting. Sebagian besar perawat setuju bahwa pendidikan keperawatan penting untuk praktik dan pendidikan harus berespon terhadap perubahan dalam perawatan kesehatan yang dihasilkan oleh kemajuan ilmu dan teknologi. Pada tahun 1984 ANA menggambarkan dua tingkat keperawatan, perawat associate dan perawat profesional yang membutuhkan kebutuhan sarjana keperawatan.

E. TAHAP PENDIDIKAN PROFESI

Pendidikan perawat terbagi menjadi dua tahap yaitu tahap pendidikan akademik dan tahap pendidikan profesi. Menurut pendapat Reilly (2002), beliau yang membagi pendidikan keperawatan menjadi dua disiplin yaitu disiplin akademik dan disiplin profesional. Program pendidikan profesi adakalanya disebut juga sebagai proses pembelajaran klinik. Istilah ini muncul terkait dengan pelaksanaan pendidikan profesi yang sepenuhnya dilaksanakan di lahan praktik seperti rumah sakit, puskesmas, klinik bersalin, panti jomawa, dan keluarga serta masyarakat atau komunitas. Masih menurut Reilly, disiplin akademik lebih menekankan pada pengetahuan dan pada teori yang bersifat deskriptif, sedangkan disiplin profesional diarahkan pada tujuan praktis, sehingga menghasilkan teori preskriptif dan deskriptif.

Melalui tahap pendidikan profesi diharapkan dapat menghasilkan lulusan yang memiliki sikap, pengetahuan dan keterampilan profesional. Oleh karena itu pada tahap profesi, pendidikan disusun berdasarkan pada:

1. Penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan. Pada tahap ini peserta didik dan preceptor harus memahami dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan yang diperlukan dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan,
2. Menyelesaikan masalah secara ilmiah, maksudnya peserta didik dituntut untuk mampu memecahkan masalah secara langsung saat berhubungan dengan pasien/klien dalam membantu memenuhi kebutuhannya melalui tahapan proses keperawatan

3. Sikap dan tingkah laku profesional yang dituntut dari seorang perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan kehidupan profesi meliputi penumbuhan dan pembinaan kemampuan berfikir, bersikap dan bertindak profesional melalui suatu lingkungan yang sarat dengan model peran (role model)
4. Belajar aktif dan mandiri yang dapat dicapai selama pembelajaran klinik antara lain dengan membuat laporan pendahuluan, presentasi kasus dan seminar hasil dan kegiatan lainnya yang menuntut mahasiswa untuk lebih mandiri dan
5. Pendidikan berada di masyarakat atau pengalaman belajar yang dikembangkan di masyarakat (community based learning) yang dapat menumbuhkan dan membina sikap dan keterampilan para mahasiswa di masyarakat.

Kurikulum tahap Program Profesi (Ners) disusun berdasarkan Kurikulum Nasional dengan Surat Keputusan Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi Nomor: 129/U/1999 tanggal 11 Juni tahun 1999 tentang Kurikulum Inti Pendidikan Ners di Indonesia (KIPNI). Pembelajaran yang berkelanjutan dimulai dari tahap akademik yang berfokus kepada penguasaan konsep-konsep dan teori-teori, dilanjutkan pada tahap profesi untuk menerapkan konsep-konsep dan teori-teori yang telah di dapat dalam bentuk pelayanan langsung kepada pasien atau klien. Sehingga lulusannya diharapkan dapat melaksanakan peran dan fungsinya sebagai perawat profesional, baik sebagai pemberi asuhan (caregiver), pembela klien (client advocator), penilai kualitas asuhan (quality of evaluator), manajer (manager), peneliti (researcher), pendidik (educator) maupun konsultan (consultant) serta community leader. Untuk dapat menghasilkan lulusan dengan kemampuan tersebut diperlukan proses pembelajaran di lahan praktek

F. JENJANG PENDIDIKAN PERAWAT DI INDONESIA

1. Pendidikan Perawat Terdaftar
 - a. SPK
 - 1) Lama pendidikan 3 tahun, setingkat dengan SMA

- 2) Tujuan: meluluskan perawat yang mampu sebagai pelaksana maupun pengelola keperawatan
- 3) Ditutup 2001
- 4) Untuk bidan ditambah 1 tahun
- 5) Dianjurkan melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi
- b. D3 Keperawatan
 - 1) Sejak 1960an
 - 2) Kurikulum berdasarkan pendidikan keperawatan yang berorientasi kepada masyarakat
 - 3) Tujuan: menghasilkan perawat profesional pemula sebagai pelaksana dan pengelola dalam pelaksanaan asuhan keperawatan
 - 4) Lama pendidikan 3 tahun
- c. Sarjana Keperawatan
 - 1) Sejak 1985
 - 2) Atas dasar hasil lokakarya nasional yang menghasilkan konsensus nasional tentang perawat sebagai profesi
 - 3) Tujuan: Menghasilkan sarjana Keperawatan sebagai perawat profesional yang mampu sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti keperawatan
 - 4) Lama pendidikan Program A: 4 tahun +1 tahun
 - 5) Program B: 1.5thn + 1 tahun
- d. Program Magister dan Doktor Keperawatan

Program ini lebih ditekankan pada penelitian, keperawatan klinik, ilmu – ilmu yang terkait dan filsafat
2. Akreditasi dan Lisensi
3. Pendidikan Keperawatan Tingkat Lanjut
4. Pendidikan berkelanjutan
5. Pendidikan dalam pelayanan
6. Pendidikan perawat praktis berlisensi
7. Jenjang karier dan tahapan karier klinis

G. SISTEM PENDIDIKAN TINGGI KEPERAWATAN

Ancaman Globalisasi:

1. perawat asing bebas bekerja di Indonesia
2. perawat Indonesia sulit menangkap peluang terhadap Undang-undang keperawatan Indonesia dan Kompetensi global

Issue Strategis

1. Distribusi dan utilisasi perawat
2. Penghargaan bagi perawat yang masih rendah
3. Belum ada UU Keperawatan
4. Lemahnya kemampuan lulusan dalam penguasaan bahasa asing, sehingga sulit menangkap peluang kerja di luar negeri

H. KEPERAWATAN DIKATAKAN SEBAGAI PROFESI KARENA APA?

1. Landasan ilmu pengetahuan yang jelas , karena keperawatan memiliki cabang ilmu yang terdiri atas ilmu keperawatan dasar, ilmu keperawatan klinik, ilmu keperawatan komunitas dan ilmu penunjang.
2. Memiliki kode etik profesi, tiap negara berbeda-beda, akan tetapi prinsipnya sama.
3. Memiliki lingkup dan wewenang praktek keperawatan berdasarkan standar praktek keperawatan.
4. Memiliki organisasi profesi, di Indonesia namanya PPNI (Persatuan Perawat Indonesia) dan untuk organisasi keperawatan dunia adalah International Council of Nurses (ICN).

I. MODEL-MODEL SOSIALISASI PROFESI

1. Model Konseptual

Mengacu pada ide-ide global, abstrak, dan umum serta proposisi yang menspesifikasi mengenai individu, kelompok, situasi atau kejadian tertentu yang berkaitan dengan disiplin yang spesifik.

2. Teori Keperawatan

Suatu metode untuk menghasilkan dasar pengetahuan keperawatan ilmiah adalah melalui pengembangan dan manfaatnya.

Jenis-jenis teori keperawatan

- a. Florence Nightingale (1860)
Untuk memfasilitasi “proses penyembuhan tubuh”, dengan memanipulasi lingkungan klien (Torres 1986)
- b. Peplau (1952)
Untuk mengembangkan interaksi antara perawat dan klien
- c. Henderson (1955)
Untuk bekerja secara mandiri dengan tenaga pemberi layanan kesehatan (Marriner Tomey, 1994), untuk membantu klien mendapatkan kemandiriannya secepat mungkin
- d. Abdellah Faye (1990)
 - a) Untuk memberikan pelayanan kepada individu, keluarga dan masyarakat
 - b) Untuk menjadi perawat yang baik dan berpengalaman keperawatan
 - c) Mempunyai kemampuan intelegencia yang tinggi, kompeten dan memiliki keterampilan yang baik dalam memberikan pelayanan
- e. Jean Orlando (1961)
Untuk merespon terhadap perilaku klien dalam memenuhi kebutuhan klien dengan segera. Untuk berinteraksi dengan klien untuk memenuhi kebutuhan klien secepat mungkin dengan mengidentifikasi perilaku klien, reaksi perawat dan tindakan keperawatan yang melakukan
- f. Hall (1962)
Untuk memberikan asuhan dan kenyamanan bagi klien selama proses penyakit. (Torres, 1986)
- g. Wiedenbach (1964)
Untuk membantu individual dalam mengatasi masalah yang berkaitan dengan kemampuan untuk memenuhi tekanan atau kebutuhan yang

- dihasil dari suatu kondisi, lingkungan, situasi atau waktu. (Torres, 1986).
- h. Levine (1966)
Untuk melakukan konservasi kegiatan yang ditujukan untuk menggunakan sumber daya yang dimiliki klien secara optimal.
 - i. Johnson (1968)
Untuk mengurangi stress sehingga klien dapat bergerak lebih mudah melewati proses penyembuhan.
 - j. Rogers (1970)
Untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah kesakitan, dan merawat serta merehabilitasi klien yang sakit dan tidak mampu dengan pendekatan humanistic keperawatan. Rogers 1979.
 - k. Orem (1971)
Untuk merawat dan membantu klien mencapai perawatan diri secara total.
 - l. King (1971)
Untuk memanfaatkan komunikasi dalam membantu pelayanan untuk mencapai adaptasi secara positif terhadap lingkungan.
 - m. Treavelbee (1971)
Untuk membantu individu atau keluarga untuk mencegah atau mengembangkan coping terhadap penyakit yang dideritanya, mendapatkan kembali kesehatan, menemukan arti dari penyakit atau mempertahankan status kesehatan maksimalnya.
 - n. Beutty Neuman (1972)
Untuk membantu individu, keluarga, dan kelompok untuk mendapatkan dan mempertahankan tingkat kesehatan maksimalnya melalui intervensi tertentu.
 - o. Patterson dan Zderad (1967)
Untuk berespon terhadap kebutuhan manusia dan membangun ilmu “keperawatan yang humanistic”.
 - p. Leininger (1978)
Untuk memberikan keperawatan yang konsisten dengan ilmu keperawatan dengan caring sebagai focus sentral.

- q. Roy (1979)
Untuk mengidentifikasi tipe kebutuhan klien, mengkaji kemampuan adaptasi terhadap kebutuhan dan membantu klien beradaptasi.
- r. Watson (1979)
Untuk meningkatkan kesehatan, mengembalikan klien pada kondisi sehatnya, dan mencegah kesakitan.
- s. Parse (1981)
Untuk menfokuskan pada manusia sebagai suatu unit yang hidup dan kualitas partisipasi manusia terhadap pengalaman sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bastable, Susan. 2002. *Perawat Sebagai Pendidik*. Jakarta: EGC.
- Christensen, Paula. J. 2009. *Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Haris, A. 2009. *Konsep Dasar Keperawatan*. Makassar:
- Hidayat Alimul. Tahun 2007. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Melisuzi.blogspot.com, Senin 12 November 2012
- Mubarak Iqbal. W. Tahun 2005. *Pengantar Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: Sagung Seto.
- Murwani, A. 2008. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*.
- Potter dkk. Tahun 2005. *Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.

PROFIL PENULIS



Nama : Ns. Betty Sunaryanti, M.Kes
Jabatan Fungsional : Lektor / IIIc
Tempat, Tanggal Lahir : Wonogiri, 16 Juni 1977
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Perum Baiti Janati I, Gang Durian, RT 3/7, Ngijo,
Tasikmadu, Karanganyar 57721
Pendidikan : S1 Keperawatan & Ners (UNDIP)
S2 Pendidikan Profesi Kesehatan
(Fakultas Kedokteran Keluarga UNS)
Buku : 2 Buku berISBN & HAKI berjudul
Pencegahan Dekubitus & Proses Keperawatan
Penghargaan : ADRI Satya Tri Dharma Muda (9 Maret 2021)
E-mail : betty.sunaryanti@yahoo.co.id

BAB V

KONSEP, MODEL, & TEORI KEPERAWATAN

Suyanto, S.Kp., M.Kes

Poltekkes Surakarta

Keperawatan adalah sebuah ilmu sekaligus seni cara merawat orang sakit yang dipelajari dengan menggunakan teori dan praktek menggunakan pendekatan ilmiah. Oleh karena itu pendidikan keperawatan diselenggarakan di perguruan tinggi agar pengembangan ilmu dapat terus terjaga keilmiahannya sehingga implementasinya dalam praktek pelayanan dapat dipertanggung jawabkan.

Pengembangan ilmu keperawatan dimulai dari beberapa gagasan, ide atau pemikiran yang dalam sehingga muncul konsep keperawatan kemudian dikembangkan menjadi sebuah model keperawatan serta diuji dalam tatanan nyata yang akan menjelma menjadi sebuah teori keperawatan. Berikut ini akan diuraikan pemahaman tentang konsep keperawatan, model keperawatan dan teori keperawatan.

Berikut ini akan diuraikan pemahaman tentang konsep keperawatan, model keperawatan, dan teori keperawatan.

A. KONSEP KEPERAWATAN

Konsep adalah bangunan dasar sebuah teori berbentuk fikiran, ide ide, gagasan atau pemahaman manusia terhadap objek tertentu. Menurut Kaplan dan Alligood (2017) konsep merupakan fondasi untuk membangun sebuah teori yang didalamnya menggambarkan suatu fenomena tertentu. Dalam profesi keperawatan dapat dijumpai beberapa konsep keperawatan seperti konsep caring dan konsep self care. Mempelajari konsep menurut Bousso et al (2013) sangat penting sebab konsep digunakan dalam pengembangan sebuah teori dan konsep dapat digunakan dalam meningkatkan praktek.

B. MODEL KEPERAWATAN

Model adalah sesuatu yang menyerupai yang menggambarkan ide, konsep atau gasasan pemikiran seseorang. Dari segi konstruksi model nilai-nilai, tulisan-tulisan dan pesan-pesan Sebagai contoh model praktek keperawatan adalah gambaran dari praktek keperawatan yang nyata sesuai dengan yang diinginkan. Perawat mempunyai gambar dalam fikiranya tentang apa itu keperawatan dan bagaimana kerja perawat. Dalam dunia keperawatan subjek dari pekerjaan adalah pasien atau klien. Cara memberikan pelayanan pada pasien dipengaruhi oleh model keperawatan yang dipilih untuk diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Keuntungan akan diperoleh dengan bila pelayanan keperawatan diberikan dengan menerapkan model keperawatan seperti; Menumbuhkan pengakuan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dari tenaga kesehatan lainnya, seperti dokter, ahli gizi dan lain lain serta .dapat memberikan gambaran secara langsung area dan tujuan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat karena dipahami oleh semua tenaga

C. TEORI KEPERAWATAN

Teori adalah seperangkat ide, definisi, harapan atau hubungan yang berasal dari model. Perbedaan utama antara model dan teori adalah tingkat abstraksi dan kekhususannya. Model bersifat sangat abstrak berasal dari konsep global sedangkan teori menguraikan konsep secara konkrit dan khusus. Jadi teori lebih spesifik dari pada konsep dan model.

Dalam keperawatan dikenal beberapa teori keperawatan yang berfungsi membantu profesi keperawatan saat menjelaskan nilai nilai dan tujuan yang unik serta tegas dalam berkontribusi dipelayanan kesehatan pada pasien. Sebagai contoh teori Orem menjelaskan bahwa perawat memberikan pelayanan pada pasien berdasarkan kondisi *self care* pasien. Jika pasien dapat memenuhi kebutuhan dirinya sendiri maka perawat cukup membantu atau mengawasi seperti saat makan. Jika pasien tidak mampu melakukannya makan perawat akan membantu sepenuhnya pemenuhan kebutuhan diri pasien tersebut.

Menurut Newman (1979), ada 3 cara pendekatan dalam pengembangan dan pembentukan teori keperawatan. Pertama meminjam teori-teori dari disiplin ilmu lain yang relevan dengan tujuan lalu diintegrasikan ke dalam ilmu keperawatan. Kedua menganalisa situasi praktik keperawatan dalam rangka mencari teori yang berkaitan dengan praktik keperawatan. Ketiga menciptakan suatu kerangka konsep yang memungkinkan pengembangan teori keperawatan.

Terdapat beberapa teori keperawatan antara lain; Teori Orem, teori Roy, teori Henderson, teori King, teori Roger, teori Neuman, Johnson, Ida Orlando. Berikut ini akan diuraikan 3 teori keperawatan dan contoh aplikasinya.

1. Teori Orem

a. Pendahuluan

Keperawatan sebagai pelayanan profesional, dalam melaksanakan profesinya harus dilaksanakan oleh kelilmuan yang kokoh. Dengan demikian perawat harus memiliki kemampuan berfikir logis, dan kritis dalam menelaah dan mengidentifikasi masalah kliennya. Banyak bentuk pengetahuan dan keterampilan berfikir kritis yang dapat dilakukan untuk setiap situasi klien, antara lain dengan menggunakan beberapa teori keperawatan yang digunakan dalam praktek.

b. Keyakinan Dan Nilai-Nilai

Keyakinan Orem's tentang empat konsep utama keperawatan.

