

# **FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN**



# FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

LILIS LESTARI, S.KEP., NERS. M.KEP.

RAMADHANIYATI, S.KEP., NERS., M.KEP., SP.An



PUSTAKA PELAJAR

\

## FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Penulis

Lilis lestari, S.KEP., NERS. M.KEP.

Ramadhaniyati, S.KEP., NERS., M.KEP., SP.An

Desain cover

NolDerajat.GD

Tata Letak

Wisnu

Cetakan, 1 MEI 2018

Penerbit

PUSTAKA PELAJAR

Celeban Timur UH III/546 Yogyakarta 55167

Telp. (0274) 381542 Fax. (0274) 383083

E-mail: [pustakapelajar@yahoo.com](mailto:pustakapelajar@yahoo.com)

Website: [pustakapelajar.co.id](http://pustakapelajar.co.id)

ISBN:

# PERSEMBAHAN PENULIS UTAMA

Buku ini penulis utama persembahkan untuk ayah (Darmawansyah H. Mahmud, S.Sos) dan ibu (Aisyah, Am.a), yang didalam tubuh ini mengalir darah dari keduanya. Sang penjaga Allah SWT dengan ijinnya memberikan kesehatan, ilmu dan kasih sayang untuk menjaga penulis sejak dalam kandungan hingga saat ini.

Kepada suami (Muhammad Ilham, S.Sos) yang selalu menemani dalam suka dan duka perjalanan hidup. Memotivasi, mendoakan dan memberikan dukungan secara moril dan materiil. Semoga Allah SWT selalu menjaga dan melimpahkan kasih sayangnya.

Kepada anakku (Faatimah Az-Zahra), bunda persembahkan buku ini sebagai motivasi bagi mu kelak, saat engkau dewasa. Semoga menjadi manusia yang berilmu, penuh kasih sayang dan bermanfaat bagi umat. Terimakasih telah menemani menulis sejak dalam kandungan bunda. Semoga Allah SWT selalu menjaga mu.

Kepada sibling (Lettu Sus Khamaruzzaman, S.Si., Siti Rukmayanti Hartinah, Muhammad Amien Darma Putra, Muhammad Dewanta) yang selalu mendukung dan mengingatkan penulis dalam susah dan senang sejak kecil hingga dewasa.

Perawat yang mendedikasikan dirinya dalam mengembangkan ilmu keperawatan.

## **UCAPAN TERIMAKASIH**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Ajar Falsafah dan Teori Keperawatan ini.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan puji syukur kepada Allah SWT dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang membantu penulis dalam menyelesaikan penyusunan Buku Ajar Falsafah dan Teori Keperawatan ini.

Tidak lupa terimakasih kepada rekan-rekan di STIK Muhammadiyah Pontianak, Kalimantan Barat yang telah memberikan banyak motivasi, dukungan dan pengalaman berharga kepada penulis tentang Falsafah dan Teori Keperawatan ini.

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat rahmat-Nya lah, sehingga dapat tersusun Falsafah dan Teori Keperawatan ini. Buku ajar Falsafah dan Teori Keperawatan ini memuat pengetahuan tentang pengertian falsafah keperawatan, sejarah keperawatan, kode etik keperawatan, pengertian teori keperawatan, jenis atau tingkatan teori keperawatan, pengertian paradigma keperawatan, pengertian keperawatan, konsep holistic care, konsep manusia, konsep sehat, konsep berubah, konsep sistem dan pendekatan sistem, teori keperawatan Florence Nightingale, teori keperawatan Handerson, teori keperawatan Peplau, teori keperawatan Jean Watsson, teori keperawatan Dorothea Orem, teori keperawatan Sister Callista Roy, teori keperawatan Betty Neuman, dan teori keperawatan Nola J Pender.

Penyusunan buku ajar falsafah dan teori keperawatan ini bertujuan untuk menginformasikan kepada perawat, pendidik dan mahasiswa keperawatan tentang teori keperawatan yang dapat dijadikan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan dan penelitian. Buku falsafah dan teori keperawatan ini tentunya memiliki banyak kekurangan. Oleh sebab itu diharapkan dapat dilakukan pengembangan ilmu pengetahuan tentang falsafah dan teori keperawatan kedepannya yang lebih baik. Terimakasih penulis ucapkan kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung penyusunan buku ajar falsafah dan teori keperawatan ini.

Pontianak, Maret 2018

Penulis

# DAFTAR ISI

Judul.....	i
Kata Pengantar .....	vi
BAB I Falsafah Keperawatan.....	1
a. Pengertian Falsafah Keperawatan.....	1
BAB II Konsep Teori Keperawatan.....	7
a. Sejarah Keperawatan .....	7
b. Kode Etik Keperawatan.....	11
c. Pengertian Teori Keperawatan .....	17
d. Jenis atau Tingkatan Teori Keperawatan .	19
BAB III Paradigma Keperawatan.....	25
a. Pengertian Paradigma Keperawatan .....	26
b. Pengertian Keperawatan .....	27
c. Konsep Holistic Care .....	28
d. Konsep Manusia .....	30
e. Konsep Sehat .....	32
f. Konsep Berubah.....	32
g. Konsep Sistem dan Pendekatan Sistem....	34
BAB IV Teori Keperawatan.....	40
a. Teori Keperawatan Florence Nightingale	41
b. Teori Keperawatan Handerson.....	46
c. Teori Keperawatan Peplau .....	50
d. Teori Keperawatan Jean Watson.....	53



e. Teori Keperawatan Dorothea Orem.....	60
f. Teori Keperawatan Sister Callista Roy .....	66
g. Teori Keperawatan Betty Neuman.....	73
h. Teori Keperawatan Nola J Pender.....	89
DAFTAR PUSTAKA .....	99
KUNCI JAWABAN .....	105
GLOSARIUM.....	106
INDEKS.....	108
BIODATA PENULIS	



# FALSAFAH KEPERAWATAN

## BAB I

Tujuan Pembelajaran :

1. Tujuan Umum

Setelah mempelajari materi ini, anda diharapkan mampu memahami tentang falsafah keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Diharapkan setelah mempelajari materi falsafah keperawatan anda dapat :

- a. Memahami dan menjelaskan definisi falsafah keperawatan.
- b. Memahami dan menjelaskan kerangka konseptual falsafah keperawatan.

Pokok – Pokok Materi

Berdasarkan tujuan diatas, maka pokok pokok materi yang akan dibahas dalam Bab 1 ini terdiri dari :

1. Pengertian falsafah keperawatan.
2. Kerangka konseptual falsafah keperawatan.

## Uraian Materi

### A. Pengertian Falsafah Keperawatan

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. Falsafah hadir dalam diri seseorang berdasarkan pada pengalaman hidup yang dialaminya, dari cara mereka mengevaluasi suatu pengamatan dan percobaan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Falsafah dalam keperawatan sendiri 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). Falsafah keperawatan juga 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 (Asmadi, 2008).

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

Tabel 1. Kerangka konseptual falsafah keperawatan Bruce et al. 2014

	<b>Falsafah sebagai bagian dari keperawatan</b>	<b>Falsafah sebagai metode</b>	<b>Falsafah sebagai pandangan hidup</b>
<b>Kerangka falsafah</b>	Falsafah digunakan untuk mengidentifikasi fenomena utama dalam suatu keilmuan.	Perawat menggunakan falsafah untuk mengkaji keberagaman dan pengalaman.	Falsafah mentransformasikan manusia menjadi lebih bijaksana.
<b>Contoh</b>	Perawat mengkaji tentang keperawatan, pasien, lingkungan, sehat sakit, perkembangan keperawatan, mengidentifikasi dan memvalidasi pengetahuan tentang keperawatan, etika keperawatan, fenomena keperawatan dan praktik keperawatan.	Sebagai metode falsafah keperawatan berguna untuk menggali kemungkinan, analisis, kritik, tantangan dan membuat asumsi, nilai dan kepercayaan.	Berperan dalam mengembangkan teori, praktik keperawatan, dan profesional perorang.

1. Falsafah sebagai bagian dari keperawatan :

Falsafah merupakan bagian dari keperawatan yang berhubungan dengan adanya fenomena utama dalam suatu profesi dan keilmuan yang terkait dengan manusia, sehat sakit dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan central 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.