- 1) Klien ; individu atau kelompok yang tidak mampu secara terus menerus mempertahankan “self care” untuk hidup dan sehat, pulih dari sakit atau trauma memiliki coping dan mampu mengatasi efeknya.
- 2) Sehat ; kemampuan individu atau kelompok memenuhi tuntutan self care untuk mempertahankan dan meningkatkan keutuhan struktur fungsi dan perkembangan diri sebagai manusia.
- 3) Lingkungan : tatanan dimana klien memenuhi kebutuhan self care.
- 4) Keperawatan ; pelayanan yang dengan sengaja dipilih untuk membantu individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam

mempertahankan *Self Care* yang mencapai keutuhan struktur, fungsi dan perkembangannya.

Berdasarkan keyakinan empat konsep utama keperawatan tersebut, Orem's mengembangkan konsep teorinya hingga dapat diaplikasikan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Tiga kategori *self care*

Teori orem's, menyebutkan ada beberapa kebutuhan *self care* atau yang disebutkan sebagai *self care requisite*, yaitu:

- 1) *Universitas self care requisite* : Dijumpai pada setiap manusia dan berkaitan dengan proses kehidupan, biasanya mengacu pada kebutuhan dasar manusia. Sebagai berikut : Pemenuhan intake udara, pemenuhan intake cairan, pemenuhan intake makanan, pemeliharaan keseimbangan antar aktifitas dan istirahat, pemeliharaan keseimbangan interaksi sosial, mencegah ancaman kehidupan dan kesejahteraan manusia, asuhan proses eliminasi
- 2) *Developmental self care requisite* ; hal ini berhubungan dengan tingkat perkembangan individu dan lingkungan dimana tempat mereka tinggal. Hal ini juga berkaitan dengan perubahan hidup seseorang.
- 3) *Health deviation self care requisite* ; timbul karena kesehatan yang tidak baik dan merupakan kebutuhan yang menjadi nyata karena sakit atau ketidak mampuan yang menyebabkan perubahan dalam perilaku *self care*.

Sedangkan tujuan keperawatan pada teori orem's yang diterapkan kedalam praktek keperawatan keluarga atau masyarakat adalah sebagai berikut:

- 1) Menolong keluarga untuk keperawatan mandiri secara terapan
- 2) Menolong klien bergerak kearah asuhan mandiri
- 3) Menolong anggota keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan dengan benar.

Dengan demikian maka fokus asuhan keperawatan pada teori Orem's yang diterapkan pada praktik keperawatan keluarga . masyarakat adalah:

- 1) Aspek interpersonal ; hubungan interpersonal di dalam keluarga
- 2) Aspek sosial : hubungan keluarga dengan masyarakat disekitarnya

- 3) Aspek procedural : melatih keterampilan keperawatan dasar pada keluarga.
- 4) Aspek teknis : mengajarkan kepada keluarga tetangga dasar yang dilakukan di rumah, misalnya melakukan tindakan kompres secara benar.

Perawat saat membantu klien untuk memenuhi self care dengan menggunakan tiga kategori dan melalui lima metode bantuan sebagai berikut;

- 1) Kategori bantuan :
 - a. **Waholly Campernsatory** : bantuan di butuhkan untuk klien yang tidak mampu mengontrol atau memantau lingkungannya dan tidak berespon terhadap rangsangan.
 - b. **Partially Compensatory** : Bantuan dibutuhkan bagi klien yang mengalami keterbatasan gerak karena sakit atau kecelakaan.
 - c. **Supportive Education** : Dukungan pendidikan dibutuhkan klien yang memerlukan untuk dipelajari, agar mampu melakukan keperawatan mandiri.
- 2) Metode bantuan
 Perawatan membantu klien dengan menggunakan lima metode bantuan yang meliputi :
 - a) Acting : melakukan sesuai untuk klien
 - b) Mengajarkan klien
 - c) Mengarahkan klien
 - d) Mensupport klien
 - e) Menyediakan lingkungan untuk klien agar dapat tumbuh dan berkembang.

CONTOH KASUS

Ny. M (48 th) TB : 160 CM, BB : 70 Kg. menikah selama 25 tahun dan janda sejak 6 bulan lalu. Ia seorang perokok,. Sehari menghabiskan 1 ½ bungkus. Ny. M dan suaminya menikmati aktifitas social seperti main bridge dan koleksi barang-barang antik. Sejak suaminya meninggal ia tidak lagi melakukan aktivitas karena kurangnya keinginan / minan. Akhir-akhir ia tidak melakukan

latihan secara teratur dan makan fast food selama jam kerja nya dan bekerja 12 jam / hari serta makan hingga larut makan sebelum waktu istirahat.

Hasil pemeriksaan

Tanda-tanda vital : TD : 138/86 mmHg, N: 92/Mnt, P:30 x mnt, suhu : 98°F.
laboratorium kolesterol dalam darah 280 mg/dl.

Dokter menganjurkan ; untuk menurunkan berat badan sekitar 20 kg, tetapi meningkat bahwa dia memiliki pengetahuan yang tidak adekuat tentang dasar-dasar nutrisi dan tidak mempunyai motivasi untuk menurunkan berat badan, dan diramalkan kemungkinan menderita serangan jantung.

Kategori kebutuhan self care pasien tersebut sebagai berikut:

- 1) Kategori kebutuhan universal self care
 - a) Makan sampai larut malam, banyak mengkonsumsi lemak
 - b) Ketidak seimbangan aktivitas dan istirahat serta latihan, berkerja 12 jam / hari
 - c) Merokok 1 ½ bungkus perhari, mengkonsumsi makanan siap saji
 - d) Kurang pengetahuan tentang faktor-faktor resiko dan gangguan fungsi kardiovaskuler
- 2) Kategori developmental self care
 - a) Tidak punya suami
 - b) Kurang aktivitas social
- 3) Kategori health deviation
Resiko terjadi penyakit kardiovaskuler berhubungan dengan kegemukan, perokok peningkatan kolestrol, kurang latihan dan riwayat keluarga
- 4) Self care deficit:
Pengetahuan dasar dan gaya hidup Ny. M dapat meningkatkan resiko untuk serangan jantung atau stroke.

2. Teori Henderson

a. Dasar pemikiran teori Virginia hendreson

Hendreson memandang bahwa keperawatan sebagai sesuatu yang independen. Profesi kesehatan yang untuk dan memerlukan pendidikan tinggi (universitas). Perawat harus menggunakan hasil riset serta mampu bekerja sama dengan profesi kesehatan lainnya.

Empat konsep utama tentang keperawatan dalam pemikiran teori Henderson, yaitu;

1) Keperawatan

Pada tahun 1955 Henderson mendefinisikan bahwa keperawatan merupakan bantuan yang diberikan kepada individu baik sehat maupun sakit, sampai pulih kembali atau menjelang ajal karena individu tersebut tidak mampu melaksanakan aktivitas kehidupannya akibat ketidak mampuan, ketidak mauan atau ketidak tahuan.

Berdasarkan definisi diatas dapat dilihat bahwa tugas utama keperawatan adalah membantu individu baik yang sehat maupun yang sakit dalam melakukan aktifitas untuk melakukan aktifitas untuk mempertahankan kondisi sehat, melaksanakan pemulihan ataupun mendapat kedamaian pada saat meninggal dunia.

2) Manusia

Menurut pandangan teori Hendrison manusia terdiri dari beberapa komponen meliputi komponen biologi, psikologi, social dan spiritual, hal itu tercermin dalam 14 aktifitas sebagai berikut :

- a) Bernafas secara normal
- b) Makan dan minum secara adekuat
- c) Eliminasi hasil buangan
- d) Bergerak dan mempertahankan postur tubuh yang diinginkan
- e) Tidur dan istirahat cukup
- f) Memilih pakaian, berpakaian dan membuka pakaian
- g) Mempertahankan temperature tubuh dalam batas normal

- h) Memelihara kebersihan tubuh
- i) Menghindari bahaya lingkungan dan menghindari kecelakaan
- j) Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi , ketakutan, kebutuhan dan pendapat
- k) Beribadah menurut kepercayaannya
- l) Bekerja dalam berbagai cara dan memperhatikan apa yang di capainya
- m) Bemui atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk reaksi
- n) Belajar, mengeksplorasi, guna memenuhi kepuasan dan keinginan.

Aktifitas No. 1 sampai No. 9 menitik beratkan pada komponen biologis/fisiologi.

Aktifitas No. 10,11,12 dan 14 menitik beratkan tentang aspek psikologi. Sedangkan Aktifitas 13 menitik beratkan aspek social

3) Lingkungan

Teori Henderson tentang lingkungan diilhami oleh konsep Nightingale. Dia memandang bahwa alam mempunyai potensi dalam memelihara kesehatan dan pengobatan. Perawat dalam melaksanakan tugasnya berada diantara manusia dan lingkungan. Lingkungan bisa berpengaruh positif atau negatif terhadap kesehatan pasien. Untuk itu perawat perlu memperhatikan aspek lingkungan agar dapat menunjang kesehatan pasien.

Selanjutnya perawat mempunyai kewajiban untuk memberikan kenyamanan kepada pasien dan keluarga serta membantu pasien dan keluarga agar mampu beradaptasi terhadap lingkungan. Selain itu perawat harus mempersiapkan dan mendukung pasien agar bisa melakukan tindakan perawatan secara mandiri.

4) Sehat

Henderson meyakini bahwa kesehatan merupakan dasar dari seluruh fungsi manusia. Sehat didefinisikan berdasarkan kemampuan individu untuk melaksanakan 14 komponen perawatan secara mandiri.

- b. Hubungan dengan riset, pendidikan dan praktek keperawatan
 - 1) Hubungan riset keperawatan
Henderson menyakini bahwa pengetahuan keperawatan harus dikembangkan berdasarkan riset. Berdasarkan riset dikembangkan 14 komponen perawatan dasar.
 - 2) Hubungan dengan kependidikan keperawatan
Henderson berperan bahwa keperawatan harus dikembangkan pada pendidikan tinggi. Model pendidikan keperawatan yang dikembangkan menurut Henderson adalah pengalaman belajar terstruktur
 - 3) Hubungan dengan praktik keperawatan professional
Henderson berpendapat bahwa sangat erat, sehingga perawat harus terus

3. Teori Roy

- a. Pendahuluan
Keperawatan sebagai pelayanan profesional dalam penerapannya harus dilandasi oleh dasar keilmuan keperawatan yang memadai. Perawat harus mampu berfikir kritis dan logis dalam menelaah, menganalisa dan mengidentifikasi fenomena respon manusia. Respon manusia berbeda-beda tergantung pada stimulus dari lingkungan, interaksi antara manusia dengan lingkungan baik internal maupun eksternal. Didalam menghadapi perubahan ini manusia harus memelihara integritas dirinya melalui proses adaptasi. Sister Calista Roy menguraikan teorinya berdasarkan model adaptasi sebagai respon manusia dalam beradaptasi dengan lingkungan.
- b. Keyakinan Roy tentang keperawatan terdiri dari :
 - 1) Sehat : Suatu keadaan dan proses terintegrasi didalam tubuh seseorang secara keseluruhan'
 - 2) Lingkungan : Semua kondisi, keadaan dan pengaruh sekitar dalam mempengaruhi perkembangan dan perilaku seseorang dan kelompok.

- 3) Keperawatan : Meningkatkan adaptasi klien untuk meningkatkan kesehatan dengan menggunakan proses keperawatan.

Teorii Roy memandang manusia secara menyeluruh (holistic), yang merupakan satu kesatuan. Manusia sebagai system yang hidup secara konstan berinteraksi dengan lingkungannya. Interaksi yang konstan antara manusia dan lingkungannya akan terjadi perubahan baik internal maupun eksternal. Didalam menghadapi perubahan atau stimulus tersebut manusia harus memelihara integritas dirinya, dan ia selalu beradaptasi secara menyeluruh.

Teori Roy didasari pada hubungan nyata antara pikiran tentang manusia dan tujuan keperawatan. Hal ini dapat dibagi dalam beberapa bagian sehingga terbentuk menjadi 4 adaptasi yaitu fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan model interdependensi sebagaimana di uraikan berikut ini.

a) Mode fisik

Roy mengidentifikasi enam kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yaitu :

- (1) Latihan dan istirahat
- (2) Nutrisi
- (3) Eliminasi
- (4) Cairan dan Elektrolit
- (5) Oksigenisasi dan sirkulasi
- (6) Pengaturah suhu, rasa dan system endokrin

Dalam setiap area tubuh harus diketahui struktur dan fungsinya, batas normal, stress yang mempengaruhi dan perilaku maladaptif yang muncul.

b) Konsep diri

Konsep diri berkaitan dengan perasaan dan keyakinan yang menjelaskan bahwa individu mengetahui siapa dirinya secara adekuat dalam memenuhi keinginan.

c) Fungsi peran

Roy menggambarkan peran sebagai status yang diberikan kepada individu yang menuntut perilaku yang sesuai dengan harapan masyarakat untuk mempertahankan status tersebut. Ketidak mampuan menguasai peran mengakibatkan konflik antara dua peran atau banyaknya peran menimbulkan masalah.

d) Interdependen

Dijelaskan bahwa interdependen dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, memberi dan menerima.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood (2017), Pakar teori keperawatan dan karya mereka. Edis ke 8, Elsevier. Indonesia
- George, Juli. B 91995) ,Nursing theories the base for professional nursing practiese,Third edition, Appleton and lange, Norwalk, Connecticut
- Kozier, B dan Erb G (1993). **Fundamental of nursing** :concepts and procedur. 3rd edition, additional Wesley publishing company, California.
- Kozier, Barbara, Glenora Erb and Particia Mc Kay Bufalino,(1998). Introduction to Nursing, Addison-Wesley, Publising Company, California.
- Person, A, Vaughan B, (1986). **Nursing Models For Praltice**, Heineman nursing. London.
- Potter, P.A. dan Perry, A.G. (1993). **Fundamental Of Nursing** ; concepts proses an practice, 3rd edition, mosby year book. Toronto

PROFIL PENULIS



SUYANTO, SKp, MKes

Lahir di Kota Panjang 13 Juli 1966.

Menempuh pendidikan S1 dan S2 keperawatan di FIK-UI pada tahun 1996 – 2001.

Pernah menjabat sebagai direktur Akper Malahayati, Ka Prodi D4 keperawatan Poltekkes Tj Karang dan ka Prodi S1 Ners PSIK Universitas Malahayati.

Saat ini sebagai Lektor Kepala di Poltekkes Surakarta mengajar Mata Kuliah Manajemen Keperawatan, Statistik Kesehatan dan Keperawatan Keluarga.

Buku yang sudah dipublikasikan: Mengenal Manajemen Keperawatan di Bangsal RS, Metodologi dan Aplikasi penelitian Keperawatan serta buku Riset Kebidanan. Juga menulis buku Patologi untuk PJJ Keperawatan.

e-mail : suyanto.mkes@gmail.com

WA : 081225815591



BAB VI

PARADIGMA KEPERAWATAN

Ns. Dewi Setyawati, MNS

Universitas Muhammadiyah Semarang

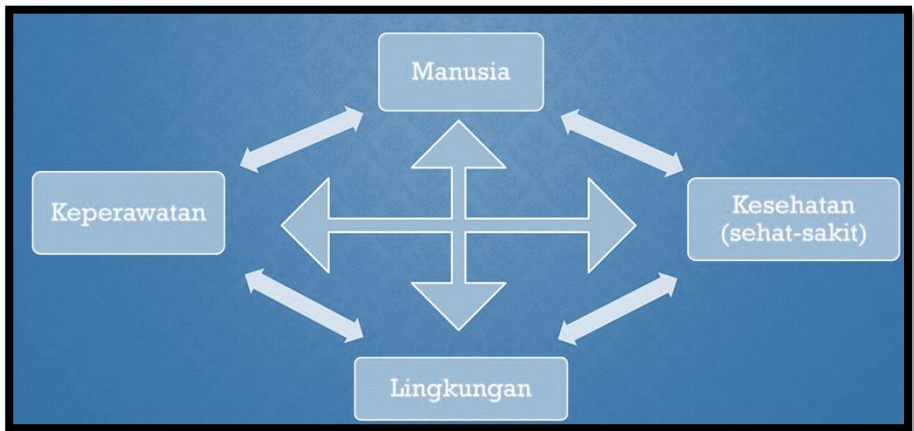
A. PENGERTIAN PARADIGMA KEPERAWATAN

Paradigma merupakan suatu keyakinan yang dimiliki oleh sekumpulan peneliti yang mengatur dan mengarahkan penyelidikan dalam disiplin ilmu untuk memecahkan masalah-masalah ilmiah dan mengatur serangkaian studi di lapangan. Kategori paradigma dibedakan oleh *ontologis*, *epistemologis* dan *metodologis* peneliti dalam membuat konsep penelitian. Perbedaan kategori paradigma ini menyebabkan antara satu paradigma tidak bisa dibandingkan dengan paradigma lain (Jackson, 2015 ; Bahramnezhad et al. 2015).

Paradigma keperawatan merupakan suatu pandangan global yang dianut oleh mayoritas kelompok ilmiah (keperawatan) atau menghubungkan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan (Budiono & Pertami, 2019: 23).

B. KOMPONEN PARADIGMA KEPERAWATAN

Beberapa komponen paradigma keperawatan meliputi keperawatan, manusia, sehat-sakit, dan lingkungan. Keempat komponen ini yang menjadikan berbeda antara paradigma keperawatan dengan teori yang lain. Berikut ini gambar yang menjelaskan hubungan antara komponen tersebut:



Gambar 1. Komponen Paradigma Keperawatan

1. Keperawatan

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologi, psikologi, sosial, spiritual dan kultural secara komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia. Definisi keperawatan di Indonesia telah jelas dijabarkan dalam Undang-Undang Keperawatan No 38 Tahun 2014 yang berbunyi keperawatan adalah suatu kegiatan pemberian asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat baik dalam keadaan sehat atau sakit. Keperawatan dapat diwujudkan dengan adanya pelayanan keperawatan profesional yang merupakan bagian terintegrasi yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Dalam memberikan pelayanan keperawatan, perawat melakukan asuhan keperawatan yaitu berupa serangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Hastuti, 2016:6; Undang-Undang Republik Indonesia, 2015).

Asuhan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurang kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari – hari secara mandiri. Sebagai

suatu profesi, keperawatan memiliki falsafah yang bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Praktik keperawatan merupakan tindakan mandiri perawat professional melalui kerja sama dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya dalam rangka memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup, wewenang dan tanggung jawabnya. Bantuan keperawatan diberikan agar individu/keluarga /komunitas dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya sehingga mampu berfungsi secara mandiri. Pelayanan keperawatan sebagai layanan professional yang bersifat independen dan interdependen serta dilaksanakan dengan orientasi kepada kebutuhan obyektif klien. Perawat sebagai tenaga professional yang mempunyai kemampuan baik intelektual, teknis, maupun interpersonal dan moral yang bertanggung jawab dan wewenang melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan (Anggraini & Lewinita, 2019: 29).

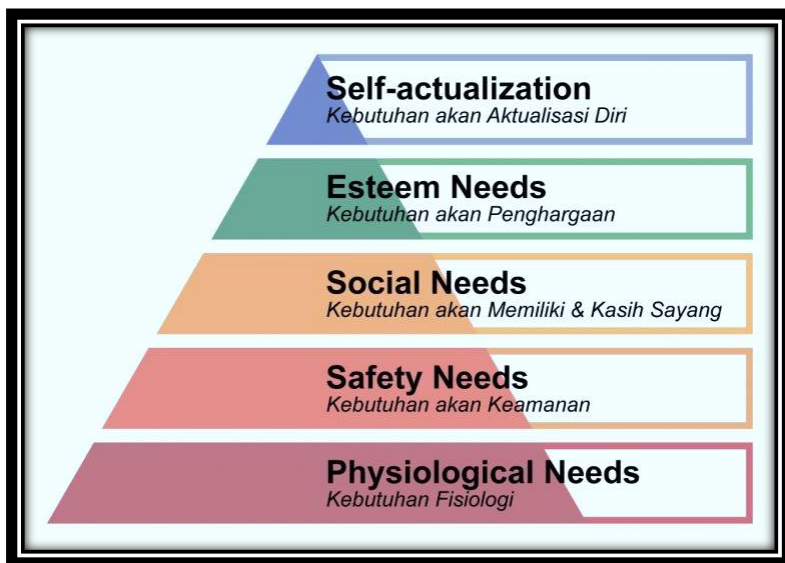
2. Manusia

Manusia dalam konsep paradigma keperawatan, dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistic) yang terdiri dari bio-psiko-sosio-spiritual. Manusia bertindak atau berperilaku secara verbal dan nonverbal, kadang-kadang dalam situasi tertentu, manusia dalam memenuhi kebutuhannya membutuhkan pertolongan, dan akan mengalami distress jika mereka tidak dapat melakukannya. Hal ini dijadikan dasar pernyataan bahwa perawat professional harus berhubungan dengan seseorang yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya (Budiono & Pertami, 2019: 27).

Manusia merupakan sistem yang terbuka senantiasa berinteraksi secara tetap dengan lingkungan eksternalnya serta berusaha selalu menyeimbangkan keadaan internalnya (homeostatis). Manusia juga memiliki akal fikiran, perasaan, kesatuan jiwa dan raga, mampu beradaptasi dan merupakan kesatuan sistem yang saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi. Menurut Baylon Maglaya (1974), manusia atau klien dapat diartikan sebagai individu, keluarga ataupun masyarakat yang menerima asuhan keperawatan. Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi

satu sama lain baik secara perorangan maupun bersama-sama, di dalam lingkungan sendiri atau masyarakat secara keseluruhan. Beberapa alasan keluarga sebagai fokus dalam pelayanan keperawatan diantaranya adalah keluarga merupakan suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki, dan mengabaikan masalah dalam kelompoknya sendiri serta merupakan perantara yang efektif dalam melakukan upaya kesehatan.

Manusia memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi dalam hidupnya. Hal ini tergambarkan dalam teori kebutuhan dasar manusia oleh Abraham H. Maslow. Maslow menjelaskan bahwa kebutuhan dasar manusia dimulai dari sesuatu yang sederhana menuju kebutuhan yang kompleks. Kebutuhan manusia ini tertuang dalam bentuk hierarki. Hierarki pertama dalam teori kebutuhan dasar manusia Abraham Maslow adalah kebutuhan fisiologis (oksigen, air, makanan, eliminasi, istirahat tidur, penangana nyeri, pengaturan suhu tubuh, seksual, dll). Setelah itu, manusia memenuhi kebutuhan lainnya seperti keamanan dan keselamatan, cinta dan dicintai, harga diri, dan aktualisasi diri (Rosdahl & Kowelski, 2012). Berikut ini hierarki kebutuhan dasar manusia Maslow:

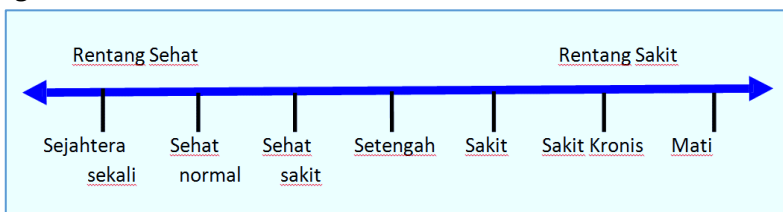


Gambar 2. Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia (Maslow)

3. Sehat-sakit

Konsep sehat-sakit merupakan komponen paradigma keperawatan yang ketiga, dikenal sebagai konsep yang kompleks dan multiinterpretasi. Banyak macamnya definisi tentang sehat-sakit. Setiap individu, keluarga, masyarakat, maupun profesi kesehatan mendefinisikan sehat-sakit berbeda-beda, tergantung pada paradigmanya. Konsep sehat-sakit ini bisa diartikan sebagai suatu rentang atau skala ukur hipotesis untuk mengukur kondisi sehat atau sakit seseorang (Budiono & Pertami, 2019: 34)

Ilmu keperawatan mendefinisikan sehat sebagai suatu keadaan yang berada dalam sebuah rentang yang sama dengan sakit. Sehat digambarkan sebagai suatu kondisi keadaan yang sejahtera secara optimal dan seimbang antara fisik, psikologis, sosial dan spiritual yang sesuai dengan tingkat usia individu. Hal ini juga menyatakan bahwa kondisi sehat tidak hanya berarti suatu kondisi yang terbebas dari penyakit atau kelemahan. Jika seorang individu dinyatakan sakit, maka dapat mempengaruhi kondisi kesehatannya karena kondisi sakit juga berarti mengganggu keseimbangan status fisik, psikologis, sosial dan spiritualnya (WHO, 2017). Sehat sakit yang digambarkan dalam satu rentang diawali dengan kondisi sehat, kemudian sakit dan menuju pada kondisi meninggal dunia yang digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3. Rentang Sehat-Sakit

Berdasarkan model konsep sehat-sakit tersebut, paradigma keperawatan memandang bahwa bentuk pelayanan keperawatan yang akan diberikan selama rentang sehat-sakit, akan melihat terlebih dahulu status kesehatan dalam rentang sehat-sakit tersebut. Apakah statusnya dalam keadaan setengah sakit, sakit, atau sakit kronis sehingga akan diketahui

tingkatan asuhan keperawatan yang diberikan, serta tujuan yang ingin diharapkan dalam meningkatkan status kesehatan.

4. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan didefinisikan sebagai agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan suatu organisme. Lingkungan ini dibagi menjadi dua, yaitu lingkungan fisik dan non fisik.

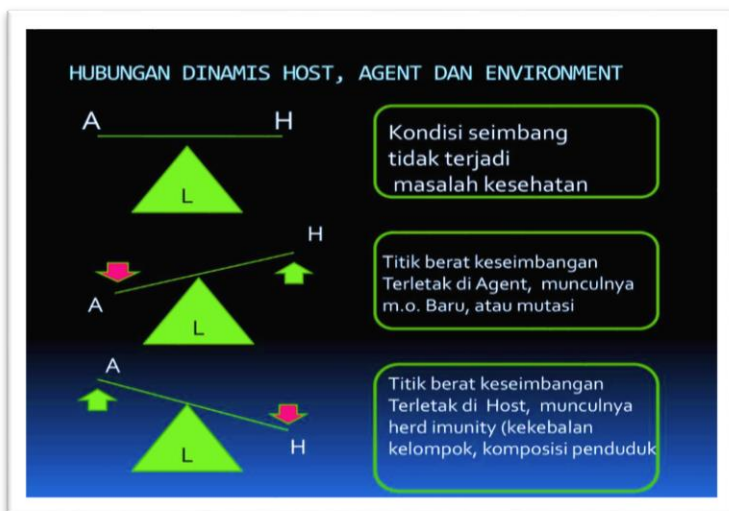
a. Lingkungan Fisik

Lingkungan Fisik adalah lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia, seperti cuaca, musim, keadaan geografis, struktur geologis, dan lain-lain.

b. Lingkungan Non Fisik

Lingkungan non fisik adalah lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi antar manusia, meliputi sosial-budaya, norma, nilai, adat-istiadat, dan lain-lain.

Model segitiga menjelaskan tentang hubungan antara agens, hospes, dan lingkungan, yang tujuannya agar dapat memahami hubungan lingkungan dengan kesehatan, sebagai berikut:



Gambar 4. Hubungan antara Agens, Hospes, dan Lingkungan

C. APLIKASI PARADIGMA KEPERAWATAN DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Profesi keperawatan, yang dipandang sebagai suatu profesi yang berbeda dengan profesi lain, haruslah memiliki suatu cara pandang yang berbeda dalam menyikapi setiap permasalahan yang ada dalam profesinya. Misalnya dalam memberikan asuhan keperawatan yang merupakan bentuk pelayanan profesional keperawatan, hendaknya perawat harus memperhatikan seluruh aspek yang termasuk dalam paradigma keperawatan, yaitu manusia sebagai makhluk holistik dan unik dengan segala macam kebutuhannya, lingkungan internal maupun eksternal yang didalamnya terdapat stressor-stressor yang akan mempengaruhi kondisi sehat dan sakitnya manusia. Sehingga keperawatan harus berperan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan membantu manusia berada dalam rentang kesehatan yang optimal. Selain itu, perawat juga hendaknya mengaplikasikan paradigma keperawatan yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik yang disesuaikan dengan kondisi pasien, sehingga tujuan asuhan keperawatan akan tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini & Lewinita. (2019). Konsep Dasar Keperawatan. Universitas Kristen Indonesia
- Bahramnezhad, F., Shiri, M. & Asgari, P. (2015). A Review of the Nursing Paradigm, (January), pp.17–23
- Budiono & Pertami. (2019). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika
- Hastuti (2016). Konsep Dasar Keperawatan: Falsafah dan Paradigma Keperawatan. Malang: Poltekkes dr Supraoen
- Jackson, J. I. (2015). Nursing paradigms and theories: A primer . Virginia Henderson Global Nursing eRepository. Retrieved from <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/338888>.
- Maslow AH. (1970). Motivation and personality, ed 3, Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P. & Hall, A. (2016). Fundamentals of Nursing. St. Louis, Missouri : Elsevier.
- Rosdahl, C. B., & Kowalski, M. T. (2012). Textbook of basic nursing. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Undang-Undang Republik Indonesia. (2015). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Available from <https://ppniqatar.files.wordpress.com/2015/12/uu38-tentang-keperawatan.pdf>. (Accessed November, 20, 2017).
- WHO. (2017). Frequently Asked Questions. Geneva, Switzerland: Secretariat. Available from <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (Accessed November 28, 2017).

PROFIL PENULIS



Ns. Dewi Setyawati, S. Kep., MNS menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Semarang pada tahun 2009. Pada tahun 2013 menyelesaikan pendidikan Magister (S2) Family and Community Health Nursing di Kasetsart University of Thailand. Saat ini sebagai Dosen Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang.

BAB VII

KONSEP DAN MENGAPLIKASIKAN TAHAP DIAGNOSA DAN PERENCANAAN KEPERAWATAN

Ns. Pandu Aseta, M.Kep.

Politeknik Insan Husada Surakarta

A. KONSEP DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa memiliki dua makna, pertama sebagai tahap kedua dari proses keperawatan terkait analisis data. Kedua sebagai pernyataan terkait gambaran status kesehatan seseorang atau keluarga. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang kesehatan yang nyata atau aktual dan kemungkinan akan terjadi, dimana pengambilan keputusannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat. Diagnosa keperawatan memiliki sifat antara lain :

1. Berorientasi pada kebutuhan dasar manusia
2. Menggambarkan respon individu terhadap proses, kondisi dan situasi
3. Mengalami perubahan menyesuaikan respon individu. Komponen penyusunan diagnose keperawatan meliputi **problem/ respons (P) ; etiologi (E) ; dan signs/ symptom (S)** dengan rumus diagnosis = $P + E + S$.

Menurut Dermawan (2012) komponen diagnosa keperawatan terdiri dari

1. **Problem**

Masalah atau problem merupakan kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal. Problem bertujuan menjelaskan status kesehatan pasien secara jelas dan efektif. Diagnosis keperawatan disusun dengan menggunakan metode atau rumus yang telah disepakati guna memudahkan komunikasi antar perawat, pembeda dengan diagnosa

medis dan meningkatkan kerjasama perawat dalam mendefinisikan diagnosis dari data pengkajian dan intervensi keperawatan menggunakan istilah yang saling dimengerti antar perawat.

2. **Etiologi**

Etiologi merupakan segala bentuk faktor klinik dan personal yang mempengaruhi status kesehatan dan perkembangan masalah. Pernyataan etiologi menunjukan penyebab masalah klien dan menimbulkan perubahan pada status kesehatan klien. Penyebab tersebut dapat berhubungan dengan tingkah laku klien, patofisiologi, psikososial, perubahan perubahan situasional pada gaya hidup, usia perkembangan faktor budaya dan lingkungan. Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi meliputi:

- a. **Patofiosologi penyakit** yaitu semua proses penyakit yang dapat menyebabkan atau mendukung masalah
- b. **Situasional** yaitu personal dan lingkungan (kurang pengetahuan, isolasi sosial)
- c. **Medikasi** (berhubungan dengan perogram perawatan atau pengobatan) merupakan keterbatasan institusi atau rumah sakit, sehingga tidak mampu memberikan perawatan.
- d. **Maturation** yaitu *adolensent* (ketergantungan dalam kelompok), *young adult* (menikah,hamil, menjadi orang tua), dewasa (tekanan karir)

3. **Sign dan symptom**

Sign and symptom (tanda dan gejala) adalah ciri, tanda tau gejala yang merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Komponen diagnosa keperawatan menurut PPNI (2010) terdiri dari masalah (P), etiologi atau penyebab (E) dan tanda atau gejala (S) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE)..

B. JENIS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Penyusunan diagnosa keperawatan, memiliki tingkat kesulitasn dan kompleksitas lebih tinggi dari pada menentukan diagnosa medis. Diagnosa

keperawatan dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. **Actual (Aktual)** : Suatu diagnosa keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis yang mengharuskan perawat untuk segera melakukan validasi oleh perawat karena adanya batasan karakteristik mayor. Syarat untuk menegakkan diagnosa keperawatan maka diperlukan adanya problem, etiologi, symptom.
2. **Risk (Resiko)** : Diagnosa Keperawatan resiko menggambarkan penilaian klinis dimana individu maupun kelompok lebih rentan mengalami masalah yang sama dibandingkan orang lain didalam situasi yang sama atau serupa. Syarat untuk menegakkan diagnosa resiko ada unsurproblem dan etimologi.
3. **Possible (Kemungkinan)** : merupakan diagnose yang memerlukan data tambahan dan bertujuan mencegah munculnya suatu diagnosa yang bersifat sementara
4. **Wellness (Kesejahteraan)** : Merupakan penilaian klinis tentang keadaan individu keluarga atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu menjadi tingkat sejahtera yang lebih tinggi.
5. **Syndrome (Sindrom)** : Diagnosa syndrome merupakan kumpulan gejala diagnosa keperawatan, karena terdiri dari diagnosa keperawatan aktual dan resiko terdapat etiologi dan faktor pendukung lainnya yang mempermudah dalam menegakkan suatu diagnosa.