2. Falsafah sebagai metode keperawatan

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

### 3. Falsafah sebagai pandangan hidup

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

#### Ringkasan

Falsafah merupakan suatu keyakinan seseorang terhadap nilai-nilai tertentu. Falsafah yang dimiliki seseorang merupakan suatu keyakinan yang didapat berdasarkan pengalaman hidup, pengamatan dan percobaan. Perawat harus memiliki falsafah keperawatan dalam dirinya sebagai bentuk keyakinan terhadap kemampuan dirinya dalam melakukan perawatan pada pasien dan mengaplikasikan teori keperawatan serta memberikan ruang untuk memahami keilmuannya.

#### Tes 1

Pilihlah jawaban yang paling tepat !

1. Sumber falsafah yang dimiliki seseorang dapat berasal dari ...
  - a. Pengalaman hidup, percobaan dan pengamatan.
  - b. Pengalaman hidup, Pengalaman pribadi.
  - c. Eksperimen ilmiah dan pengalaman hidup.
  - d. Cerita orang lain dan pengamatan.
  - e. Keyakinan diri, percobaan dan pengamatan.

2. Falsafah yang digunakan untuk mengidentifikasi fenomena utama dalam suatu keilmuan merupakan falsafah sebagai bagian dari ...
  - a. Fenomena.
  - b. Keperawatan.
  - c. Metode.
  - d. Pandangan hidup.
  - e. Keyakinan.
  
3. Falsafah yang digunakan untuk mengkaji keberagaman dan pengalaman merupakan falsafah sebagai bagian dari ...
  - a. Fenomena.
  - b. Keperawatan.
  - c. Metode.
  - d. Pandangan hidup.
  - e. Keyakinan.
  
4. Falsafah yang digunakan untuk mentransformasikan manusia menjadi lebih bijaksana merupakan falsafah sebagai bagian dari ...
  - a. Fenomena.
  - b. Keperawatan.
  - c. Metode.
  - d. Pandangan hidup.
  - e. Keyakinan.



5. Falsafah keperawatan berhubungan erat dengan perawatan holistik atau perawatan yang berpusat pada pasien, karena ...
  - a. Memberikan perawatan menyeluruh.
  - b. Memberikan perawatan yang berpusat pada pasien sehat.
  - c. Memberikan pelayanan menyeluruh pada pasien sehat.
  - d. Memberikan pelayanan dan perawatan menyeluruh pada pasien sakit.
  - e. Memberikan pelayanan menyeluruh pada pasien sehat dan sakit.



# KONSEP TEORI KEPERAWATAN

## BAB II

Tujuan Pembelajaran :

1. Tujuan Umum

Setelah mempelajari materi ini, anda diharapkan mampu untuk memahami tentang konsep teori keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Diharapkan setelah mempelajari materi konsep teori keperawatan anda dapat :

- a. Memahami dan menjelaskan sejarah keperawatan.
- b. Memahami dan menjelaskan kode etik keperawatan.
- c. Memahami dan menjelaskan teori keperawatan.
- d. Memahami jenis atau tingkatan dalam teori keperawatan.

Pokok – Pokok Materi

Berdasarkan tujuan diatas, maka pokok-pokok materi yang akan dibahas dalam Bab 2 ini adalah :

1. Sejarah Keperawatan.
2. Kode Etik Keperawatan.
3. Pengertian Teori keperawatan.
4. Jenis atau Tingkatan Teori Keperawatan

## Uraian Materi

### A. Sejarah Keperawatan

Sejarah keperawatan dunia mengenal sosok Florence Nightingale sebagai pioner keperawatan. Florence Nightingale sendiri lahir sebagai ibu dari keperawatan modern, yang dilatar belakangi kejadian perang dunia. Namun, sejarah dalam dunia Islam mengungkapkan sosok lain sebagai pioner keperawatan yang hadir pada abad ke 8, jauh sebelum kemunculan Florence Nightingale. Sosok perawat Islam yang hadir sebelum kelahiran Florence Nightingale adalah Rufaida Al-Asalmiya. Rufaida merupakan sosok perawat profesional yang hidup di jaman Rasulullah SAW. Pada abad ke 8 tersebut, Islam telah dikenal dengan para pemuda yang berilmu. Beberapa keahlian tercatat dalam sejarahnya seperti keahlian dibidang science, filosofi, sejarah, ilmu kedokteran, matematika, arsitek dan ulama (Uswhatun Khasanah, 2006 ;Jan, 1996).

Rufaida terlahir di kota Yasrib, merupakan wanita anshor yang menerima islam di madina dan ikut serta menyambut kedatangan Rasulullah SAW di kota Madina. Ayahnya bernama Saad Al-Aslamy adalah seorang dokter, melalui ayahnya inilah Rufaida mempelajari ilmu kedokteran dan bekerja sebagai asisten yang membantu ayahnya bekerja. Rufaida sendiri digambarkan sebagai sosok yang lemah lembut, berjiwa kepemimpinan, berempati terhadap keadaan dan kondisi orang lain, mampu bekerja sama dan mempengaruhi orang lain kearah yang lebih baik. Rufaida sendiri juga aktif terlibat dalam kegiatan sosial membantu masyarakat yang membutuhkan sebagai seorang perawat. Melalui ijin Rasulullah SAW, Rufaida diijinkan untuk mendidik wanita muslim agar memiliki ilmu keperawatan. Hal ini sesuai dengan tujuan Rasulullah

SAW untuk memajukan pendidikan wanita muslim. Sekolah keperawatan pertama bagi wanita juga didirikan di jaman ini. Rufaida semakin mengembangkan dirinya sebagai perawat bersama dengan wanita muslim lainnya di Madinah. Ketika terjadinya perang Badar, Uhud, Khandag, Khibar dan lainnya, Rufaida dan perawat wanita muslim lainnya ikut berperan dalam mempersiapkan peralatan dan makanan bagi tentara muslim. Dukungan keperawatan yang diberikan Rufaida dan teman-temannya tidak hanya sebatas perawatan tetapi juga dukungan sosial. Rufaida juga mempromosikan tindakan preventif dan mendidik anak-anak yang memiliki keterbatasan fisik dan mental. Seiring berjalannya waktu, keberadaan Rufaida sebagai pioner keperawatan hampir terlupakan tergerus dengan kehadiran perawat modern Florence Nightingale (Uswhatun Khasanah, 2006 ;Jan, 1996).

Florence Nightingale yang dikenal sebagai ibu dari keperawatan modern. Florence Nightingale lahir dari keluarga kaya di Inggris. Florence Nightingale lahir di Italia. Orang tuanya mendidik Nightingale dengan pengetahuan bahasa Latin, Yunani, Jerman, Prancis, Italia, matematika, ilmu pengetahuan alam, sastra kuno, sastra modern (Nutting & Dock, 1907). Beranjak dewasa Nightingale membuat keputusan besar untuk dirinya dan keluarga. Nightingale memutuskan untuk menolak beberapa lamaran pernikahan yang datang padanya, dan memberitahukan kepada orang tuanya jika dirinya ingin mengabdikan hidupnya sebagai relawan kemanusiaan. Nightingale juga menyatakan ketertarikan dirinya untuk merawat orang sakit, yang membuat keluarganya terkejut, karena pekerjaan merawat orang yang sakit saat itu dirasa bukan sebuah pekerjaan yang layak, apalagi untuk wanita yang berasal dari keluarga yang kaya raya (Pavey, 1953).

Florence Nightingale sendiri bercita-cita menjadikan perawat sebagai sekumpulan perempuan yang berpendidikan, meski saat itu tidak didukung oleh pemerintah karena tidak adanya pelayanan publik sebagai sekolah bagi perempuan. Berlatar belakang hal tersebut Nightingale bertekad untuk mendirikan sekolah keperawatan di rumah sakit St.Thomas di London. Hal ini sekaligus menandai lahirnya keperawatan modern. Nightingale merupakan pelopor dari perawat praktik, perawat pendidik dan tulisannya dijadikan panduan pengembangan sekolah keperawatan dan rumah sakit di awal abad dua puluh (Alligood, 2014).