Dalam buku Diagnosis Keperawatan NANDA 2014, status diagnosis keperawatan di bagimenjadi bagian yaitu :

1. Aktual
2. Promosi kesehatan
3. Resiko
4. Sindrom
5. Kesejahteraan; NANDA Internasional tidak lagi mengidentifikasi kategori diagnosis keperawatan sebagai “diagnosis kesejahteraan”. Jenis dan definisi diagnosis keperawatan dari taksonomi NANDA Internasional, dan semua diagnosis kesejahteraan di ubah menjadi diagnosispromosi kesehatan.

C. TAHAPAN-TAHAPAN DALAM DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tahapan dalam diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi:

1. Klasifikasi dan Analisa Data

Setiadi (2012) Klasifikasi merupakan proses mengelompokkan data-data pasien berdasarkan pada kebutuhan dasar manusia dimana pasien mengalami permasalahan keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Analisis data membutuhkan *kritikal thinking* seorang perawat dalam mengkaitkan data dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Cara analisis data adalah:

- a. Validasi data, meneliti kembali data yang terkumpul.
- b. Mengelompokkan data berdasarkan kebutuhan biopsiko-sosial dan spiritual.
- c. Membandingkan dengan standar.
- d. Membuat kesimpulan tentang kesenjangan yang ditemukan

2. Interpretasi Data Klien

Selanjutnya interpretasi data yaitu pemberian arti penjelasan secara spesifik terhadap data yang sudah dianalisis. Setelah menganalisis data langkah selanjutnya dalam membuat diagnosa keperawatan yaitu membuat interpretasi data yang sudah di kelompokkan dalam bentuk masalah keperawatan atau masalah kolaboratif. Interpretasi data sedapatnya bersumber dari daftar diagnosis keperawatan yang dipublikasikan NANDA, atau SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), atau sumber rujukan lain yang sahih. Berikut langkah-langkah yang dilakukan dalam menginterpretasi data :

- a. Menentukan kelebihan pasien. Standar kriteria kesehatan yang dimiliki klien akan membantu perawat menyimpulkan bahwa pasien memiliki kelebihan dalam hal tertentu dan dapat digunakan untuk membantu menyelesaikan permasalahan kesehatan yang dihadapi klien.
- b. Menentukan masalah pasien/ menyimpulkan. Jika pasien tidak memenuhi standar kriteria kesehatan maka pasien tersebut mengalami keterbatasan dalam aspek kesehatannya dan memerlukan

pertolongan.

- c. Menentukan masalah pasien yang pernah dialami, tahap ini perawat menentukan masalah potensial pasien.
 - d. Penentuan keputusan.
 - e. Tidak ada masalah tetapi perlu peningkatan status dan fungsi (kesejahteraan) : tidak ada indikasi respon perawat, meningkatnya status kesehatan, adanya inisiatif promosi kesehatan.
 - f. Masalah kemungkinan. Pola mengumpulkan data untuk memastikan ada atau tidaknya masalah yang diduga.
 - g. Masalah aktual atau risiko. Pasien tidak mampu merawat karena pasien menolak masalah dan pengobatan.
 - h. Masalah kolaboratif. Konsultasikan dengan tenaga kesehatan profesional yang kompeten dan bekerja secara kolaboratif pada masalah tersebut.
3. Memvalidasi data
- Proses menghubungkan dengan klasifikasi gejala dan tanda tanda yang kemudian merujuk kepada ketepatan data. Untuk kelengkapan dan ketepatan data, kerja sama dengan klien sangat penting untuk saling percaya, sehingga mendapatkan data yang tepat.
4. Merumuskan diagnosa keperawatan
- Setelah seorang perawat melakukan rangkaian kegiatan berupa indentifikasi dan validasi data-data seorang perawat diharuskan mampu merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosis keperawatan dapat bersifat actual, resiko, kemungkinan, kesejahteraan, dan sindrom. Diagnosis keperawatan aktual menggunakan rumus PES, sedangkan syptom harus memenuhi kriteria mayor (80-100%) dan sebagian kriteria minor (Carpenito, 1997). Diagnosis aktual memiliki komponen anatara lain:
- a. Label : perubahan, kerusakan, ketidak efektifan, gangguan, hambatan, dan lain-lain
 - b. Definisi: konseptual dan konsisten dengan label dan batasan karakteristik, merupakan arti yang tepat dari diagnosis keperawatan yang sedang terjadi.

- c. Batasan karakteristik: memenuhi 80% atau lebih kriteria mayor
- d. Faktor yang berhubungan (etiologi)
- d. Rumusan : PES
- e. Contoh : hipertermi berhubungan dengan pemajanan lingkungan panas dibuktikan dengan suhu 40,0 °C.

Diagnosa keperawatan risiko merupakan keputusan klinis bahwa individu, kelompok, keluarga, komunitas sangat rentan untuk mengalami masalah dibandingkan yang lain pada situasi yang sama atau hampir sama. Pengertian yang lainnya menyebutkan diagnosis keperawatan risiko adalah keputusan klinis yang divalidasi oleh faktor risiko. Adapun komponen keperawatan risiko antara lain: label: risiko definisi: konsep yang jelas dan konsisten dengan label dan faktor risiko.

Diagnosa keperawatan potensial adalah diagnosa yang didasarkan atas kondisi sehat klien untuk mencapai tingkat kesehatan yang lebih tinggi.

Diagnosa keperawatan kemungkinan yaitu pernyataan tentang masalah yang diduga akan terjadi dan masih memerlukan data tambahan.

Diagnosa keperawatan sindrom merupakan sekelompok atau kumpulan dari beberapa diagnosa yang terjadi secara bersamaan yang memiliki penyebab tunggal.

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) merupakan konsep yang dibentuk menggunakan cara sistem multiaksial. Sistem ini terdiri atas aksis (memiliki komponen yang dikombinasikan) yang digunakan untuk membuat diagnosa yang secara substansial memiliki bentuk yang sama. Aksis merupakan respon manusia yang dipertimbangkan dalam proses diagnostik. Terdapat tujuh aksis yang sesuai dengan International Standard Reference Model for Nursing Diagnosis, yaitu fokus diagnosis (aksis 1), subjek diagnosis (aksis 2), penilaian (aksis 3), lokasi (aksis 4), usia (aksis 5), waktu (aksis 6), status diagnosis (aksis 7).

Contoh diagnosis NANDA : Kerusakan integritas kulit b/d imobilisasi lama, sekunder terhadap fraktur pelvis yang ditandai dengan lesi di sakral 2 cm, Risiko infeksi b/d imunosupresi , Kesiapan untuk meningkatkan nutrisi ditandai dengan mengkonsumsi makanan yang adekuat, Sindrom pasca

trauma b/d bencana alam gempa bumi ditandai dengan panik, sulit berkonsentrasi.

Jenis jenis keperawatan NANDA yaitu diagnosa keperawatan aktual (PES), diagnosa keperawatan resiko (PE), Diagnosa keperawatan promosi kesehatan/wellness (PS) dan diagnosa keperawatan sindrom (PES).

Organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dalam UU Keperawatan No. 38 tahun 2014 memiliki tanggung jawab dalam meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan, keterampilan, martabat maupun etika profesi perawat di Indonesia. Salah satunya, PPNI berkewajiban untuk menyusun standar-standar yang meliputi standar kompetensi, standar asuhan keperawatan, dan standar kinerja profesional. Dalam standar asuhan keperawatan dibutuhkan Standar Diagnosa Keperawatan. Pada tanggal 29 Desember 2016, PPNI telah menerbitkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Sebenarnya Standar Diagnosis ini merupakan program yang sudah lama dinanti oleh seluruh perawat di Indonesia, yang sebelumnya mengacu pada NANDA, ICNPDC, CCC, dan lain-lain. SDKI 80% berasal dari NANDA yang sistem diagnosanya telah disesuaikan dengan budaya masyarakat Indonesia.

Diagnosa keperawatan telah diterapkan di berbagai rumah sakit, puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya, namun pengetahuan perawat terkait indikator - indikator diagnostik untuk penegakan diagnosisi masih perlu ditingkatkan agar penegakan dapat dilakukan secara tepat dan terstandarisasi. Selain itu, proses penegakan diagnosisi tidak dianggap sulit dan perlunya keseragaman agar nantinya dapat disesuaikan dalam proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien. Berkaitan persamaan persepsi mengenai Standar Diagnosis Indonesia, PPNI juga telah membuat persamaan persepsi tentang Standar Intervensi (SIKI) dan Standar Luaran (SLKI) asuhan keperawatan di Indonesia. Perumusan diagnosis SDKI : 1. Aktual: masalah b/d penyebab d/d Tanda atau gejala 2. Risiko: masalah b/d faktor risiko 3. Promosi kesehatan: masalah d/d tanda dan gejala.

D. KONSEP PERENCANAAN KEPERAWATAN

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah. Dalam perencanaan, perawat merujuk pada data pengkajian klien dan pernyataan diagnosis sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien. Intervensi keperawatan adalah setiap tindakan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang perawat lakukan untuk meningkatkan hasil pada klien (McCloskey & Bulechek, 2000). Hasil fase perencanaan adalah rencana asuhan klien.

1. Tujuan Perencanaan

Menurut Carpenito (2000) Rencana asuhan keperawatan (intervensi) memiliki tujuan administrasi dan tujuan klinik.

Tujuan administratif meliputi; 1). Identifikasi focus keperawatan. 2). Pembeda wewenang dan tanggung jawab antara profesi keperawatan dengan yang lain. 3). Penyusu kriteria terhadap asuhan keperawatan dan evaluasi perkembangan atau keberhasilan asuhan keperawatan. 4). Penyediaan kriteria klasifikasi pasien/ klien.

Tujuan Klinik meliputi; 1). Panduan dalam penulisan asuhan keperawatan. 2). Media komunikasi antar perawat terhadap rencana keperawatan yang akan dilakukan. 3). Penyusunan kriteria hasil (*outcomes*) terhadap asuhan keperawatan dan evaluasi perkembangan atau keberhasilan asuhan keperawatan. 4). Rencana asuhan keperawatan yang spesifik dan mandiri bagi perawat untuk melaksanakan intervensi kepada klien dan keluarganya.

2. Tahapan Perencanaan (Intervensi) Keperawatan

Rencana (intevensi) keperawatan memiliki beberapa komponen yang harus dipenuhi terdiri dari prioritas masalah, kriteria hasil, rencnan/intevensi, dan pendokumentasian.

3. Menentukan Prioritas Masalah

Langkah pertama yang harus dilakukan perawat dalam menentukan prioritas adalah mengidentifikasi masalah yang paling utama (urgent).

Masalah yang paling penting ini biasanya memerlukan tindakan medis segera. Setelah itu, perawat melihat tujuan yang ingin dicapai saat klien pulang nanti. Hal ini diperlukan untuk memutuskan apa yang harus dilakukan pertama kali dari keseluruhan asuhan keperawatan.

Perawat memerlukan kemampuan dan keterampilan berpikir kritis untuk dapat memprioritaskan masalah sehingga dapat menentukan masalah mana yang memerlukan perhatian khusus dan masalah mana yang dapat ditunda, menentukan masalah mana yang menjadi tanggung jawab perawat dan mana masalah yang perlu dirujuk pada tim kesehatan lain, menentukan masalah mana yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan dan mana yang dapat menggunakan clinical pathway (kerja sama antar tim kesehatan), serta menentukan masalah mana yang tidak termasuk dalam standar keperawatan, tetapi harus dirumuskan agar dapat diatasi sebelum klien pulang nanti.

Menurut Carpenito (2000) ada perbedaan antara prioritas diagnosa dan diagnosa yang penting.

1. Prioritas diagnosa adalah diagnose keperawatan jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap keadaan fungsi status kesehatan klien,
2. Diagnosa yang penting adalah diagnosa keperawatan dimana intervensi dapat ditunda untuk beberapa saat tanpa berdampak terhadap status fungsi kesehatan klien. Banyak faktor yang dipertimbangkan dalam memprioritaskan masalah. Salah satunya adalah prioritas berdasarkan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow.

a. Prioritas ke-1

Masalah mengancam kehidupan, yaitu kebutuhan fisiologis.

Contohnya: kebutuhan fisiologis masalah pernapasan, sirkulasi, nutrisi, hidrasi, dan kecukupan cairan, eliminasi, pengaturan suhu, dan kenyamanan fisik.

b. Prioritas ke-2

Masalah yang mengganggu keamanan dan kenyamanan, misalnya: lingkungan, bahaya, takut.

c. Prioritas ke-3

Masalah yang berhubungan dengan cinta dan mencintai. Contohnya adalah isolasi sosial dan kehilangan orang yang dicintai.

d. Prioritas ke-4

Masalah yang mempengaruhi harga diri. Misalnya, ketidakmampuan mencuci rambut sendirian dan ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara normal.

e. Prioritas ke-5

Masalah yang mengganggu pencapaian tujuan pribadi, misalnya aktualisasi diri.

4. Merumuskan Kriteria Hasil

Kriteria hasil sangat penting karena dapat menjadi tonggak pengukur keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan, menjadi arahan untuk pelaksanaan intervensi, serta menjadi factor pemicu dan kerangka waktu untuk mencapai tujuan. Standar dan fokus yang digunakan dalam perumusan kriteria hasil adalah berfokus pada bagian-bagian dari diagnosis keperawatan, diformulasikan sebagai tujuan yang dapat diukur, merupakan suatu hal yang saling menguntungkan bagi klien dan perawat, harus realistis dan sesuai dengan kemampuan serta kondisi klien, serta dapat dicapai dengan sumber yang tersedia. Keefektifan suatu asuhan keperawatan yang diberikan haruslah berfokus pada klien. Upaya seperti ini dikenal dengan istilah “tujuan berfokus pada klien”. Tujuan berfokus kepada klien mengandung arti perubahan/kegiatan apa yang perawat inginkan terjadi pada klien dan kapan perawat mengharapkan perubahan atau kejadian itu dicapai.

Perawat harus memperhatikan hal kondisi fisik klien, lamanya klien dirawat di rumah sakit, tingkat pertumbuhan dan perkembangan. Pedoman penulisan kriteria hasil (outcomes) yaitu berfokus pada klien, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan diukur, ada batas waktunya, realistis, dan ditentukan oleh perawat dan klien. Dokumentasi rencana asuhan keperawatan harus ditandatangani oleh perawat yang membuatnya agar dapat dipertanggungjawabkan. Intervensi keperawatan akan mengarahkan perawat dalam merawat klien. Oleh karena itu, penting sekali untuk mencatat rangkaian intervensi keperawatan berdasarkan prioritasnya

5. Rencana Asuhan Keperawatan

Menurut Deswani (2009), kategori intervensi terdiri dari 2, yaitu:

a. Intervensi keperawatan langsung

Yaitu kegiatan yang dilakukan langsung berinteraksi dengan klien, seperti membantu klien turun dari tempat tidur atau memberikan pendidikan kesehatan tentang diabetes melitus.

b. Intervensi keperawatan tidak langsung

Yaitu kegiatan yang dilakukan tanpa langsung berhadapan dengan klien, misalnya: memonitor hasil pemeriksaan laboratorium atau memindahkan klien dari satu ruangan ke ruangan lain. Formulasi intervensi keperawatan difokuskan pada pemulihan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, dan pencegahan penyakit. Keterlibatan klien dan keluarga dalam intervensi keperawatan sangat penting, karena dapat meningkatkan kerja sama antar perawat dan klien dalam pelaksanaan intervensi tersebut.

Intervensi keperawatan harus ditulis secara ringkas, singkat, serta mencakup aspek-aspek berikut ini :

- a. Apa kegiatan yang akan dilakukan pada klien.
- b. Kapan seharusnya dilakukan.
- c. Siapa yang akan melakukan
- d. Kapan sebaiknya intervensi dievaluasi.

Petunjuk untuk membuat rumusan intervensi (Deswani, 2009) :

- a. Tetapkan data dasar, yaitu data fokus yang berupa tanda dan gejala dari masalah
- b. Periklas instruksi pengobatan yang berhubungan dengan intervensi keperawatan dan kaitanya dengan masalah keperawatan (obat-obatan diet, aktivitas, pemeriksaan diagnostik).
- c. Jika perawat menggunakan standar asuhan keperawatan (*critical pathway*), maka gunakan sebagai kerangka berpikir dan lakukan modifikasi sesuai kondisi klien.
- d. Identifikasi program pemantauan masalah yang potensial, yaitu:
 - 1) Apa yang akan anda pantau
 - 2) Seberapa sering masalah tersebut dipantau

- 3) Seberapa sering masalah tersebut dicatat.
- e. Identifikasi intervensi pencegahan
 - f. Yakinkan bahwa intervensi telah sejalan dengan terapi yang lain
 - g. Pertimbangkan pilihan klien semaksimal mungkin
 - h. Lakukan intervensi pendidikan kesehatan
 - i. Konsultasi dengan profesi yang lain
 - j. Yakinkan intervensi spesifik dengan kata kerja yang jelas.

Contoh

Diagnosis keperawatannya adalah risiko bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan riwayat pembedahan dan sakit pada lokasi insisi operasi. Maka, intervensi keperawatannya meliputi:

- a. Auskultasi suara paru tiap 4 jam
- b. Bantu klien untuk melakukan batuk efektif dan latihan napas dalam dengan menggunakan bantal untuk menahan lokasi insisi
- c. Jelaskan dan motivasi klien tentang pentingnya batuk efektif dan napas dalam
- d. Catat suara napas dan produksi sputum tiap pertukaran *shift*.

Bentuk dan metode dari dokumentasi asuhan keperawatan diperlukan untuk memenuhi kebutuhan klien dan perawat. Saat perawat pindah ke rumah sakit atau institusi yang lain, maka yakinkan bahwa perawat lain telah memahami peraturan yang terkait pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit tersebut. Hal yang harus tercantum di dalam rencana asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

- a. Masalah yang paling penting pada klien (apakah telah teratasi atau membaik saat klien pulang dari rumah sakit).
- b. Intervensi yang direncanakan untuk memenuhi kebutuhan klien, termasuk pengajaran dan perencanaan pulang.

Dokumentasi rencana asuhan keperawatan harus ditandatangani oleh perawat yang membuatnya agar dapat dipertanggungjawabkan. Intervensi keperawatan akan mengarahkan perawat dalam merawat klien. Oleh karena itu, penting sekali untuk mencatat rangkaian intervensi keperawatan berdasarkan prioritasnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Msn, R. N., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M., & Zanotti, M. (2019). *Nursing Diagnosis Handbook E-Book: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Mosby.
- Bulechek, G.M, dkk. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*, 8 Ed 6. Ahli Bahasa Intansari & Roxsana. Yogyakarta: Mocomedia.
- Carpenito, L.J. (2000). *Diagnosa Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinis*, Ed 6. Jakarta: EGC
- Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika
- Herdman, T. (2012). *NANDA Internasional Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012 - 2014* . Jakarta : EGC
- Nikmatur Rohmah dan Saiful Walid. 2019. *Proses Keperawatan Berbasis KKNI(Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia)*.Malang : Edulitera (Anggota IKAPI)
- Muhith, Abdul. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi*.Yogyakarta: ANDI
- Made Ermayani dan Aprilia Nuryanti. 2017. *Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berbasis Standardized Nursing Language (SNL) NANDA-I, NOC, dan NIC Di Ruang Rawat Inap*. Mahakam Nursing Journal. Vol:2,No.2.
- Mohammad As'ad Efendy dn Retno Purwandari. 2012. *Perbedaan tingkat Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Sebelum dan Sesudah Penerpan NANDA-I,NIC, dan NOC*. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of nursing). Vol:7 No.2.
- Herdman, T. (2012). *NANDA Internasional Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012 - 2014* . Jakarta : EGC
- PPNI (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.

PROFIL PENULIS



Pandu Aseta.,S.Kep.,Ns.M.Kep adalah staf pengajar di Politeknik Insan Husada Surakarta pada jurusan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan. Penulis menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan S2 Magister Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar dan pelatihan keperawatan di bidang perawatan luka dan perawatan holistic.

BAB VIII

KONSEP DAN MENGAPLIKASIKAN TAHAP PELAKSANAAN DAN EVALUASI

Tatik Trisnowati, S.Kep. Ns.,M. Kes.

Politeknik Insan Husada Surakarta

A. TAHAP PELAKSANAAN KEPERAWATAN

Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang lebih baik dan optimal. Tahap pelaksanaan adalah tahap ke empat dalam memberikan asuhan keperawatan merupakan tahap dimana perawat melaksanakan rencana tindakan yang sudah direncanakan pada tahap perencanaan.

1. Tujuan tahap pelaksanaan

Tujuan implementasi keperawatan yaitu membantu klien dalam mencapai tujuan yang diharapkan dalam kriteria hasil, meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, serta memfasilitasi koping.

2. Prinsip Etika dan Norma Dalam Tindakan Keperawatan

a. Asas menghormati otonomi pasien

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien, perawat hendaknya mempertimbangkan hak pasien, sehingga pasien perlu mendapatkan *inform consent* sebelum dilakukan tindakan terutama tindakan invasif dan atau yang menimbulkan risiko. Pasien wajib mendapatkan penjelasan yang jelas dan perawat menghormati hak otonomi pasien untuk mengambil keputusan.

b. Asas manfaat

Asas manfaat menekankan pada tindakan yang dilakukan oleh perawat ke pasien, harus memberikan unsur manfaat bagi pasien.

- c. Asas tidak merugikan
Dalam menjalankan profesinya perawat harus menghindari tindakan-tindakan yang merugikan pasien, sehingga perawat dituntut harus kompeten.
 - d. Asas kejujuran
Kejujuran harus dimiliki perawat dalam menjalankan profesinya. Dengan kejujuran informasi/penjelasan yang disampaikan perawat lebih mudah dipahami, sehingga dapat mengurangi hal-hal yang tidak diinginkan
 - e. Asas kerahasiaan
Dalam menjalankan profesinya perawat harus dapat menyimpan unsur privasi dan menjaga kerahasiaan pasien. Perawat tidak menceritakan kepada siapapun tentang kondisi/data pasien kecuali petugas yang berwenang.
 - f. Asas keadilan
Perawat wajib memperlakukan pasien secara adil kepada siapa saja dan dalam kondisi apa saja. Perawat tidak boleh membedakan pasien.
3. Prinsip Implementasi Keperawatan
- Beberapa pedoman atau prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut:
- a. Berdasarkan respons klien.
 - b. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan.
 - c. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
 - d. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
 - e. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
 - f. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (self care).

- g. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
 - h. Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien.
 - i. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
 - j. Bersifat holistik.
 - k. Kerjasama dengan profesi lain.
 - l. Melakukan dokumentasi
4. Faktor Yang Mempengaruhi Dalam Tahap Pelaksanaan
- a. Kemampuan intelektual, teknikal, dan interpersonal
 - b. Kemampuan menilai data baru
 - c. Kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan
 - d. Penyesuaian selama berinteraksi dengan klien
 - e. Kemampuan pengambilan keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan
 - f. Kemampuan untuk menjamin keamanan dan kenyamanan serta efektivitas tindakan
5. Jenis Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
- a. Tindakan Keperawatan Independen
Tindakan mandiri perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien
 - b. Tindakan Keperawatan Dependen
Tindakan perawat yang tergantung dengan tim kesehatan yang lain.
 - c. Tindakan Keperawatan Kolaboratif
Tindakan perawat yang membutuhkan gabungan tindakan dari beberapa anggota tim kesehatan.

Adapun komponen tindakan keperawatan meliputi :

- a. Pelaksanaan tindakan observasi
Proses ini membutuhkan ketajaman observasi perawat termasuk keterampilan mengevaluasi yang tepat. Progam yang lebih dari yang sangat menentukan kesehatan klien. Perawat harus lebih melihat perkembangan yang baik dan buruk dari klien seperti mengobservasi tanda vital, therapi medis, ketidak efektifan bersihan jalan nafas

- b. Pelaksanaan tindakan terapeutik
Tindakan terapeutik adalah tindakan yang diberikan sesuai keadaan klien. Rencana keperawatan yang lebih dari satu harus dikerjakan sungguh-sungguh sesuai prioritas masalah dalam diagnosa keperawatan
 - c. Pelaksanaan tindakan edukatif
Tindakan ini ditujukan untuk merubah perilaku klien melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada klien.
 - d. Pelaksanaan tindakan kolaboratif
Tindakan keperawatan yang memerlukan hubungan kerja sama antara anggota tim dalam memberikan asuhan kesehatan.
6. Komponen Penting Pada Tahap Pelaksanaan
- a. **Why** : Harus dijelaskan alasan tindakan harus dilaksanakan dan data yang ada dari hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan
 - b. **What** : Mencantumkan secara jelas, ringkas dari pengobatan atau tindakan yang dilakukan
 - c. **When** : Mencantumkan waktu pelaksanaan tindakan sangat penting dalam hal pertanggung jawaban hukum dan efektifitas tertentu
 - d. **How** : Tindakan dilaksanakan dalam penambahan keterangan yang lebih detail. Misalnya, “ miring kanan atau kiri dengan bantuan perawat.” Menandakan suatu prinsip ilmiah dan rasional dari rencana tindakan. Metode ini akan bisa meningkatkan dalam upaya - upaya penggunaan prosedur keperawatan yang tepat.
 - e. **Who** : siapa yang melaksanakan tindakan harus selalu dituliskan pada tahap pelaksanaan serta tanda tangan sebagai pertanggung jawaban
7. Tahap – tahap Pelaksanaan tindakan keperawatan
- a. Tahap Persiapan
 - 1) Review rencana tindakan keperawatan
 - 2) Analisis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan
 - 3) Antisipasi komplikasi
 - 4) Mempersiapkan peralatan yang dibutuhkan
 - 5) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik
 - 6) Memperhatikan hak-hak pasien antara lain :

- a) Hak atas pelayanan kesehatan
 - b) Hak atas informasi
 - c) Hak untuk menentukan nasib sendiri
 - d) Hak atas *second opinion*
 - b. Tahap pelaksanaan
 - 1) Berfokus pada klien
 - 2) Berorientasi pada tujuan dan kriteria hasil
 - 3) Memperhatikan keamanan fisik dan psikologis klien
 - 4) Kompeten
 - c. Tahap sesudah pelaksanaan
 - 1) Menilai keberhasilan tindakan
 - 2) Mendokumentasikan tindakan, yang meliputi :
 - a) Aktivitas/tindakan keperawatan
 - b) Hasil/respons pasien
 - c) Tanggal/jam
 - d) Nomor diagnosis keperawatan
 - e) Tanda tangan
8. Mengaplikasikan Tahap Pelaksanaan Keperawatan
- a. Nomor diagnosis keperawatan
 Cantumkan nomor diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah yang sudah diidentifikasi dalam format diagnosis sesuai prioritas
 - b. Tanggal/ jam
 Cantumkan tanggal, bulan, tahun dan jam dilakukannya tindakan keperawatan
 - c. Tindakan
 - 1) Tulis nomor urut tindakan yang anda lakukan
 - 2) Tindakan dituliskan berdasarkan urutan pelaksanaan tindakan
 - 3) Tulislah tindakan yang anda lakukan beserta hasil/respon pasien dengan jelas
 - 4) Jangan lupa menuliskan nama, jenis obat, dosis, cara pemberian, dan instruksi medis yang lain dengan jelas

- 5) Untuk tindakan pendidikan kesehatan dituliskan “ memberikan penyuluhan kepada pasien/keluarga tentang.....” (SAP/laporan penyuluhan terlampir)

d. Paraf

Cantumkan paraf dan nama terang yang memberikan tindakan.Untuk lebih jelas pemahaman, dibawah ini contoh tabel dan penulisan implementasi tindakan keperawatan. kita coba dari tuliskan ke tabel implementasi keperawatan.

Tabel 8.1 Aplikasi Tahap Pelaksanaan

No. Diagnosis Keperawatan	Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
1	10 -12- 2021		
	07.05	1. Mengukur tanda vital	Tatik
	07.10	2. Mengukur intensitas nyeri	Tatik
	07.15	3. Mengajarkan teknik relaksasi distraksi	Nana
	08.00	4. Memberikan injeksi Ketorolac 30 mg/IV	Nana
	10.00	5. Membantu mengatur posisi yang nyaman miring kiri	Nana
2	10-12-2021		
	08.00	1. Memberikan injeksi Ceftriaxon 1 gr/IV	Tatik
	08.30	2. Mengobservasi luka	Tatik
	08.35	3. Melakukan perawatan luka	Nana
	09.00	4. Mengajarkan cara cuci tangan	Nana

B. TAHAP EVALUASI KEPERAWATAN

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan

kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai.

1. Tujuan Evaluasi Keperawatan

Tujuan dari tahap evaluasi ini adalah:

- a. melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
- b. menentukan apakah tujuan keperawatan sudah tercapai atau belum
- c. mengkaji penyebab jika tujuan keperawatan belum tercapai

2. Tipe Evaluasi

Terdapat dua tipe evaluasi yaitu :

a. Evaluasi formatif

Evaluasi yang menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera. Evaluasi ini berorientasi pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut sebagai evaluasi proses.

Evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat klien terhadap intervensi keperawatan atau prosedur. Contohnya respon klien merasa gatal –gatal setelah minum obat.

- b. Evaluasi sumatif yang merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu. Pada evaluasi ini berorientasi pada masalah keperawatan yang sudah ditegakan, menjelaskan keberhasilan /ketidakberhasilan, rekapitulasi, dan atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan.

Evaluasi sumatif untuk setiap hasil yang diharapkan diidentifikasi pada perencanaan keperawatan klien, bisa berjalan 100 m dan menaiki 12 tangga tanpa bantuan. Evaluasi sumatif : dapat berjalan 50 m tanpa alat bantu dan dapat naik turun 6 tangga tanpa bantuan

3. Hasil Evaluasi Keperawatan

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi ini yaitu:

a. Tujuan tercapai

Jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan

- b. Tujuan tercapai sebagian
Jika klien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
- c. Tujuan tidak tercapai
klien tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali atau dapat timbul masalah baru

Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor :

- a. Tujuan tidak realistis.
- b. Tindakan keperawatan yang tidak tepat.
- c. Terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi.

4. Proses Evaluasi Keperawatan

Dalam Potter, (2005), proses evaluasi menentukan efektifitas asuhan keperawatan meliputi 5 unsur, yaitu :

- a. Mengidentifikasi kriteria dan standar evaluasi
- b. Mengumpulkan data untuk menentukan apakah kriteria dan standar telah terpenuhi
Mengumpulkan data evaluatif pada situasi klinik, data evaluasi harus dikumpulkan dalam periode tertentu untuk menentukan adanya perubahan atau perbaikan.
- c. Menginterpretasi dan meringkas data
Perawat membuat penilaian tentang kondisi pasien sesuai temuan data yang diperoleh. Saat menginterpretasikan temuan, perawat membandingkan respon, gejala dan tanda yang diharapkan dengan temuan dilapangan/data klien
- d. Mendokumentasikan temuan dan pertimbangan klinis
Menghentikan atau meneruskan, atau merevisi rencana keperawatan.
- e. Modifikasi rencana keperawatan
Modifikasi rencana keperawatan dilakukan jika hasil evaluasi kita ada temuan data baru yang mendukung timbulnya masalah keperawatan baru. Sehingga perawat harus merevisi daftar diagnosis keperawatan,

dan menyusun rencana keperawatan baru sesuai dengan masalah yang baru ditemukan

5. Komponen Evaluasi keperawatan

Untuk lebih mudah melakukan pemantauan dalam kegiatan evaluasi keperawatan maka kita menggunakan komponen SOAP/SOAPIER yaitu:

S : Data subyektif

O : Data objektif

A : Analisis , interpretasi dari data subyektif dan data objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis yang masih terjadi, atau masalah atau diagnosis yang baru akibat adanya perubahan status kesehatan klien.

P : Planning, yaitu perencanaan yang akan dilakukan, apakah dilanjutkan, ditambah atau dimodifikasi

I : Implementasi, artinya pelaksanaan tindakan yang dilakukan sesuai instruksi yang ada dikomponen P

E : Evaluasi, respon klien setelah dilakukan tindakan.

R : Reassessment, pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi. Apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi atau dihentikan

6. Mengaplikasikan Tahap Evaluasi Keperawatan

1) Masalah keperawatan

Tuliskan masalah keperawatan (hanya problemnya saja)

2) Tanggal dan jam

Tuliskan tanggal, bulan, tahun dan jam dilakukan evaluasi

3) Komponen catatan perkembangan SOAP/SOAPIE/SOAPIER

Pilih salah satu pendekatan komponen evaluasi.

4) Paraf

Tuliskan nama terang dan paraf yang melakukan evaluasi.

Tabel 8.2 Aplikasi Tahap Evaluasi
Menggunakan SOAP

Diagnosis Keperawatan	Tanggal, Jam	Catatan perkembangan	Paraf
Nyeri	10 Des 2021 14.00	S : klien masih mengeluh semakin nyeri karena terdapat luka jahitan, skala 8 hilang timbul O : pasien tampak menyeringai, mendesis saat merubah posisi A : nyeri akut masih berlanjut P : rencana tindakan 1 dihentikan, rencana tindakan no 2-5 dilanjutkan	 Tatik

Tabel 8.3 Aplikasi Tahap Evaluasi
Menggunakan SOAPIER

Diagnosis Keperawatan	Tanggal, Jam	Catatan perkembangan	Paraf
Nyeri	10 Des 2021 14.00	S : klien masih mengeluh semakin nyeri karena terdapat luka jahitan, skala 8 hilang timbul O : pasien tampak menyeringai, mendesis saat merubah posisi A : nyeri akut masih berlanjut P : rencana tindakan 1 dihentikan, rencana tindakan no 2-5 dilanjutkan I : 1. Mengobservasi intensitas nyeri, dan keadaan umum, 2. Memonitor tanda vital 3. Mengatur posisi nyaman 4. Mengajarkan teknik relaksasi distraksi	 Tatik

		5. Memberikan ketorolac 30 mg/IV E : 1. pasien kooperatif dan merasa nyaman 2. pasien kooperatif dan dapat mendemonstrasikan dengan benar 3. pasien merasa nyaman R : Rencana 1-2 dilanjutkan	
--	--	--	--

7. Penentuan keputusan pada tahap evaluasi

Ada 3 kemungkinan keputusan pada tahap ini:

- a. Klien telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan, sehingga rencana mungkin dihentikan.
- b. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan, sehingga perlu penambahan waktu, resources, dan intervensi sebelum tujuan berhasil.
- c. Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan, sehingga perlu:
 - a) Mengkaji ulang masalah atau respons yang lebih akurat.
 - b) Membuat outcome yang baru, mungkin outcome pertama tidak realistis atau mungkin keluarga tidak menghendaki terhadap tujuan yang disusun oleh perawat.
 - c) Intervensi keperawatan harus dievaluasi dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan sebelumnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2013). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta. EGC
- Nursalam, et al. (2013). Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Olfah Y dan Ghofur A. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak. Dokumentasi Keperawatan. Jakarta. Pusdik SDM Kesehatan.
- Sunaryanti, B. (2021). Konsep Proses Keperawatan. Surakarta. Yuma Pustaka.
- Potter, P.A, Perry, A.G. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik.Edisi 4.Volume 1.Alih Bahasa : Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC.