Dibawah naungan Nightingale keperawatan berkembang pesat lebih dari satu dekade, hal ini juga memacu perkembangan teori keperawatan selama lebih dari enam dekade dan mengarah pada perkembangan ilmu pengetahuan tentang keperawatan. Pada pertengahan tahun 1800 an Nightingale fokus keperawatan yang unik dan mendeklarasikan ilmu keperawatan sebagai bagian dari pengetahuan medis. Nightingale menggambarkan bahwa seorang perawat dibutuhkan karena memiliki fungsi yang penting dalam membantu pasien mencapai kesehatannya secara alami. Tahun 1950, sesaat sebelum era kebangkitan perawat profesional dimulai, Nightingale mengadakan forum diskusi yang sangat serius untuk merancang bagian-bagian ilmu keperawatan yang dapat digunakan untuk membimbing praktik keperawatan. Berdasarkan diskusi ini diputuskan bahwa praktik keperawatan didasarkan pada prinsip dan tradisi yang diturunkan berdasarkan pengalaman merawat pasien di rumah sakit (Alligood, 2014).

Perkembangan pesat teori keperawatan terjadi pada tahun 1980, dimana pada periode ini pengembangan teori keperawatan telah memasuki tahap transisi dari pre-paradigma

menjadi paradigma. Pada tahun ini pula lahirnya konsep baru paradigma keperawatan yang mengklasifikasikan model keperawatan sebagai paradigma dalam metaparadigma yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan yang sistematis. Ilmu keperawatan semakin berkembang pesat seiring dengan berkembangnya jenjang karir pendidikan keperawatan. Hal ini berdampak positif terkait perkembangan teori keperawatan yang semakin sering digunakan dalam penelitian, panduan praktik keperawatan dan pembuatan kurikulum. Lahirnya era teori keperawatan telah mengembalikan keseimbangan antara penelitian dan praktik dalam keperawatan yang dimanfaatkan hingga saat ini. Teori baru dan metodologi baru dari pendekatan kualitatif terus berkembang untuk meningkatkan kualitas ilmu keperawatan (Alligood, 2014).

Keperawatan di Indonesia tidak terlepas dari sejarah bangsa. Dimulai dari jaman VOC sepanjang tahun 1602-1799. Rumah sakit pertama didirikan di Batavia (Jakarta) dan diberi nama Binnen Hospital. Rumah sakit ini menggunakan tenaga keperawatan orang asli Indonesia dari kaum terjajah. Peninggalan rumah sakit dan tenaga perawat VOC masih digunakan hingga zaman penjajahan Belanda I di tahun 1799-1811. Fasilitas kesehatan kembali mengalami perkembangan dimasa penjajahan Inggris tahun 1811-1816. Pemerintah inggris mulai menggalakan vaksin cacar, perawatan bagi tawanan dan kesehatan jiwa. Tahun 1819 setelah masa penjajahan Inggris berakhir, Indonesia kembali di jajah oleh Belanda tahun 1816-1942. Ditahun 1819 ini Prof.Dr. Reinwardt mendirikan rumah sakit yang diberi nama Stadverband di Glodok dan sempat mengalami pemindahan ke Salemba dan berubah nama menjadi Central Burgerlijke Ziekeninrichting. Tahun 1852, bidang kesehatan di Indonesia kembali mengalami perkembangan. Dr.

W. De Bosch mendirikan sekolah dokter Jawa dan pendidikan kebidanan. Tahun 1875, pemerintah mendirikan rumah sakit jiwa yang berlokasi di kota Bogor, Lawang dan Magelang. Kemunduran dibidang kesehatan terjadi di jaman penjajahan Jepang tahun 1942-1945. Jaman ini masyarakat Indonesia mengalami hal-hal yang tidak manusiawi. Obat-obatan sulit didapat. Masyarakat Indonesia yang mengalami luka terpaksa menggunakan daun pisang dan pelepahnya untuk membalut luka. Memasuki jaman kemerdekaan Indonesia tidak dengan cepat mengalami kemajuan dibidang kesehatan. Pada tanggal 17 Maret 1974 Indonesia mulai memiliki Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). PPNI merupakan wadah persatuan bagi seluruh perawat di Indonesia. PPNI memiliki komitmen dalam memberikan perlindungan bagi masyarakat dan profesi (Asmadi, 2008 ; PPNI, 2018).

## B. Kode Etik Keperawatan

Etika merupakan sebuah kata yang berasal dari bahasa Yunani (Ethos). Etika dapat diartikan sebagai pertimbangan dalam pengambilan keputusan berdasarkan aturan yang berlaku. Etika lahir dikarenakan adanya dilema yang terjadi dalam sebuah hubungan keprofesian, seperti hubungan dengan pasien, tenaga kesehatan dan kebijakan pemerintah dalam pengambilan keputusan. Etika berperan untuk mengatur jalannya kinerja dalam sebuah keprofesian berdasarkan martabat dan hak manusia yang disusun berdasarkan kepercayaan dan aturan yang ada. Kode etik dibuat dan disusun oleh suatu lembaga keorganisasian profesi. Hal yang mendasari isi dari etik keperawatan adalah empat dasar tanggung jawab perawat terhadap pasien yaitu promosi kesehatan, pencegahan penyakit, meningkatkan status kesehatan, dan mempertahankan kehidupan (Benjamin & Curtis, 2010 ; Suhaemi, 2004).



Secara umum etik tidak selalu menjelaskan sesuatu secara jelas, etik berkaitan dengan suatu hal yang benar dan salah. Etik umumnya didasari oleh keyakinan atau pendapat pribadi. Namun, untuk keperawatan etik merupakan hal yang tidak hanya berupa pendapat pribadi, intuisi atau keyakinan pada seseorang. Etik bagi keperawatan juga merupakan sebuah keterampilan untuk memahami konsep, prinsip, pendekatan dan teori yang berguna bagi perawat saat mereka melakukan identifikasi dan proses analisis. Etik berbeda dengan moral. Moral merupakan suatu keyakinan yang lebih spesifik terhadap sesuatu, berkaitan dengan tingkah laku. Moral dikenal dengan bagian atau turunan dari etik. Baik atau buruknya suatu penilaian tentang moral diproses melalui analisis etik yang dilakukan secara sistematis atau terstruktur. Seorang individu dikatakan bermoral jika memunculkan perilaku diterima dan menerima lingkungan sosial, menghargai keyakinan, menghargai budaya atau memenuhi kaidah standar etik profesional yang ditekuninya. Seseorang dikatakan tidak bermoral jika menunjukkan tanda – tanda seperti tidak jujur, kasar, membunuh orang lain, dan melakukan kekerasan atau pelecehan seksual terhadap orang lain (Butts & Rich, 2016).

Billington tahun 2003 dalam Butts & Rich, 2016 mengungkapkan beberapa hal yang sangat penting yang berkaitan dengan moral dan etik sebagai berikut :

1. Manusia tidak dapat menghindari adanya hubungan atau keterkaitan antara moral dan etik. Hal ini disebabkan adanya hubungan yang tidak dapat dipisahkan antara moral dan etik dalam kehidupan sehari-hari.
2. Seringnya dalam mengambil keputusan yang

berkaitan dengan moral dan etik, individu akan melibatkan orang lain.

3. Keputusan yang dibuat untuk menyelesaikan permasalahan moral, harus menimbang efek yang terjadi pada kehidupan seseorang, harga diri, atau tingkat perasaan sedih dan bahagiannya.
4. Keputusan tentang adanya suatu perubahan atau hasil dari sebuah keputusan tidak akan dapat tercapai hanya dengan diskusi etik.
5. Ketika membuat suatu keputusan yang berkaitan dengan moral dan etik tidak dapat dilakukan hanya dengan menimbang atau menilai dari sisi moralitas saja, namun juga harus memperhatikan alasan yang jelas.
6. Umumnya manusia menggunakan penalaran moral untuk membuat keputusan moral atau untuk menilai langkah apa yang dapat dilakukan dalam mengambil keputusan yang tepat.

Etik sendiri terbagi menjadi beberapa tipe yaitu etik normatif, meta etik, dan etik destriptif. Norma etik digunakan untuk membuat keputusan yang berdasarkan pada nilai-nilai, perilaku, pola pikir terhadap sesuatu yang dianggap benar atau salah, baik atau buruk, hal yang dianggap terpuji atau tercela. Meta etik merupakan etik yang berfokus pada sebuah konsep dan teori dalam membuat keputusan. Etik deskriptif merupakan sebuah pendekatan yang lebih sering digunakan oleh seorang ilmuwan atau peneliti untuk menggambarkan apa yang orang lain pikirkan tentang moral atau tingkah laku manusia (Butts & Rich, 2016).

Etik juga memiliki prinsip-prinsip. Prinsip etik yang

pertama adalah autonomi yang berarti membebaskan atau memberikan kebebasan dalam melakukan atau mengambil tindakan. Prinsip autonomi mewakili keputusan yang dibuat secara independen. Sudut pandang kesehatan menggambarkan prinsip autonomi sebagai tindakan menghargai pasien dengan memberikan informed consent sebelum melakukan perawatan, memfasilitasi dan mendukung pasien dalam mengambil tindakan perawatan yang menjadi keputusannya, mengizinkan pasien untuk menolak perawatan, meyakinkan bahwa informasi yang didapat pasien mengenai kesehatan dan perawatannya secara komprehensif dan jujur, mendapatkan diagnosis dan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan menghargai privasi pasien dan kerahasiaan pasien. Menghargai autonomi pasien sama pentingnya dengan menghargai autonomi profesional. Informed consent sangat berkaitan erat dengan prinsip autonomi perawatan pasien. Informed consent terdiri dari beberapa elemen yaitu : prekondisi yang mencakup kompetensi perawat untuk memahami dan membuat keputusan, kesukarelaan; informasi yang mencakup kejelasan informasi, rekomendasi rencana tindakan yang akan dilakukan, dan pemahaman kondisi pasien ; consent elemen yang mencakup keputusan dan hak untuk membuat keputusan berdasarkan perencanaan (Butts & Rich, 2016 ; Beauchamp & Childress, 2013).

Prinsip etik yang kedua adalah non maleficence. Prinsip non maleficence adalah prinsip yang etik yang mengacu pada tidak adanya kerusakan. Prinsip ini sangat penting digunakan dalam praktek keperawatan. Seorang tenaga kesehatan khususnya perawat harus mengutamakan prinsip kebaikan atau manfaat (beneficence) bagi pasien dan keluarganya. Beberapa isu dan konsep yang berhubungan dengan prinsip non maleficence, yaitu

1. Menjunjung tinggi standar ketelitian dengan mematuhi standar keprofesian dan memberikan perawatan yang masuk akal.
2. Kegagalan tidak boleh terjadi saat memberikan perawatan, memberlakukan peringatan risiko bahaya, dan meminimalisir risiko kerusakan.
3. Membedakan aturan yang bersifat bukan bagian perawatan dan perawatan akhir kehidupan seperti tahu kapan memutuskan kapan harus memberikan dan menghentikan perawatan, mampu memperkirakan efek dari perawatan, mampu membedakan kapan harus meneruskan perawatan atau melepaskan pasien menuju kematian yang damai (Butts & Rich, 2016 ; Beauchamp & Childress, 2013).

Prinsip etik yang ketiga yaitu prinsip kemanfaatan (beneficence). Prinsip beneficence menekankan pentingnya melakukan suatu perawatan yang bermanfaat bagi orang lain. Bagian dari prinsip beneficence adalah sebagai berikut :

1. Memberikan perlindungan dan memperjuangkan kebenaran bagi orang lain.
2. Mencegah terjadinya kerugian bagi orang lain.
3. Menjauhkan kondisi yang dapat mengganggu ketenangan orang lain.
4. Membantu orang yang mengalami kecacatan.
4. Menyelamatkan orang lain dari sesuatu yang berbahaya (Butts & Rich, 2016 ; Beauchamp & Childress, 2013).

Prinsip etik yang keempat adalah keadilan (justice). Prinsip keadilan ini mengacu pada sifat bijak, merawat orang tanpa prasangka, dan menimbang asas lebih mengutamakan manfaat (Butts & Rich, 2016).

Kode etik keperawatan di Indonesia lahir, karena Persatuan Perawat Indonesia (PPNI) memahami etik dalam profesi ini sangat penting untuk melindungi anggotanya, pasien dan keluarga. Kode etik keperawatan dibuat berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar tahun 1945.

Adapun kode etik perawat Indonesia menurut PPNI, 2016 adalah sebagai berikut :

1. Menjaga hubungan perawat dan pasien
  - a. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan harus menghargai harkat, martabat manusia, keunikan pasien. Keputusan yang dibuat tidak boleh dipengaruhi oleh status kebangsaan, suku, ras, umur, jenis kelamin, politik, agama dan status sosial.
  - b. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan selalu memelihara lingkungan yang kondusif dengan menghargai dan menghormati kebudayaan dan adat istiadat serta agama pasien.
  - c. Pemberian asuhan keperawatan merupakan tanggung jawab utama perawat.
  - d. Segala informasi yang didapat dan berkaitan dengan pasien dan keluarga merupakan rahasia yang wajib untuk dirahasiakan, kecuali jika dibutuhkan oleh pihak yang berwenang.

2. Menjaga hubungan perawat dan praktik
  - a. Terus menerus mengembangkan ilmu pengetahuan dan meningkatkan kompetensi dibidang keperawatan demi kemajuan profesi.
  - b. Menjunjung tinggi kejujuran profesional dalam menerapkan pelayanan keperawatan sesuai kebutuhan pasien.
  - c. Keputusan yang dibuat oleh perawat harus berdasarkan pada keterangan atau informasi yang akurat dan menimbang kemampuan konsultasi dan pendelegasian.
  - d. Berperilaku yang sesuai dengan keprofesian dan menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan.
3. Menjaga hubungan perawat dan masyarakat
  - a. Bersama masyarakat dalam memprakarsai dan mendukung kegiatan yang dibutuhkan oleh masyarakat terkait kesehatannya.
4. Menjaga hubungan perawat dan teman sejawat
  - a. Perawat senantiasa harus memelihara hubungan baik dengan sesama teman sejawat, agar tercipta lingkungan kerja yang harmonis untuk pelayanan kesehatan yang menyeluruh.
  - b. Perawat bertindak sebagai advokad untuk melindungi pasien dan keluarga dari tenaga kesehatan yang tidak etis, illegal dan tidak kompeten.
5. Menjaga hubungan perawat dan profesi

- a. Perawat berperan menentukan standar pendidikan dan standar pelayanan keperawatan untuk diterapkan di lapangan praktik dan pendidikan.
- b. Perawat berkontribusi dan berperan aktif dalam kegiatan pengembangan profesi keperawatan.
- c. Perawat ikut serta untuk membangun dan menjaga kondisi kerja yang kondusif agar tercapai tujuan asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

### C. Pengertian Teori Keperawatan

Teori keperawatan merupakan suatu gagasan atau ide yang menjelaskan tentang pengalaman, hasil observasi, menggambarkan hubungan dan hasil. Teori keperawatan sangat penting bagi ilmu keperawatan karena menjadi cerminan keprofesionalan suatu disiplin ilmu. Teori keperawatan merupakan sebuah rancangan yang diciptakan untuk memantau perkembangan ilmu pengetahuan, dan menjelaskan fenomena yang terjadi di keperawatan kedalam level yang lebih spesifik. Teori keperawatan digunakan untuk mendukung praktek keperawatan, membantu dalam membuat keputusan tentang apa yang diketahui dan apa yang dibutuhkan (Lee, 2014). Orang yang menciptakan gagasan atau ide disebut dengan penteori. Definisi dari teori menekankan adanya variasi di beberapa aspek yang konsisten terhadap general ide teori dalam praktik keperawatan, pendidikan, administrasi atau penelitian. Berikut beberapa definisi teori keperawatan menurut pakar :

1. Teori merupakan suatu konsep yang tersusun secara sistematis berdasarkan fenomena yang bertujuan

untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan atau mengontrol fenomena (Chinn& Jacobs, 1987 dalam Parker & Smith, 2015).