PROFIL PENULIS



Nama : Tatik Trisnowati, S.Kep. Ns. M. Kes.

Tempat, tanggal lahir : Sragen, 12 Juli 1976

Pendidikan : S1 Keperawatan dan Profesi PSIK UGM lulus tahun 2003

S2 Magister Kedokteran Keluarga UNS lulus tahun 2014

Dosen AKPER PPNI Surakarta (2000-2014)

Dosen AKPER Insan Husada Surakarta (2014-2021)

Dosen Prodi D III Keperawatan Politeknik Insan Husada Surakarta (2021 – sekarang)

BAB IX

PERAN, FUNGSI DAN TUGAS PERAWAT DALAM PENGEMBANGAN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

**Tunjung Sri Yulianti, S.Kep., Ns., M.Kes.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala**

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, luka dan proses penuaan. Dalam melaksanakan pekerjaannya maka perawat memiliki peran, fungsi dan tugas sesuai dengan bidangnya masing-masing.

A. PERAN

Peran merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukannya dalam system. Perawat mengemban beberapa peran saat mereka memberikan asuhan keperawatan pada klien. Perawat menjalankan peran ini secara bersamaan tanpa membedakan satu peran dengan yang lain. Peran yang dibutuhkan pada waktu tertentu bergantung pada kebutuhan klien dan aspek dalam lingkungan tertentu. Perawat profesional pemula mempunyai peran melaksanakan pelayanan keperawatan profesional dalam suatu system pelayanan kesehatan sesuai kebijakan umum pemerintah yang berlandaskan Pancasila, khususnya pelayanan atau asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas berdasarkan kaidah-kaidah sebagai berikut :

1. Menunjukkan sikap kepemimpinan dan bertanggungjawab dalam mengelola asuhan keperawatan.

2. Berperan serta dalam kegiatan penelitian dalam bidang keperawatan dan menggunakan hasil penelitian serta perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan atau asuhan keperawatan.
3. Berperan secara aktif dalam mendidik dan melatih pasien dalam kemandirian untuk hidup sehat.
4. Mengembangkan diri terus menerus untuk meningkatkan kemampuan profesional.
5. Memelihara dan mengembangkan kepribadian serta sikap yang sesuai dengan etika keperawatan dalam melaksanakan profesinya. Berfungsi sebagai anggota masyarakat yang reaktif, produktif, terbuka untuk menerima perubahan serta berorientasi ke masa depan sesuai dengan perannya.

Peran perawat secara umum adalah :

1. Meyakinkan bahwa perusahaan memenuhi peraturan dan perundangan.
2. Mengembangkan program surveillance kesehatan.
3. Melakukan konseling.
4. Melakukan koordinasi untuk kegiatan promosi kesehatan dan fitness.
5. Melakukan penilaian bahaya potensial kesehatan dan keselamatan di tempat kerja.
6. Mengelola penatalaksanaan penyakit umum dan penyakit akibat kerja dan pertolongan pertama pada kecelakaan serta masalah kesehatan primer di perusahaan.
7. Melaksanakan evaluasi kesehatan dan kecelakaan kerja.
8. Konsultasi dengan pihak manajemen dan pihak lain yang diperlukan.
9. Mengelola pelayanan kesehatan, termasuk merencanakan, mengembangkan dan menganalisa program, pembiayaan, staffing serta administrasi umum.

Sedangkan peran perawat menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan tahun 1989 adalah :

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan
 Dalam melakukan peran ini, perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan untuk memenuhi

kebutuhan dasar manusia. Setelah diperoleh data yang lengkap maka perawat dapat menentukan masalah kesehatan klien dengan menegakkan diagnosa keperawatan. Selanjutnya dapat ditentukan rencana perawatan dan dilaksanakan tindakan perawatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi bagaimana perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks. Tindakan keperawatan yang diberikan dapat berupa asuhan total bagi klien yang mengalami ketergantungan total, asuhan partial bagi pasien dengan tingkat ketergantungan Sebagian dan perawatan suportif-edukatif untuk membantu klien mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan tertinggi. Pemberian asuhan mencakup asuhan fisik, psikososial, perkembangan, budaya dan spiritual. Kerangka kerja pemberian asuhan bagi perawat tercakup dalam proses keperawatan. Oleh karena itu kompetensi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan harus benar-benar baik.

2. Sebagai advokat klien

Perawat dapat menjalankan peran ini dengan membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasi dan memahami berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain. Khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien. Klien mempunyai hak yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian. Perawat bertanggungjawab membantu klien mendapatkan hak-haknya dalam pelayanan kesehatan. Perawat wajib melindungi klien dari resiko-resiko negatif yang mungkin timbul dalam pelayanan kesehatan yang diterima. Perawat dapat mewakili kebutuhan dan harapan klien kepada profesional kesehatan lain.

3. Sebagai edukator

Peran ini dilakukan perawat dengan membantu pasien dan keluarga dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan, gejala penyakit dan tindakan yang diberikan. Perawat membantu klien mengenal masalah kesehatan dan prosedur asuhan kesehatan yang diperlukan guna memulihkan atau

memelihara kesehatannya tersebut. Perawat mengkaji kebutuhan dan kesiapan belajar klien, menentukan tujuan belajar khusus bersama klien, menerapkan strategi pendidikan dan mengukur hasil belajar. Perawat wajib menguasai kompetensi pemberian pendidikan kesehatan dengan baik sehingga terjadi perubahan perilaku kesehatan dari klien maupun keluarga setelah mendapatkan pendidikan kesehatan.

4. Sebagai koordinator

Perawat adalah salah satu tim kesehatan yang berada di dekat klien selama 24 jam. Oleh karena itu perawat dapat melakukan perannya sebagai koordinator perawatan dengan cara mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan yang lain, sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

5. Sebagai kolaborator

Tim kesehatan terdiri dari berbagai profesi salah satunya adalah perawat. Dalam melakukan tugas memberikan pelayanan kesehatan, perawat perlu bekerjasama dengan tim kesehatan lain yang memiliki kontribusi dalam pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh klien, dimulai dengan mengidentifikasi masalah kesehatan klien dan pelayanan perawatan yang dibutuhkan. Kerjasama dapat dilakukan dengan diskusi atau tukar pendapat dalam menentukan tindakan atau pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien.

6. Sebagai konsultan

Perawat dapat menjadi tempat konsultasi klien untuk masalah atau tindakan keperawatan yang tepat diberikan. Peran ini dapat dilakukan bila klien memerlukan informasi tentang masalah kesehatan yang dialami, tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan dan tindakan perawatan yang dibutuhkan.

7. Sebagai pembaharu

Perawat dapat melakukan peran sebagai pembaharu dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan. Dengan menjalankan

peran sebagai pembaharu perawat dapat melakukan perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

Selain peran-peran di atas, perawat juga memiliki peran lain dalam pelayanan keperawatan. Lokakarya keperawatan tahun 1983 membagi peran perawat menjadi empat hal :

1. Sebagai pelaksanaan pelayanan keperawatan
Peran ini sama dengan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung atau tidak langsung kepada klien sebagai individu, keluarga dan masyarakat. Dalam pelaksanaan perannya ini perawat menggunakan metode pemecahan masalah yaitu proses keperawatan.
2. Sebagai pendidik dalam keperawatan
Dalam menjalankan perannya sebagai pendidik, perawat berperan dalam mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui pemberian pendidikan kesehatan atau penyuluhan untuk merubah perilaku kesehatannya. Perawat juga bisa menjadi pendidik bagi tenaga kesehatan yang berada di bawah tanggungjawabnya dengan melakukan desiminasi ilmu-ilmu keperawatan kepada peserta didik keperawatan.
3. Sebagai pengelola pelayanan keperawatan
Perawat memiliki peran dan tanggungjawab dalam mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam kerangka paradigma keperawatan. Dalam menjalankan perannya sebagai pengelola pelayanan keperawatan maka perawat melakukan pemantauan dan menjamin kualitas asuhan atau pelayanan keperawatan serta mengorganisasikan dan mengendalikan system pelayanan keperawatan. Secara umum pengetahuan perawat tentang fungsi, posisi, lingkup kewenangan dan tanggungjawabnya sebagai pelaksana belum maksimal. Dalam hal ini perawat perlu meningkatkan pemahamannya tentang manajemen keperawatan sehingga peran sebagai pengelola pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan baik.
4. Sebagai peneliti dan pengembang pelayanan keperawatan
Sebagai peneliti dan pengembang bidang perawatan, perawat diharapkan mampu mengidentifikasi masalah-masalah dalam keperawatan yang

membutuhkan penelitian lebih lanjut. Melaksanakan kegiatan penelitian dengan menerapkan prinsip dan metode penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan. Penelitian di bidang keperawatan berperan dalam mengurangi kesenjangan penguasaan teknologi di bidang kesehatan, karena temuan penelitian lebih memungkinkan untuk mendukung terjadinya transformasi ilmu pengetahuan dan teknologi. Selain itu hasil-hasil temuan penelitian sangat penting dalam memperkuat upaya menetapkan dan memajukan profesi keperawatan. Untuk kegiatan penelitian di area klinis, perawat perlu (a) memahami proses dan Bahasa penelitian, (b) peka terhadap isu terkait untuk melindungi hak asasi subjek, (c) berpartisipasi dalam mengidentifikasi masalah penting yang diteliti, (d) menjadi konsumen yang dapat membedakan temuan penelitian.

Peran yang berbeda juga dimiliki oleh perawat dalam pemberian pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut :

1. Sebagai pemimpin

Seorang pemimpin mempengaruhi orang lain untuk bekerjasama guna mencapai tujuan tertentu. Peran pemimpin dapat diterapkan pada tingkatan yang berbeda, yakni pada klien perorangan, kelompok klien, kolega ataupun komunitas. Kepemimpinan yang efektif merupakan proses belajar yang memerlukan pemahaman terhadap kebutuhan dan tujuan yang memotivasi orang lain, pengetahuan untuk menerapkan ketrampilan memimpin dan kemampuan interpersonal untuk mempengaruhi orang lain.

2. Sebagai manajer kasus

Perawat manajer kasus bekerja dalam tim asuhan kesehatan multidisiplin untuk mengukur efektifitas rencana manajemen kasus dan untuk memantau hasil. Pada beberapa institusi, manajer kasus bekerja bersama dengan perawat primer atau staf perawat untuk mengawasi asuhan dari beban kasus tertentu. Di beberapa institusi yang lain, manajer kasus adalah perawat primer atau perawat yang memberikan beberapa tingkatan perawatan langsung kepada klien dan keluarga. Perusahaan asuransi juga

telah mengembangkan sejumlah peran bagi perawat manajer kasus dan memberikan tanggungjawab yang beragam mulai dari mengelola hospitalisasi kasus akut hingga mengelola klien yang membutuhkan biaya tinggi atau jenis kasus yang berbeda. Manajer kasus membantu memastikan asuhan dipusatkan pada klien, sekaligus mengendalikan biaya.

3. Perluasan peran karir

Dewasa ini perawat dapat mewujudkan peran karir yang semakin luas, seperti perawat praktisi, perawat spesialis klinis, perawat bidan, perawat pendidik, perawat peneliti dan perawat anestesi, yang memungkinkan kemandirian dan otonomi yang lebih tinggi.

a. Perawat praktisi

Perawat yang menempuh pendidikan lanjutan dan lulusan dari program perawat praktisi dan mendapatkan sertifikasi khusus di bidang tertentu, misalnya perawat orang dewasa, perawat keluarga, perawat anak, dan sebagainya. Perawat ini bekerja di Lembaga layanan kesehatan atau lingkungan berbasis komunitas. Mereka menghadapi kasus akut yang tidak darurat atau dakit kronis dan memberikan asuhan rawat jalan primer.

b. Perawat spesialis klinis

Perawat yang melanjutkan pendidikan khusus dan memiliki sertifikasi serta dianggap memiliki keahlian di area tertentu misalnya perawat onkologi.

c. Perawat anestesi

Perawat ini menyelesaikan pendidikan lanjutan pada program yang telah terakreditasi di bidang anestesiologi. Perawat anestesi melakukan pengkajian pra operatif dan memberikan anestesi umum untuk pembedahan yang berada di bawah pengawasan dokter anestesi.

d. Perawat bidan

Perawat yang telah menyelesaikan program kebidanan dan mendapatkan sertifikasi. Perawat ini dapat memimpin persalinan pada kondisi normal, sementara.

- e. Perawat peneliti
Penelitian perawat ditujukan untuk memperbaiki, memperhalus dan memperluas pengetahuan keperawatan. Mereka dapat bekerja di institusi akademik, rumah sakit pendidikan dan pusat penelitian
- f. Perawat administrator
Perawat administrator mulai dari pemberian asuhan keperawatan kepada klien. Fungsi perawat ini adalah penyusunan anggaran, penempatan staf, dan perencanaan. Pendidikan minimal perawat ini adalah magister atau doktor.
- g. Perawat pendidik
Perawat ini memiliki keahlian di area praktik khusus dan memiliki tingkatan pendidikan yang lebih tinggi.
- h. Perawat pengusaha
Perawat ini biasanya mengelola usaha yang terkait dengan kesehatan. Perawat bisa terlibat di bidang Pendidikan, komunikasi, penelitian dan lain-lain.

B. FUNGSI

Fungsi adalah pekerjaan yang dilakukan seseorang sesuai dengan perannya. Fungsi tersebut dapat berubah sesuai dengan keadaan yang ada. Dalam menjalankan perannya, perawat akan melaksanakan berbagai fungsi diantaranya : fungsi independen, fungsi dependen dan fungsi interdependen.

1. Fungsi Independen

Fungsi independen disebut juga fungsi mandiri dan tidak tergantung pada tenaga kesehatan yang lain, dimana perawat melaksanakan tugasnya secara mandiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (kebutuhan oksigen, cairan dan elektrolit, nutrisi, aktivitas latihan dan kebutuhan dasar lainnya). Oleh karena itu perawat bertanggung jawab penuh terhadap akibat yang timbul dari tindakannya tersebut. Salah satu contoh Tindakan mandiri adalah melakukan pengkajian secara fisik untuk menentukan masalah kesehatan yang dialami.

2. Fungsi Dependen

Yaitu fungsi perawat dimana dalam melaksanakan perannya perawat membutuhkan instruksi atau perintah dari tim kesehatan yang lain. Sehingga tindakan yang dilakukan merupakan pelimpahan tugas dari tim kesehatan lain yang diberikan kepada perawat. Misalnya pelimpahan tugas dalam pemberian obat, pemasangan infus dan pemberian injeksi yang merupakan tugas dan wewenang tim dokter, maka ketika perawat telah melakukan tindakan tersebut sesuai dengan prosedur yang ditetapkan, apabila terjadi kegagalan tindakan menjadi tanggungjawab tim dokter dan bukan murni tanggungjawab perawat.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim kesehatan dimana dalam menjalankan perannya masing-masing saling tergantung satu dengan yang lainnya. Misalnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien dengan penyakit yang kompleks, maka perawat, dokter dan tim kesehatan yang lain memerlukan kerjasama. Dalam kolaborasi ini, klien menjadi fokus dalam upaya pelayanan kesehatan. Contohnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada penderita diabetes melitus, dokter memberikan pengobatan, ahli gizi berkontribusi dalam perencanaan makanan dan perawat bertanggungjawab dalam memberikan pendidikan kesehatan agar klien memahami dan menerapkan pengaturan diet yang telah ditetapkan.

Sedangkan menurut PK. ST. Carolus 1983, beberapa fungsi dari perawat adalah sebagai berikut :

1. Fungsi pokok

Membantu individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat dalam melaksanakan kegiatan yang menunjang kesehatan, penyembuhan atau menghadapi kematian dengan tenang sesuai dengan martabat manusia yang pada hakekatnya dapat dilaksanakan sendiri tanpa bantuan orang lain.