2. Teori merupakan suatu gagasan atau ide yang kreatif dan teliti yang tersusun dari suatu fenomena yang bersifat tentatif, bertujuan, dan sistematis (Chinn & Kramer, 2004 dalam Parker & Smith, 2015).
3. Teori keperawatan merupakan kumpulan beberapa konsep yang didasarkan oleh beberapa aspek kenyataan yang berkaitan dengan keperawatan. Konsep ini bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan menentukan tindakan asuhan keperawatan (Meleis, 1997 dalam Parker & Smith, 2015).
4. Teori keperawatan suatu gagasan koheren yang bersifat induktif atau deduktif, kreatif yang berfokus pada fenomena keperawatan, memberi arti, dan membantu untuk menjelaskan aspek keperawatan dan praktiknya secara spesifik dan selektif (Silvia, 1997 dalam Parker & Smith, 2015).
5. Teori merupakan suatu kelompok gambaran pengetahuan, idea, dan pengalaman yang dilakukan secara simbolik atau jelas untuk menjelaskan suatu fenomena yang terjadi (Watson, 1985 dalam Parker & Smith, 2015).
6. Teori merupakan suatu kreasi hubungan antara konsep yang membentuk fenomena yang spesifik. Teori digunakan untuk menjelaskan sesuatu atau memprediksi, dan konsep yang ditawarkan mampu



untuk dijelaskan sehingga dapat diuji melalui sebuah penelitian. Kategori teori keperawatan dibagi menjadi tiga yaitu *grand theory*, *middle range theory*, dan *practice theory*. *Grand theory* digunakan untuk memberikan acuan kerangka kerja struktural dan ide yang abstrak. *Middle range theory* digunakan untuk praktik keperawatan dan menjelaskan tentang fenomena yang terjadi dalam praktik keperawatan dan populasi yang lebih spesifik. *Practice theory* digunakan untuk mengorientasikan suatu tindakan yang nyata dengan berfokus pada praktik klinis yang terbatas pada populasi tertentu dan situasi (Jackson, 2015).

#### D. Jenis atau Tingkatan Teori Keperawatan

Jenis atau tingkatan teori keperawatan terbagi menjadi dua yaitu berdasarkan fungsinya dan berdasarkan generalisasi isi dari teori keperawatan tersebut. Berdasarkan fungsinya teori keperawatan terbagi menjadi deskriptif, eksplanatori, prediktif, dan preskriptif. Deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi sifat dan cara kerja sebuah disiplin ilmu. Eksplanatori digunakan untuk mengetahui atau menganalisis bagaimana sikap dan keyakinan mempengaruhi atau berhubungan dengan sebuah disiplin ilmu. Prediktif digunakan untuk menghitung hubungan sifat yang muncul dan bagaimana mereka bisa muncul. Preskriptif digunakan untuk mengidentifikasi kondisi dimana hubungan terjadi.

Berdasarkan generalisasi isi teori dibedakan menjadi empat tingkatan atau jenis yaitu *metatheory*, *grand theory*, *middle range theory*, dan *practice theory*. *Metatheory* merupakan teori yang berisikan kumpulan teori, untuk mengidentifikasi

fenomena yang terjadi melalui konsep teori yang abstrak. Grand theory merupakan teori yang digunakan untuk memberikan acuan kerangka kerja struktural yang abstrak, ide, prinsip utama disiplin ilmu yang bisa diidentifikasi. Middle range theory merupakan teori yang digunakan untuk praktik keperawatan dan menjelaskan tentang fenomena yang terjadi dalam praktik keperawatan dan populasi yang lebih spesifik. Teori middle range theory berisikan teori yang lebih ringkas, mudah dipahami dan digunakan untuk menganalisis situasi tertentu dengan jumlah variable yang terbatas. Practice theory digunakan untuk mengeksplorasi dan mengorientasikan suatu tindakan yang nyata dengan berfokus pada praktik klinis yang terbatas pada populasi tertentu dan situasi (Jackson, 2015 ; Lee, 2014).

### Ringkasan

Sejarah keperawatan di dunia diawali dengan hadirnya perawat wanita pertama yaitu Rifa'ida Al-Asalmiya yang ada di jaman Rasulullah SAW. Rifa'ida merupakan sosok perawat muslimah yang aktif terlibat dalam kegiatan sosial keperawatan. Rifa'ida merupakan pelopor perawat muslimah di jamannya. Seiring berjalannya waktu, keperawatan berkembang ke era perawat modern dengan hadirnya Florence Nightingale. Florence Nightingale merupakan perawat yang aktif dalam memperjuangkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan tentang keperawatan.

Perkembangan keperawatan di Indonesia dimulai saat penjajahan VOC dan terus berkembang setelah kemerdekaan. Saat ini perawat Indonesia telah memiliki organisasi persatuan yang disebut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). PPNI mengatur kode etik keperawatan yang berfungsi untuk melindungi keperawatan dan pasien. Keperawatan juga telah

memiliki acuan teori keperawatan yang dapat digunakan dalam praktik dan perkembangan ilmu keperawatan. Teori keperawatan sendiri memiliki beberapa tingkatan sesuai fungsinya yaitu empat tingkatan atau jenis yaitu metatheory, grand theory, middle range theory, dan practice theory.

Tes 2

Pilihlah jawaban yang paling tepat !

1. Perawat pertama dalam sejarah islam adalah ...
  - a. Rufaidah Al-Asalmiya.
  - b. Florence Nightingale.
  - c. Sister Calista Roy.
  - d. Dorothea Orem
  - e. Handerson.
2. Perawat yang dikenal dengan sebutan ibu keperawatan modern adalah ...
  - a. Rufaidah Al-Asalmiya.
  - b. Florence Nightingale.
  - c. Sister Calista Roy.
  - d. Dorothea Orem
  - e. Handerson.
3. Perkembangan keperawatan di Indonesia semakin pesat dengan adanya Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) yang didirikan pada tanggal ...
  - a. 17 Agustus 1974.
  - b. 17 Maret 1974.
  - c. 17 April 1974.
  - d. 17 Mei 1974.

- e. 17 Juni 1974.
4. Empat dasar tanggung jawab perawat terhadap pasien adalah ...
    - a. Promosi, pencegahan, pengamanan, pertahanan.
    - b. Promosi, perlindungan, pengamanan, penolakan.
    - c. Promosi, pencegahan, peningkatan, pertahanan.
    - d. Promosi, penanggulangan, rehabilitasi, pertahanan.
    - e. Promosi, penanggulangan, rehabilitasi, pengobatan.
  5. Membebaskan atau memberikan kebebasan dalam melakukan atau mengambil tindakan merupakan prinsip etik ....
    - a. Autonomi.
    - b. Non malefisien.
    - c. Benefisien.
    - d. Justice.
    - e. Malefisien.
  6. Prinsip etik yang mengacu pada tidak adanya kerusakan merupakan prinsip etik ...
    - a. Autonomi.
    - b. Non malefisien.
    - c. Benefisien.
    - d. Justice.
    - e. Malefisien.
  7. Prinsip etik yang menekankan pada pentingnya melakukan suatu perawatan yang bermanfaat bagi orang lain, merupakan prinsip etik ...

- a. Autonomi.
  - b. Non malefisien.
  - c. Benefisien.
  - d. Justice.
  - e. Malefisien.
8. Prinsip etik yang mengacu pada sifat bijak, merawat pasien tanpa prasangka dan menimbang asas lebih mengutamakan manfaat, termasuk dalam prinsip etik ...
- a. Autonomi.
  - b. Non malefisien.
  - c. Benefisien.
  - d. Justice.
  - e. Malefisien.
9. Suatu keyakinan yang lebih spesifik terhadap sesuatu, berkaitan dengan tingkah laku disebut ...
- a. Teori.
  - b. Gagasan.
  - c. Moral.
  - d. Etik.
  - e. Falsafah.
10. Suatu gagasan atau ide yang menjelaskan tentang pengalaman, hasil observasi, menggambarkan hubungan dan hasil merupakan pengertian dari ...
- a. Teori.
  - b. Teori keperawatan.
  - c. Paradigma.
  - d. Falsafah keperawatan.

- e. Pandangan keilmuan.
11. Teori yang berisikan kumpulan teori yang berfungsi untuk mengidentifikasi fenomena yang terbentuk melalui konsep teori yang abstrak disebut ...
- a. Metatheory.
  - b. Grand theory.
  - c. Middle range theory.
  - d. Practice theory.
  - e. Nursing theory.
12. Teori yang digunakan untuk memberikan acuan kerangka kerja struktural yang abstrak, ide, prinsip utama disiplin ilmu yang bisa diidentifikasi disebut ...
- a. Metatheory.
  - b. Grand theory.
  - c. Middle range theory.
  - d. Practice theory.
  - e. Nursing theory.
13. Teori yang digunakan untuk memberikan acuan kerangka kerja struktural yang abstrak, ide, prinsip utama disiplin ilmu yang dapat diidentifikasi disebut ...
- a. Metatheory.
  - b. Grand theory.
  - c. Middle range theory.
  - d. Practice theory.

- e. Nursing theory.
14. Teori yang digunakan untuk praktik keperawatan dan menjelaskan tentang fenomena yang terjadi dalam praktik keperawatan dan populasi yang lebih spesifik disebut ...
- a. Metatheory.
  - b. Grand theory.
  - c. Middle range theory.
  - d. Practice theory.
  - e. Nursing theory.
15. Teori yang digunakan untuk mengeksplorasi dan mengorientasikan suatu tindakan yang nyata dengan berfokus pada praktik klinis yang terbatas pada populasi tertentu dan situasi disebut ...
- a. Metatheory.
  - b. Grand theory.
  - c. Middle range theory.
  - d. Practice theory.
  - e. Nursing theory.





# PARADIGMA KEPERAWATAN

## BAB III

Tujuan Pembelajaran :

1. Tujuan Umum

Setelah mempelajari materi ini, anda diharapkan anda mampu memahami tentang paradigma keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Diharapkan setelah mempelajari materi paradigma keperawatan anda dapat :

- a. Memahami dan menjelaskan tentang paradigma keperawatan.
- b. Memahami dan menjelaskan tentang pengertian keperawatan.
- c. Memahami dan menjelaskan tentang konsep Holistic Care.
- d. Memahami dan menjelaskan tentang konsep manusia.
- e. Memahami dan menjelaskan tentang konsep sehat.
- f. Memahami dan menjelaskan tentang konsep berubah.
- g. Memahami dan menjelaskan tentang konsep sistem dan pendekatan sistem.

## Pokok – Pokok Materi

Berdasarkan tujuan yang telah dipaparkan diatas, maka pokok – pokok materi yang akan dibahas dalam Bab 3 ini adalah :

1. Pengertian Paradigma Keperawatan.
2. Pengertian Keperawatan.
3. Konsep Holistic Care.
4. Konsep Manusia.
5. Konsep Sehat.
6. Konsep Berubah.
7. Konsep Sistem dan Pendekatan Sistem.

## Uraian Materi

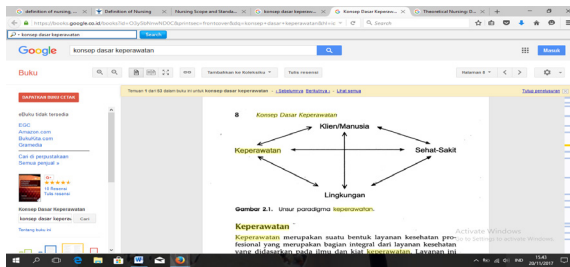
### A. Pengertian Paradigma Keperawatan

Paradigma berasal dari bahasa Yunani yang berarti contoh atau sebuah model yang diambil dari kata kerja “Paradeiknumi”. “Para” berarti disamping atau dekat, sedangkan “Deiknumi” berarti menunjukkan atau mengarahkan (Bahramnezhad et al. 2015). Tahun 1962, kata paradigma pertama kali dikenalkan secara teoritis dan modern oleh Thomas Kuhn, seorang penulis asal Amerika Serikat. Kuhn berkeyakinan bahwa paradigma merupakan sebuah temuan ilmiah yang sangat bermanfaat yang dapat mendefinisikan sebuah kerangka kerja, dan menjelaskan sebuah model (Coppa, 1993).

Para ahli sendiri mendefinisikan 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 sendiri merupakan sesuatu yang digambarkan sebagai pondasi bangunan yang memiliki tujuan dan memiliki nilai yang berkaitan antara satu dan lainnya (Parker, 2006). Bagaimana cara individu berpikir dan pengalaman yang dimilikinya untuk membantu orang lain dapat menginspirasi terbentuknya paradigma. Teori keperawatan pada hakikatnya merupakan sesuatu yang terbentuk dari dasar

ilmu pengetahuan, kumpulan metode-metode, dan pengalaman aktivitas individu membantu orang lain dalam memecahkan masalah yang dihadapinya. Paradigma keperawatan juga berasal dari adanya pertukaran informasi dan nilai-nilai, konsep-konsep seperti manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Keterkaitan konsep-konsep ini terefleksikan dari budaya keperawatan, pengalaman kerja, dan nilai-nilai yang mempengaruhi pemikiran individu yang didapat dari hasil observasi terhadap suatu kejadian, dan situasi (Duff, 2011).



Gambar 1.1 Unsur utama dalam konsep paradigma keperawatan (Asmadi, 2008. Konsep Dasar Keperawatan. Hal. 8. Jakarta : EGC).

## B. Pengertian Keperawatan

Keperawatan didefinisikan sebagai suatu ilmu yang memiliki peran besar dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Peran besar yang dilakukan keperawatan berupa adanya upaya perlindungan, promosi dan pengoptimalan status kesehatan serta keterampilan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya. Selain itu keperawatan juga berperan dalam tindakan pencegahan kesakitan dan trauma, memberikan fasilitas perawatan, membuat diagnosis sesuai respon yang disampaikan pasien, memberikan advokasi atau perlindungan bagi individu, keluarga, masyarakat dan populasi. Saat ini

keperawatan juga ikut berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan kesehatan, manajemen sistem kesehatan dan pendidikan (ICN, 2002 ; American Nurse Association, 2015).

Di Indonesia, definisi keperawatan 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. Orang yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan disebut dengan perawat. Perawat haruslah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik didalam maupun diluar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 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 (Undang-Undang Republik Indonesia, 2015). Salah satu fungsi keperawatan yang spesial membedakan keperawatan dengan keilmuan lainnya adalah adanya perilaku "Caring". Caring sendiri merupakan suatu nilai dasar diri yang dimiliki oleh manusia. Kata Caring digunakan untuk menggambarkan suatu fenomena yang berhubungan dengan bantuan, dan dukungan. Definisi Caring sangat lekat dengan keperawatan karena merupakan suatu nilai inti yang harus dimiliki perawat yang berperan untuk mengklarifikasi dan menekankan pada berbagai pandangan. Perilaku "Caring" ini ditunjukkan kepada individu yang sehat maupun sakit. Caring digunakan untuk mengkaji respon individu yang sehat

atau sakit yang dapat membantu meraka dalam menjalankan kegiatan yang berkontribusi terhadap kesehatan atau pemulihan atau kematian yang bermartabat. Caring digambarkan sebagai suatu tindakan atau perilaku seorang perawat profesional yang memiliki kepedulian terhadap kebutuhan dan keterampilan pasien seperti keterampilan kognitif, afektif, psikomotor dan administratif (Wilkin 2003; Republic 2016 ; ICN, 2017).

### C. Konsep Holistic Care

Kata Holism dan Holistic merupakan kata yang berasal dari kata “Ολος-holos” yaitu kata Yunani kuno yang berarti semua, seluruh, menyeluruh, atau total. Konsep holistik dalam keperawatan merupakan sebuah model yang mengkombinasikan adanya kehadiran, penyembuhan menyeluruh dengan memperhatikan kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual individu. Holistik merupakan sebuah prinsip dalam keperawatan yang menghubungkan antara seni dan ilmu pengetahuan yang perwujudannya melibatkan proses analisis, keterampilan dalam berintuisi, dan hubungan antara pikiran, semangat dan kondisi tubuh seseorang. Holistik keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mencegah penderitaan yang dialami oleh individu. Dalam ilmu keperawatan holistik keperawatan memiliki lima nilai utama yang harus ditunjukkan oleh seorang perawat profesional yaitu :

1. Holistik filosofi, teori, dan etik.
2. Holistik dalam proses caring.
3. Holistik dalam komunikasi, menciptakan lingkungan yang terapeutik, dan menghargai keberagaman kebudayaan.
4. Holistik dalam pendidikan dan penelitian (Papathanasiou,

Sklavou, & Kourkouta, 2013 ; Mariano, 2013 ; Ahna, 2015).

Konsep umum dari Holistic Care adalah konsep yang berfokus pada perlindungan, promosi dan pengoptimalisasian kesehatan dan status kesehatan untuk pencegahan kesakitan dan trauma. Selain itu Holistic Care juga berfokus pada upaya mengurangi penderitaan dan mendukung individu dalam menemukan kedamaian, kenyamanan dan keseimbangan dalam hidupnya. Konsep Holistic Care mempercayai bahwa jika terjadi ketidak seimbangan dalam hidup individu maka dapat berpengaruh negatif pada seluruh fungsi kesehatannya.