2. Fungsi tambahan

Membantu individu, keluarga dan masyarakat dalam melaksanakan rencana pengobatan yang ditentukan oleh dokter.

3. Fungsi kolaboratif

Sebagai anggota tim kesehatan, bekerjasama saling membantu dalam merencanakan dan melaksanakan program kesehatan secara keseluruhan yang meliputi pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, penyembuhan penyakit dan rehabilitasi kesehatan.

C. TUGAS

Selain peran dan fungsi, perawat juga memiliki tugas terkait dengan pelaksanaan peran dan fungsinya tersebut. Salah satu peran penting perawat adalah pemberi asuhan keperawatan. Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilaksanakan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan, sebagaimana tergambar dalam tabel sebagai berikut :

Fungsi Dan Tugas Perawat Dalam Asuhan Keperawatan

(Sumber : Lokakarya tahun 1983)

NO	FUNGSI PERAWAT		TUGAS PERAWAT
1.	Mengkaji kebutuhan klien sebagai individu, keluarga, masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensial untuk memenuhi kebutuhan tersebut	1. 2.	Mengumpulkan data. Menganalisis dan menginterpretasikan data
2.	Merencanakan tindakan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditemukan		Mengembangkan rencana Tindakan keperawatan.
3.	Melaksanakan rencana keperawatan yang meliputi upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan dan pemeliharaan kesehatan termasuk pelayanan klien dan keadaan terminal.		Menggunakan dan menerapkan konsep-konsep dan prinsip-prinsip ilmu perilaku, sosial budaya, ilmu biomedik dalam melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia.

4.	Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan	1. Menentukan kriteria yang dapat diukur dalam menilai rencana keperawatan. 2. Menilai tingkat pencapaian tujuan 3. Mengidentifikasi perubahan-perubahan yang diperlukan.
5.	Mendokumentasikan proses keperawatan	1. Mengevaluasi data permasalahan keperawatan. 2. Mencatat data dalam proses keperawatan. 3. Menggunakan catatan klien untuk memonitor kualitas asuhan keperawatan.
6.	Mengidentifikasi hal-hal yang perlu diteliti atau dipelajari serta merencanakan studi kasus guna meningkatkan pengetahuan dan mengembangkan ketrampilan dalam praktek keperawatan.	1. Mengidentifikasi masalah-masalah penelitian dalam bidang keperawatan. 2. Membuat usulan rencana penelitian keperawatan. 3. Menerapkan hasil penelitian dalam praktik keperawatan.
7.	Berperan serta dalam melaksanakan penyuluhan kesehatan kepada klien, keluarga, kelompok serta masyarakat	1. Mengidentifikasi kebutuhan pendidikan kesehatan. 2. Membuat rencana penyuluhan kesehatan. 3. Melaksanakan penyuluhan kesehatan. 4. Mengevaluasi hasil penyuluhan kesehatan.
8.	Bekerjasama dengan disiplin ilmu terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien,	1. Berperan serta dalam pelayanan kesehatan

	keluarga, kelompok dan masyarakat	2.	kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Menciptakan komunikasi yang efektif baik dengan tim keperawatan maupun tim kesehatan lain.
9.	Mengelola perawatan klien dan berperan sebagai ketua tim dalam melaksanakan kegiatan keperawatan		Menciptakan keterampilan manajemen dalam keperawatan klien secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, Aziz Alimul. (2008). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Kozier, Barbara, et al. (2010). Fundamental Keperawatan. Edisi 7. Alih Bahasa : Pamilih Eko Karyuni, et al. Jakarta : EGC.
- La Ode, Sharif. (2012). Konsep Dasar Keperawatan. Yogyakarta : Nuha Medika
- Murwani, Arita. (2008). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Yogyakarta : Fitramaya
- Potter, Patricia dan Anne Griffin Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Alih Bahasa : Adrina Frederika Nggie, Jakarta : Salemba Medika.

PROFIL PENULIS



1. Nama : Tunjung Sri Yulianti, S.Kep.,Ns., M.Kes.
2. Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala
3. Riwayat Pendidikan :
 - a. Sarjana Keperawatan & Ners
PSIK FK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2003
 - b. Magister Kesehatan
MKK Universitas Sebelas Maret Surakarta Lulus Tahun 2010.
4. Riwayat Pekerjaan :
 - a. 1995 – 1998 : Rumah Sakit Dr. OEN SOLO BARU
 - b. 1998 – sekarang : SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANTI KOSALA

BAB X

SISTEM PEMBERIAN PELAYANAN KESEHATAN DAN KEPERAWATAN

Sri Lestari, S.Kep.Ns.,M.Kes
Politeknik Insan Husada Surakarta

A. DEFINISI SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Sistem pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat (Dubois & Miley 2005 : 317).

Menurut Depkes RI (2009) Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

B. TEORI SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Teori system pelayanan kesehatan menurut Notoatmojo (2011):

1. Input

Merupakan subsistem yang akan memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah sistem, seperti system pelayanan kesehatan, maka masukan dapat berupa potensi masyarakat, tenaga kesehatan, sarana kesehatan dan lain-lain.

2. Proses

Merupakan suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah sebuah masukan untuk menjadikan sebuah hasil yang diharapkan dari system tersebut, sebahaimana contoh dalam system pelayanan kesehatan, maka

yang dimaksud proses adalah berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

3. Output

Merupakan hasil berupa layanan kesehatan yang berkualitas, efektif dan efisien serta dapat di jangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sehingga pasien sembuh dan sehat optimal.

4. Dampak

Merupakan akibat yang dihasilkan sebuah hasil bari sistem, yang terjadi relatif lama waktunya. Setelah hasil dicapai, sebagaimana dalam system pelayanan kesehatan , maka dampaknya akan menjadikan masyarakat sehat dan mengurangi angka kesakitan dan kematian karena pelayanan terjangkau oleh masyarakat.

5. Umpan Balik

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadikan masukan dan ini terjadi dari sebuah system yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam system pelayanan kesehatan dapat berupa kualitas tenaga kesehatanyang juga dapat menjadikan input yang selalu meningkat.

6. Lingkungan

Adalah semua keadaan diluar system tetati dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan sebagaimana dalam system pelayanan kesehatan, lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan strategis, atau situasi kondisi social yang ada di masyarakat seperti institusi di luar pelayanan masyarakat.

C. TINGKAT PELAYANAN KESEHATAN

Menurut Leavel & Clark tingkat pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, yaitu:

1. Health Promotion (Promosi Kesehatan)

Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan

masyarakat. Contoh: kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, dan sebagainya.

2. **Specific Protection (Perlindungan Khusus)**

Adalah masyarakat terlindung dari bahaya atau penyakit-penyakit tertentu. Contoh: Imunisasi, perlindungan keselamatan kerja.

3. **Early Diagnosis And Prompt Treatment (Diagnosis Dini & Pengobatan Segera)**

Sudah mulai timbulnya gejala penyakit. Dilakukan untuk mencegah penyebaran penyakit. Contoh: survey penyaringan kasus.

4. **Disability Limitation (Pembatasan kecacatan)**

Kecacatan yang ditakutkan terjadi disebabkan pengobatan kepada penderita tidak sempurna, Banyak penyakit yang yang dapat menimbulkan kecacatan dapat dicegah dengan pengobatan yang lebih sempurna, salah satunya adalah dengan meminum obat yang diberikan oleh dokter sampai habis.

5. **Rehabilitation (Rehabilitasi)**

Merupakan tahapan yang sifatnya pemulihan, ditujukan pada kelompok masyarakat yang dalam masa penyembuhan sehingga diharapkan agar benar-benar pulih dari sakit sehingga dapat beraktifitas dengan normal kembali.

D. LINGKUP SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Menurut Perry (2009), dalam sistem pelayanan kesehatan dapat mencakup pelayanan dokter, pelayanan keperawatan, dan pelayanan kesehatan masyarakat. Dokter merupakan subsistem dari pelayanan kesehatan. Subsistem pelayanan kesehatan tersebut memiliki tujuan masing-masing dengan tidak meninggalkan tujuan umum dari pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang ada sekarang ini dapat diselenggarakan oleh pihak pemerintah maupun swasta. Dalam pelayanan kesehatan terdapat 3 bentuk, yaitu:

1. **Primary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama)**

Pelayanan kesehatan ini dibutuhkan atau dilaksanakan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan yang ringan atau masyarakat sehat

tetapi ingin mendapatkan peningkatan kesehatan agar menjadi optimal dan sejahtera sehingga sifat pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan ini dapat dilaksanakan oleh puskesmas atau balai kesehatan masyarakat dan lain-lain.

2. Secondary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua)

Untuk pelayanan kesehatan ini diperlukan bagi masyarakat atau klien yang membutuhkan perawatan di rumah sakit atau rawat inap dan tidak dilaksanakan di pelayanan kesehatan utama. Pelayanan kesehatan ini dilaksanakan di rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis atau sejenisnya.

3. Tertiary Health Services (Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga)

Pelayanan kesehatan ini merupakan tingkat pelayanan yang tertinggi dimana tingkat pelayanan ini apabila tidak lagi dibutuhkan pelayanan pada tingkat pertama dan kedua. Biasanya pelayanan ini membutuhkan tenaga-tenaga yang ahli atau spesialis dan sebagai rujukan utama seperti rumah sakit yang tipe A atau B.

E. LEMBAGA PELAYANAN KESEHATAN

Menurut Hidayat (2008) lembaga pelayanan kesehatan merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat untuk meningkatkan status kesehatan. Bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan.

1. Rawat Jalan

Pusat pelayanan rawat jalan, sama dengan klinik, memberi pelayanan kesehatan dengan cara rawat jalan. Pusat tersebut mungkin bergabung dengan rumah sakit atau berfungsi secara mandiri dibawah suatu yayasan atau dibawah pengawasan seorang dokter atau sekelompok dokter. Pusat pelayanan rawat jalan mungkin dapat berlokasi dalam suatu fasilitas rawat inap; tetapi sebagian besar berdiri sendiri dan berlokasi jauh dari institusi rawat inap yang besar. “Pusat-Bedah” merupakan salah satu contoh dari pusat pelayanan rawat jalan dimana klien datang untuk melakukan prosedur operasi minor seperti pengangkatan katarak, bedah plastik, dan prosedur endoskopi. “Pusat perawatan darurat” yang

memberikan pelayanan 24 jam bagi klien dengan cedera minor atau penyakit seperti laserasi dan influenza. Pusat perawatan darurat menawarkan alternatif pelayanan seperti yang diberikan pada ruang kedaruratan rumah sakit.

2. Institusi

Lembaga institusional terdiri dari rumah sakit, fasilitas perawatan yang diperluas, fasilitas psikiatri, dan pusat rehabilitasi. Semuanya menawarkan bentuk pelayanan kesehatan rawat inap (klien diterima masuk dan tinggal di suatu institusi untuk penentuan diagnosa, menerima pelayanan pengobatan dan rehabilitasi). Sebagian besar institusi juga menawarkan pelayanan rawat jalan (klien berkunjung ke suatu institusi untuk menerima suatu episode diagnosa atau pengobatan yang akan selesai dalam beberapa jam).

3. Hospice

Adalah suatu sistem perawatan yang berpusat pada keluarga yang bertujuan agar klien dapat tinggal dirumahnya dengan aman, mandiri, dan penuh harga diri, sambil meringankan penderitaan yang disebabkan oleh penyakit terminal yang dideritanya. Fokus perawatan hospice adalah perawatan paliatif, bukan pengobatan kuratif. Hospice dapat bermanfaat untuk klien yang berada pada tahap terminal dengan penyakit apapun, seperti kardiomiopati, sklerosis multiple, AIDS, kanker, emfisema, atau penyakit ginjal.

4. Community Based Agency

Merupakan bagian dari lembaga pelayanan kesehatan yang dilakukan pada klien pada keluarganya, sebagaimana pelaksanaan perawatan keluarga seperti praktek perawat keluarga dan lain-lain.

F. PELAYANAN KEPERAWATAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Menurut Hidayat (2008) pelayanan keperawatan dalam pelayanan kesehatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan dasar & rujukan sehingga meningkatkan derajat kesehatan.

Pada tingkat pelayanan dasar dilakukan di lingkup puskesmas dengan pendekatan aspek keluarga dan komunitas yang berorientasi pada tugas keluarga dalam kesehatan, diantaranya mengenal masalah kesehatan secara dini, mengambil keputusan, menanggulangi keadaan darurat, memberikan pelayanan dasar pada anggota keluarga yang sakit serta memodifikasi lingkungan.

Pada lingkup pelayanan rujukan, tugas perawat adalah memberikan aspek pada ruang atau lingkup rujukannya, seperti: asuhan keperawatan anak, aspek jiwa, aspek medikal bedah, aspek maternitas, aspek gawat darurat, dan sebagainya.

1. Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Menurut Hidayat (2008) dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak segalanya tercapai sasaran, akan tetapi membutuhkan suatu proses untuk mengetahui masalah yang ditimbulkannya. Pelaksanaan pelayanan kesehatan juga akan lebih berkembang atau sebaliknya akan terhambat karena dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:

a. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Baru

Pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh ilmu pengetahuan dan teknologi baru, mengingat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan teknologi seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit dapat digunakan penggunaan alat seperti laser, terapi perubahan gen dan lain-lain. Berdasarkan itu, maka pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal dan pelayanan akan lebih profesional dan butuh tenaga-tenaga yang ahli dalam bidang tertentu.

b. Pergeseran Nilai Masyarakat

Berlangsungnya sistem pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi oleh nilai yang ada dimasyarakat sebagai penggunaan jasa pelayanan, dimana dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan yang berbeda. Masyarakat

yang sudah maju dengan pengetahuan yang tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan yang kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan, sehingga kondisi demikian akan sangat mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan.

c. Aspek Legal dan Etik

Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntutan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dengan memperhatikan nilai-nilai hukum dan etika yang ada dimasyarakat.

d. Ekonomi

Pelaksanaan pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh tingkat ekonomi di masyarakat. Semakin tinggi ekonomi seseorang, pelayanan kesehatan akan lebih diperhatikan dan mudah dijangkau, demikian juga sebaliknya apabila tingkat ekonomi seseorang rendah, maka akan sulit menjangkau pelayanan kesehatan mengingat biaya dalam jasa pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal. Keadaan ekonomi ini yang akan dapat mempengaruhi dalam sistem pelayanan kesehatan.

e. Politik

Kebijakan pemerintah melalui sistem politik yang ada akan sangat berpengaruh sekali dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan. Kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam sistem pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

Depkes RI., (2009) *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta

Dubois & Miley. (2005). *Social Work an empowering profession*. USA. Pearson Education, Inc.

Hidayat, A.A. A., (2008) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Edisi 2, Jakarta: Salemba Medika.

Notoatmodjo Soekidjo., (2011) *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta, Rineka Cipta

Perry, Potter., (2009) *Fundamental Keperawatan*, Buku 1, Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.

PROFIL PENULIS



Sri Lestari, S.Kep.Ns., M.Kes,

Lahir di Karanganyar 18 Desember 1971. Sejak tahun 1994-sekarang mengajar di Politeknik Insan Husada Surakarta yang dulunya adalah AKPER PPNI Surakarta ganti nama menjadi AKPER Insan Husada dan sekarang mejadi Politeknik Insan Husada. Aktif mengajar berbagai mata kuliah : Keperawatan Anak, Konsep Dasar Keperawatan, Etika Keperawatan, Psikologi dan Komunikasi dalam Keperawatan. Menyelesaikan pendidikan dari Akademi

Keperawatan Patria Husada Surakarta pada tahun 1993, S1 Keperawatan tahun 2005 dan Profesi Ners tahun 2012 di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran. Pada tahun 2015 lulus Magister Kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

BAB XI

BERPIKIR KRITIS DALAM

KEPERAWATAN

Ratna Indriati, A., M.Kes

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala

A. BERPIKIR KRITIS

Berpikir merupakan sebuah proses yang dinamis yang bisa berubah setiap saat. Dalam setiap keputusan dan tindakan yang dilakukan membutuhkan pemikiran. Keputusan yang tepat dihasilkan dari pemikiran yang baik, untuk itu sangat penting untuk memahami bagaimana berpikir kritis. Berpikir kritis adalah berpikir jernih dan cerdas, merupakan keterampilan intelektual yang diperlukan dalam mengidentifikasi masalah, menganalisis informasi, mengevaluasi informasi dan membuat kesimpulan (Bassham, et al, 2011). Berpikir kritis juga bisa diartikan sebagai suatu proses kognitif yang aktif dan terorganisasi yang digunakan untuk mengetahui apa yang sedang kita pikirkan dan bagaimana pemikiran kita terhadap orang lain. Berpikir kritis merupakan kemampuan untuk mempertimbangkan segala sesuatu sebagai dasar mengambil kesimpulan yang tepat, jadi orang yang berpikir kritis akan mengambil keputusan secara berhati-hati, dengan penuh pertimbangan, jelas dan logis sehingga dengan berpikir kritis akan menghindari pengambilan keputusan yang keliru.

John Dewey mendefinisikan berpikir kritis sebagai pertimbangan yang aktif dan teliti mengenai sebuah keyakinan atau bentuk pengetahuan yang diterima. Dewey menekankan karakter kritis pada keaktifan seseorang dalam berpikir. Sedangkan Robert Ennis mendefinisikan berpikir kritis sebagai pemikiran yang reflektif dan kemampuan untuk mengambil keputusan (Sihotang, 2019).