Konsep Holistic Care membutuhkan perawat sebagai orang yang memberikan perawatan yang disebut dengan perawat holistik. Perawat holistik digambarkan sebagai seorang perawat yang bekerja dengan sepenuh hati dalam merawat pasien, melakukan diagnosis, dan merawat pasien tanpa paksaan. Perawat holistik harus dapat memahami kondisi psikologis dan emosional pasien untuk memfasilitasi proses penyembuhan pasien agar berjalan dengan cepat. Keterlibatan pasien untuk ikut serta berperan dalam proses penyembuhan dan ikut mendorong kemampuan pasien dalam memenuhi perawatan diri secara mandiri juga merupakan tugas perawat sebagai perawat holistik. Perawat holistik bertujuan untuk memahami status kesehatan dan kesembuhan pasien. Perawat holistik berperan sebagai patner bagi pasien untuk mempercepat proses kesembuhannya. Proses pemberian pelayanan yang holistik harus dilakukan secara menyeluruh, termasuk saat pengkajian, diagnosis, hasil, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi (Mariano, 2013).

#### D. Konsep Manusia

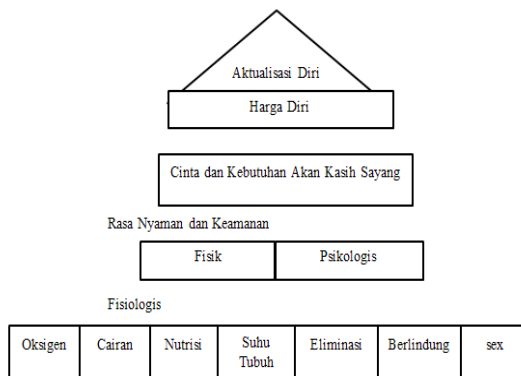
Manusia merupakan makhluk yang spesial karena memiliki sifat, karakteristik dan berespon terhadap stimulus yang berbeda dari satu manusia ke manusia lainnya. Manusia dalam mempertahankan hidupnya memerlukan berbagai dukungan sistem, yang terdiri dari subsistem (sistem organ) dan suprasistem (keluarga, masyarakat dan sosial budaya). Manusia juga dipandang sebagai makhluk yang holistik karena membutuhkan keseimbangan komponen seperti bio-psiko-sosio-spiritual-kultural yang harus terpenuhi. Manusia sebagai makhluk bio karena memiliki karakteristik berkembang biak, tubuhnya tersusun dari berbagai organ, dan memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Manusia dikatakan sebagai makhluk psiko karena memiliki jiwa atau kepribadian. Kepribadian manusia didasarkan pada ID (kesenangan atau nafsu yang berpusat pada kepentingan pribadi), EGO (kesenangan atau nafsu yang lebih terarah dan memiliki mekanisme pembelaan), SUPER EGO yaitu kepribadian manusia yang berlandaskan pada aspek etis atau tidak etis, dan salah atau benar. Manusia dikatakan makhluk sosial karena tidak bisa hidup sendiri tanpa bantuan orang lain. Manusia sebagai makhluk spiritual karena memiliki keyakinan pada Tuhan (Asmadi, 2008).

Manusia dalam menjalani hidupnya memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Hal ini digambarkan oleh Abraham H. Maslow yang berlatar belakang seorang psikolog dalam teori kebutuhan dasar manusianya pada tahun 1943. Maslow mendefinisikan kebutuhan dasar manusia dimulai dari sesuatu yang simpel menuju kebutuhan yang kompleks. Kebutuhan manusia ini digambarkannya dalam bentuk hierarki. Hierarki pertama dalam teori kebutuhan dasar manusia Abraham Maslow adalah kebutuhan akan oksigen, makanan untuk bertahan



hidup. Setelah itu barulah manusia memenuhi kebutuhan lainnya seperti keamanan, cinta dan harga diri. Kebutuhan yang digambarkan sebagai dasar dari piramida hierarki Abraham Maslow merupakan kebutuhan yang paling mendesak, atau dengan kata lain kebutuhan dasar manusia digambarkan dengan tingkatan atau susunan hierarki (Rosdahl & Kowelski, 2008).

Berikut piramida hierarki kebutuhan dasar manusia Abraham Maslow :



Gambar 1.1 Hierarki Kebutuhan Dasar Abraham Maslow. (Maslow AH ; Motivation and personality, ed 3, Upper Saddle River, NJ, 1970, Prentice Hall.).

Hierarki Abraham Maslow ini membantu perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada pasien. Hal ini disebabkan hierarki Abraham Maslow ini memberikan model atau rujukan dasar bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien disegala usia. Akan tetapi perlu diingat dalam memberikan asuhan keperawatan ada hal yang lebih penting dibanding tingkatan hierarki ini, yaitu apa yang paling dibutuhkan pasien sesuai dengan situasi dan kondisi kesehatannya (Potter et al, 2016).

## E. Konsep Sehat

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 (Supartini, 2004 ; WHO, 2017). Sehat sakit yang digambarkan dalam satu rentang diawali dengan kondisi sehat, kemudian sakit dan menuju pada kondisi meninggal dunia yang di gambarkan sebagai berikut :



Gambar 1.2 Rentang sehat sakit (Supartini, Y. 2004. Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak, hal. 6. Jakarta : EGC).

## F. Konsep Berubah

Perubahan merupakan suatu proses yang berkelanjutan. Dikatakan berkelanjutan karena proses berubah selalu terjadi karena individu secara hakikatnya akan melakukan sesuatu yang berbeda dari apa yang dilakukan sebelumnya. Perubahan terjadi meliputi perubahan tingkah laku, fungsi, keluarga, kelompok atau masyarakat. Perubahan menurut Gillies memiliki empat tingkatan, yaitu :

1. Tingkat I : Perubahan pada proses pikir yang berkaitan dengan pengetahuan yang dimiliki.

2. Tingkat II : Perubahan yang berkaitan dengan tingkah laku yang pada akhirnya akan mempengaruhi tindakan yang dimunculkan seseorang.
3. Tingkat III : Perubahan kebiasaan dengan melibatkan perasaan.
4. Tingkat IV : Perubahan yang bersifat menyeluruh yang dapat mempengaruhi seluruh sistem yang ada (Yanti, Arma & Karlinah, 2015).
5. Tanpa adanya paksaan manusia merupakan individu yang mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Perubahan yang dilakukan manusia merupakan bentuk kebutuhannya. Adapun kebutuhan manusia untuk berubah yaitu : kebutuhan untuk merubah keseimbangan personal, sosial, dan organisasional, senang mengadakan perubahan dengan membuat sebuah penyelidikan dan eksplorasi, mengadakan perubahan untuk menyempurnakan suatu isi pemikiran atau konsep, berubah untuk mencapai sesuatu yang diinginkan. Perubahan yang dilakukan oleh manusia merupakan hasil dari faktor yang mempengaruhi yaitu faktor internal dan eksternal (Yanti, Arma & Karlinah, 2015).

Manusia melakukan perubahan disebabkan oleh beberapa alasan seperti berubah karena ingin menjadi lebih baik atau keluar dari masalah yang dihadapi, berubah untuk mengurangi beban kerja. Perubahan terjadi karena adanya dorongan dari pihak lain atau perubahan pola pikir yang menyebabkan penurunan keyakinan terhadap sesuatu. Perubahan terbagi menjadi dua yaitu :

1. Perubahan yang direncanakan

Manusia yang melakukan perubahan yang terencana

adalah manusia yang melakukan suatu usaha untuk berubah dan memikirkan caranya secara sistematis. Perubahan yang direncanakan dilakukan melalui adanya agen perubahan.

## 2. Perubahan yang tidak direncanakan

Perubahan yang tidak direncanakan merupakan perubahan yang terjadi karena adanya ketidakseimbangan sistem. Perubahan ini merupakan respon adaptif terhadap stimulus eksternal dan merupakan respon dari beberapa kejadian yang berlangsung secara tiba-tiba (Yanti, Arma & Karlinah, 2015).

Kurt Lewin tahun 1951 dalam Yanti, Arma & Karlinah, 2015 mengungkapkan tiga tahap proses perubahan yang terdiri dari tahap pencairan (Unfreezing), bergerak (movement), pembekuan kembali (refreezing). Tahap pencairan (unfreezing) meliputi proses adanya motivasi yang kuat untuk berubah, kesiapan untuk berubah, dan memiliki kekuatan dan meminimalisir faktor penghambat. Tahap bergerak (movement) meliputi proses identifikasi, perencanaan, implementasi, dan pendorong yang kuat untuk berubah dibanding penghambat. Tahap pembekuan kembali (refreezing) meliputi proses adaptasi terhadap perubahan yang baru terjadi, berusaha menyeimbangkan, melakukan penguatan terus menerus.