Pemikir kritis tidak begitu saja dengan mudah menerima sesuatu dari luar dirinya tetapi dia akan menyaring semua informasi yang diterima, demikian juga dengan berpikir kritis akan memungkinkan seseorang menyeleksi pengetahuan yang telah dimiliki sehingga bisa membedakan mana pengetahuan yang benar dan mana yang salah.

B. KARAKTERISTIK BERPIKIR KRITIS

Paul dan Elder (2013) dalam Sihotang (2019) menjelaskan seorang pemikir kritis memiliki karakteristik keutamaan berpikir kritis sebagai berikut:

1. Kerendahan Hati Intelektual

Adanya kesadaran akan keterbatasan diri dan karena sadar akan keterbatasan itu, ia membuka diri terhadap orang lain dan selalu mau belajar dari orang lain, menghindari sikap egosentrisme serta sikap *sok* tahu.

2. Keberanian Intelektual

Seorang pemikir kritis berani menghadapi kenyataan dan berani menyampaikan ide-ide yang benar karena dia mempunyai keyakinan yang teguh akan kebenaran ide itu. Dengan keberanian intelektual, Ia tidak takut mengatakan yang benar adalah benar dan mengatakan yang salah adalah salah

3. Empati Intelektual

Kemampuan menempatkan diri secara *imajinatif* pada posisi dan situasi orang lain. Dengan keutamaan ini, pemikir kritis mampu merekonstruksi secara tepat sudut pandang dan alasan, serta memberi argumen yang jelas dan tepat terhadap gagasan yang mendasari situasi seseorang. Dasar pertimbangan penyelesaian masalah yang digunakan adalah pertimbangan rasional.

4. Integritas Intelektual

Orang yang berpikir kritis adalah pribadi yang utuh dan kokoh serta berprinsip, menunjukkan diri apa adanya serta konsisten untuk melakukan apa yang dipikirkan dan dikatakan.

5. Keyakinan pada Rasionalitas

Apapun yang dilakukan selalu didasari dengan pertimbangan dan pemikiran rasional. Dengan pemikiran rasional tersebut maka akan bisa menemukan alasan-alasan yang baik sebagai kriteria dalam menerima atau menolak berbagai keyakinan yang ada.

C. BERPIKIR KRITIS DALAM KEPERAWATAN

Kemampuan berpikir kritis sangat diperlukan bagi seorang perawat, karena perawat dihadapkan pada situasi dimana harus mengambil keputusan yang tepat bagi klien berhubungan dengan masalah yang dihadapi, dengan keputusan yang tepat memungkinkan klien memperoleh perawatan yang terbaik. Demikian juga sebagai bentuk tanggungjawab perawat terhadap klien, maka perawat akan mengambil keputusan dalam perawatan terhadap klien dengan penuh pertimbangan sehingga keputusan klinik yang diambil oleh perawat bisa secara tepat dan akurat.

Pemikiran kritis diperlukan oleh perawat dalam mengidentifikasi masalah yang dihadapi klien dengan menganalisa seluruh informasi/data yang diperoleh dari klien sehingga seluruh masalah klien bisa diidentifikasi secara tepat, hal ini sangat penting untuk bisa memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien dan mengurangi kesalahan dalam penilaian klinis. Pemikiran kritis juga diperlukan oleh perawat dalam mengidentifikasi tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah klien serta melakukan evaluasi terhadap perkembangan masalah yang dihadapi klien.

Berpikir kritis sangat diperlukan pada saat perawat menerapkan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien yang terbaik, mulai dari mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan klien dimana perawat perlu berpikir secara kritis tentang apa yang harus dikaji, menentukan masalah atau diagnosa keperawatan yaitu masalah yang benar-benar dirasakan klien, menentukan prioritas keperawatan, menetapkan tujuan, merancang intervensi keperawatan yang sesuai, melakukan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan. Pada proses evaluasi, berpikir kritis memegang peranan yang penting karena pada fase ini perawat harus dapat mengambil keputusan apakah semua kebutuhan klien sudah terpenuhi atau

apakah diperlukan adanya modifikasi tindakan dalam memecahkan masalah yang sedang dihadapi oleh klien.

D. MODEL BERPIKIR KRITIS DALAM KEPERAWATAN

Model berpikir yang secara kolektif mewakili berpikir kritis dalam keperawatan model T.H.I.N.K (Rubenfeld dan Scheffer, 2007). Model T.H.I.N.K meliputi *Total Recall* (Ingatan total), *Habits* (Kebiasaan), *Inquiry* (Penyelidikan), *New Ideas and Creativity* (Ide Baru dan Kreativitas) dan *Knowing how You think* (Mengetahui bagaimana anda berpikir). Perawat yang berpikir kritis mampu menggunakan semua model ini setiap waktu.

1. *Total Recall*/Ingatan Total

Ingatan total berarti mengingat beberapa fakta ketika dibutuhkan. Fakta-fakta itu tersimpan dalam ingatan baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang. Apa yang pernah dipelajari, apa yang pernah dilihat atau dibaca tersimpan dalam pikiran, dan pada saat dibutuhkan fakta-fakta tersebut bisa ditarik/bisa diakses. Seberapa besar seseorang bisa menarik ingatannya bergantung pada memorinya/ kemampuannya dalam mengingat, namun untuk mengingat juga bisa dengan menghubungkan sebuah fakta dengan beberapa pengalaman.

Fakta-fakta keperawatan bisa diperoleh dari berbagai sumber seperti dari buku, dari proses pembelajaran yang pernah dilakukan di kelas maupun laboratorium, informasi dari klien dan keluarga serta sumber lain. Pada waktu melakukan tindakan keperawatan pada klien perawat bisa mengakses pengetahuan yang pernah dipelajari dan tersimpan dalam pikiran sehingga perawat bisa mengetahui apa dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan. Kemampuan mengingat tersebut penting untuk perawat yang akan menuntunnya melakukan asuhan keperawatan secara tepat sesuai standar. Untuk menjadi Perawat yang berpikir kritis perlu memiliki kemampuan mengingat fakta-fakta dalam keperawatan yang diperoleh dari berbagai sumber termasuk dari klien dan keluarganya.

2. *Habits/Kebiasaan*

Kebiasaan merupakan pendekatan berpikir yang sering kali diulang-ulang sehingga menjadi sifat alami kedua/menjadi kebiasaan baru. Kebiasaan memungkinkan seseorang melakukan tindakan tanpa perlu banyak waktu untuk mempertimbangkan bagaimana ia harus melakukannya. Suatu aktivitas akan menjadi kebiasaan jika aktivitas itu dilakukan berulang-ulang. Seperti seseorang yang setiap hari melewati jalan yang sama setiap hari maka ketika ia melewatinya sudah tidak terlalu memikirkan jalan yang dilewati. Dalam melakukan tindakan keperawatan sangat penting untuk membangun kebiasaan dalam melakukan tindakan yang sesuai dengan prosedur yang tepat, sehingga apabila tindakan tersebut diperlukan dalam keadaan yang mendesak maka tidak memerlukan banyak waktu untuk memikirkan bagaimana prosedurnya karena tindakan tersebut sudah menjadi suatu kebiasaan. Kebiasaan tersebut menjadi cara baru dalam melakukan suatu tindakan/pekerjaan. Terkadang perawat dihadapkan pada situasi dimana harus mencari solusi dan bertindak secara cepat atau spontan karena mungkin tidak ada waktu lagi untuk berpikir misalnya cara tepat untuk melakukan injeksi, memasang infus, memasang kateter dan masih banyak lagi prosedur perawatan lain.

3. *Inquiry/Penyelidikan*

Penyelidikan merupakan tindakan yang dilakukan untuk memeriksa isu – isu penting untuk menemukan fakta melalui pembuktian terhadap isu tersebut dan mempertanyakan isu yang masih belum tampak secara jelas. Penyelidikan merupakan jenis berpikir yang sangat penting untuk mencapai kesimpulan. Penyelidikan merupakan proses mengumpulkan dan menganalisis informasi untuk membuat kesimpulan tambahan diluar kesimpulan yang telah ada. Kesimpulan yang didasarkan pada hasil penyelidikan akan menghasilkan kesimpulan yang lebih baik dibandingkan dengan kesimpulan yang diambil tanpa terlebih dahulu melakukan penyelidikan.

Tahapan penyelidikan meliputi :

- a. Mencari atau mendapatkan suatu informasi tentang sesuatu hal
- b. Membuat rangkaian sementara dari informasi yang didapat

- c. Mengenali beberapa kesenjangan/gap dalam informasi yang diketahuinya
 - d. Mengumpulkan informasi tambahan yang berhubungan dengan informasi pertama
 - e. Membandingkan antara informasi baru dengan apa yang lebih dulu diketahuinya
 - f. Mempertanyakan setiap bias yang ada
 - g. Mempertimbangkan satu atau lebih alternatif kesimpulan
 - h. Memvalidasi kesimpulan awal atau kesimpulan alternatif dengan lebih banyak informasi
4. *New Ideas and Creativity/Ide Baru dan Kreativitas*
- Ide baru dan kreativitas merupakan model berpikir yang sangat khusus. Model ini memungkinkan kita untuk memiliki ide melebihi ide-ide yang ada dalam teori/buku ajar. Ide baru dan kreativitas sangat penting dalam keperawatan karena setiap klien yang kita rawat merupakan individu yang bersifat unik sehingga perawatan yang diberikan harus sesuai dengan spesifikasi klien dan menyesuaikan dengan situasi klien yang unik. Didalam asuhan keperawatan sudah ada standar yang umumnya bisa diterapkan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dan bisa memperoleh hasil yang baik, tetapi terkadang pendekatan tersebut tidak sesuai atau tidak berhasil ketika diterapkan pada klien dalam situasi tertentu. Dalam situasi seperti ini (dalam kondisi tertentu) maka perawat perlu memiliki ide baru dan kreatif dalam memberikan perawatan pada klien, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan situasi setiap klien secara individualis.
5. *Knowing How You Think/Mengetahui Bagaimana Anda Berpikir*
- “Mengetahui bagaimana anda berpikir” merupakan proses mencari tahu tentang bagaimana kita berpikir, dimana salah satu cara yang bisa dilakukan untuk mengetahui bagaimana kita berpikir adalah dengan melakukan refleksi-diri. Refleksi diri bisa dilakukan dengan mengajukan pertanyaan pada diri sendiri tentang apa yang dipikirkan, dirasakan dan dilakukan dalam situasi tertentu serta mengapa memikirkan hal tersebut. Dalam melakukan asuhan keperawatan terkadang dijumpai banyak

masalah dimana dalam setiap permasalahan terkadang sulit untuk menemukan solusi yang tepat, sehingga perawat perlu mengambil waktu untuk memikirkan situasi tertentu ketika mereka berada pada situasi tersebut dengan berfokus pada apa yang mereka pikirkan, rasakan dan lakukan dalam situasi tersebut. Dalam merefleksikan diri, selain dengan bertanya pada diri sendiri juga bisa dilakukan dengan menjelaskan gaya berpikir kita kepada orang lain, menjelaskan apa yang kita pikirkan dan kita rasakan pada orang lain. Dengan memberitahukan apa yang kita pikirkan maka orang lain dapat mengetahui ketika apa yang kita pikirkan tentang sesuatu tersebut tidak sesuai, hal ini akan membantu kita dalam memperbaiki kesimpulan. “Mengetahui bagaimana anda berpikir” juga akan membantu perawat bekerja secara kolaborasi dengan profesi kesehatan lain. Demikian juga jika perawat dan klien bisa merefleksikan diri maka perawat dan klien bisa bekerja bersama, dimana perawat dan klien saling mengetahui apa yang mereka pikirkan dalam bekerja sama sewaktu menjalankan asuhan keperawatan, sehingga perawat bisa memberikan perawatan yang tepat sesuai situasi dan kebutuhan klien. Seorang perawat yang berpikir kritis akan menggunakan proses reflektif ini untuk menyesuaikan pemikiran mereka secara terus menerus pada kebutuhan asuhan keperawatan pada klien.

E. FUNGSI BERPIKIR KRITIS DALAM KEPERAWATAN

Berpikir kritis sangat diperlukan dalam keperawatan. Berikut ini merupakan fungsi berpikir kritis dalam keperawatan, yaitu:

1. Penggunaan proses berpikir kritis dalam aktifitas keperawatan sehari-hari
2. Membedakan sejumlah penggunaan dan isu-isu dalam keperawatan
3. Mengidentifikasi dan merumuskan masalah keperawatan
4. Menganalisa pengertian hubungan dari masing-masing indikasi penyebab dan tujuan serta tingkat hubungan
5. Menganalisa argumen dan isu-isu dalam kesimpulan dan tindakan yang dilakukan
6. Menguji asumsi-asumsi yang berkembang dalam keperawatan
7. Melaporkan data dan petunjuk-petunjuk yang aktual dalam keperawatan
8. Membuat dan mengecek dasar analisa dan validasi data keperawatan

9. Merumuskan dan menjelaskan keyakinan tentang aktivitas keperawatan
10. Digunakan dalam memberikan penjelasan, kerjasama, pembenaran, keyakinan dan kesimpulan serta tindakan keperawatan yang dilakukan
11. Memberikan alasan-alasan yang relevan terhadap keyakinan dan kesimpulan yang dilakukan
12. Merumuskan dan menjelaskan nilai-nilai keputusan dalam keperawatan
13. Mencari alasan-alasan, kriteria, prinsip-prinsip dan aktifitas nilai-nilai keputusan
14. Mengevaluasi penampilan kinerja perawat dan kesimpulan asuhan keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Bassham, Gregory, et al. 2011. *Critical Thinking : A Students Introduction*, Fourth Edition. Mc Graw Hill, New York.
- Kodim, Yulianingsih. 2018. *Konsep Dasar Keperawatan-Edisi Revisi*. CV. Trans Info Media, Jakarta Timur
- Potter, Patricia A & Anne G.Perry. 2009. *Fundamental of Nursing*, Edisi 7 Buku 1. Salemba Medika, Jakarta
- Rubenfeld, M.Gaie dan Barbara K.Scheffer. 2007. *Berpikir Kritis dalam Keperawatan, Edisi 2. EGC, Jakarta*
- Suara, Mahyar, et al. 2018. *Konsep Dasar Keperawatan*. CV. Trans Info Media, Jakarta Timur.
- Sihotang, Kasdin. 2019. *Berpikir Kritis Kecakapan Hidup di Era Digital*. PT Kanisius, Yogyakarta.

PROFIL PENULIS



Ratna Indriati, A., M. Kes

Kelahiran Solo Jawa Tengah, pada 24 Januari 1973. Lulus DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Panti Kosala Surakarta tahun 1994, lulus DIV Program Perawat Pendidik Universitas Diponegoro Semarang tahun 1999 dan lulus S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro tahun 2013. Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Kosala.

Mata kuliah yang diampu adalah Ilmu Dasar Keperawatan, Ilmu Keperawatan Dasar I dan Keperawatan Anak

BAB I SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DI DUNIA

Ros Indah Happy Patriyani, S.Kp.,Ns.,M.Kep. (Poltekkes Kemenkes Surakarta)

BAB II SEJARAH PERKEMBANGAN KEPERAWATAN DI INDONESIA

Suci Rahayu Ningsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep (Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu)

BAB III FALSAFAH KEPERAWATAN

Endang Caturini Sulistyowati, S.Kep., Ns.,M.Kep

BAB IV KONSEP PROFESI, SOSIALISASI PROFESI DAN KEPERAWATAN SEBAGAI ILMU

Ns. Betty Suaryanti, M.Kes. (Politeknik Insan Husada Surakarta)

BAB V KONSEP, MODEL DAN TEORI KEPERAWATAN

Soyanto, S.Kp., M.Kes (Poltekkes Surakarta)

BAB VI PARADIGMA KEPERAWATAN

Ns. Dewi Setyawati, MNS (Universitas Muhammadiyah Semarang)

BAB VII KONSEP DAN MENGAPLIKASIKAN TAHAP DIAGNOSA DAN PERENCANAAN KEPERAWATAN

Ns. Pandu Asela, M.Kep. (Politeknik Insan Husada Surakarta)

BAB VIII KONSEP DAN MENGAPLIKASIKAN TAHAP PELAKSANAAN DAN EVALUASI

Tatik Trisnowati, S.Kep. Ns., M. Kes. (Politeknik Insan Husada Surakarta)

BAB IX PERAN, FUNGSI, DAN TUGAS PERAWAT DALAM PENGEMBANGAN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Tanjung Sri Yulianti, S.Kep., Ns., M.Kes. (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pantii Kosala)

BAB X SISTEM PEMBERIAN PELAYANAN KESEHATAN DAN KEPERAWATAN

Sri Lestari, S.Kep.,Ns.,M.Kes (Politeknik Insan Husada Surakarta)

BAB XI BERPIKIR KRITIS DALAM KEPERAWATAN

Ratna Indriati, A., M.Kes (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pantii Kosala)



CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : tahtamedia group
Telp/WA : +62 813 5346 4169