## G. Konsep Sistem dan Pendekatan Sistem

Konsep sistem merupakan konsep yang dikenal secara universal karena luasnya cakupan konsep ini. Dikatakan luas karena konsep sistem meliputi banyak disiplin ilmu dan pendapat yang mendefinisikannya. Sistem sendiri di definisikan sebagai suatu yang utuh yang meliputi kumpulan objek manusia,

sumber daya, konsep itu sendiri dan prosedur yang bertujuan untuk melakukan sesuatu fungsi untuk memenuhi tujuan yang ingin dicapai. Sistem juga memberikan efek yang besar yang dikenal dengan sinergi. Konsep sistem terbagi menjadi sepuluh yaitu sistem terbuka, sistem tertutup, input, output, lingkungan, troughput, transformasi, konstrain (pembatas), feedback (umpan balik), dan kontrol. Sistem terbuka merupakan sistem yang terus mengalami pergerakan, baik secara materi, energi atau informasi. Sistem tertutup merupakan sistem yang tidak mengalami pergerakan baik secara material, energi atau informasi. Input didefinisikan sebagai sesuatu yang masuk kedalam sistem untuk suatu tujuan. Output didefinisikan sebagai sesuatu yang berasal dari dalam sistem menuju ke lingkungan luar. Lingkungan didefinisikan sebagai suatu objek dengan batasan yang jelas yang berpengaruh atau dipengaruhi oleh sistem. Troughput merupakan suatu perubahan yang keluar dari sistem. Transformasi merupakan bentuk lain dari input yang telah mengalami perubahan menjadi output. Konstrain atau pembatas merupakan suatu batasan dalam sistem yang tidak dapat dipisahkan. Feedback atau umpan balik merupakan suatu informasi yang didapat dari proses output kemudian dilakukan koreksi berdasarkan masukan yang didapat sebelumnya. Kontrol berfungsi untuk mengarahkan dan membatasi suatu tindakan sebagai upaya pengendalian. Pendekatan dasar dalam sistem terbagi menjadi dua, yaitu pendekatan dengan desain sistem analisa dan pendekatan dengan sistem sintesa. Pendekatan dengan analisa merupakan suatu pendekatan yang didesain untuk memodifikasi karakteristik dari suatu standar yang ada pada sistem. Pendekatan dengan sintesa merupakan suatu pendekatan yang didesain untuk mendefinisikan sistem secara langsung dari spesifikasinya (Arif, 2017).

Pendekatan sistem juga dilakukan pengukuran performansi yang dinilai dari tiga aspek menurut Arif tahun 2017, yaitu :

1. Efisiensi yaitu proses internal sistem yang menunjukkan banyaknya materi yang diperlukan untuk menciptakan suatu sistem luaran atau output.
2. Efektifitas yaitu proses yang menentukan keberhasilan suatu sistem untuk memperoleh keinginan yang menjadi tujuan yang melibatkan komponen internal dan eksternal.
3. Produktivitas yaitu sebuah fungsi dari efektivitas dan efisiensi yang berperan untuk membandingkan antara output dan input dari sistem.

### Ringkasan

Paradigma keperawatan berasal dari pertukaran informasi dan nilai-nilai, konsep-konsep seperti manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Keperawatan merupakan suatu konsep yang holistik dengan lima nilai utama yaitu holistik filosofi ; holistik teori dan etik ; holistik dalam proses caring ; holistik dalam komunikasi ; menciptakan lingkungan yang terapeutik dan menghargai keberagaman kebudayaan ; dan holistik dalam pendidikan dan penelitian. Manusia merupakan objek keperawatan atau sasaran pelayanan keperawatan yang mencakup bio-psiko-sosio-spiritual-kultural. Manusia menjalani hidupnya dan memenuhi kebutuhan dasar. Kebutuhan dasar dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatannya. Keadaan sehat digambarkan dengan suatu kondisi keadaan yang sejahtera secara optimal dan seimbang antara fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Manusia juga selalu melakukan perubahan yang terjadi karena beberapa alasan seperti berubah karena

ingin menjadi lebih baik, dan mengurangi beban.

Tes 3

Pilihlah jawaban yang paling tepat !

1. Suatu keyakinan yang dimiliki sekumpulan peneliti yang mengatur dan mengarahkan penyelidikan dalam disiplin ilmu untuk memecahkan masalah-masalah ilmiah dan mengatur serangkaian studi di lapangan disebut ...
  - a. Paradigma.
  - b. Paradigma keperawatan.
  - c. Falsafah.
  - d. Falsafah keperawatan.
  - e. Teori.
  
2. Kategori paradigma terbagi menjadi tiga yaitu ...
  - a. Ongkologi, anatomi, fisiologi.
  - b. Ongkologi, patofisiologi, epistemologis.
  - c. Ontologis, epistemologis, metodologis.
  - d. Ontologis, epistemologis, anatomi.
  - e. Ontologis, anatomi, fisiologi.
  
3. Prinsip dalam keperawatan yang menghubungkan antara sendi dan ilmu pengetahuan yang perwujudannya melibatkan proses analisis, keterampilan dalam berintuisi, dan hubungan antara pikiran, semangot dan kondisi tubuh disebut ...
  - a. Holistic Care.
  - b. Caring.
  - c. Holistic.

- d. Philosophy.
  - e. Care.
4. Yang termasuk nilai utama yang harus ditunjukkan oleh seorang perawat profesional yaitu ...
- a. Holistik filosofi, teori dan etik.
  - b. Holistik komunikasi non verbal dan verbal.
  - c. Holistik proses penciptaan lingkungan.
  - d. Holistik dalam proses kebudayaan.
  - e. Holistik teurapeutik.
5. Manusia dalam mempertahankan hidupnya memerlukan dukungan sistem yang terbagi menjadi dua yaitu ...
- a. Subsistem dan subekonomi.
  - b. Subekonomi dan subjektif.
  - c. Subsistem dan suprasistem.
  - d. Subjektif dan objektif.
  - e. Internal dan eksternal.
6. Salah satu fungsi keperawatan yang membedakan keperawatan dengan keilmuan lainnya adalah perilaku ...
- a. Warning.
  - b. Caring.
  - c. Smiling.
  - d. Keeping.
  - e. Working.
7. Perubahan terbagi menjadi dua yaitu ...
- a. Perubahan yang direncanakan dan perubahan



- yang tidak direncanakan.
- b. Perubahan yang diinginkan dan perubahan yang tidak diinginkan.
  - c. Perubahan yang diminati dan perubahan yang tidak diminati.
  - d. Perubahan yang dikategorikan dan perubahan yang tidak dikategorikan.
  - e. Perubahan yang dipaksakan dan perubahan yang tidak dipaksakan.
8. Suatu usaha untuk berubah dan memikirkan caranya secara sistematis disebut ...
- a. Perubahan yang direncanakan.
  - b. Perubahan yang tidak direncanakan.
  - c. Perubahan yang diminati.
  - d. Perubahan yang tidak diminati.
  - e. Perubahan yang dikategorikan.
9. Perubahan yang terjadi karena adanya ketidakseimbangan sistem disebut ...
- a. Perubahan yang direncanakan.
  - b. Perubahan yang tidak direncanakan.
  - c. Perubahan yang diminati.
  - d. Perubahan yang tidak diminati.
  - e. Perubahan yang dikategorikan.

10. Sistem terbuka, sistem tertutup, input, output, lingkungan, throughput, transformasi, konstrain (pembatas), feedback, dan kontrol merupakan bagian dari ...
- a. Konsep.
  - b. Sistem.
  - c. Konsep sistem.
  - d. Pendekatan.
  - e. Pendekatan sistem.

# TEORI KEPERAWATAN

Tujuan Pembelajaran :

1. Tujuan Umum

Setelah mempelajari materi ini, anda diharapkan mampu memahami tentang teori keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Diharapkan setelah mempelajari materi teori keperawatan anda dapat :

- a. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Florence Nightingale.
- b. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Handerson.
- c. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Peplau.
- d. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Jean Watson.
- e. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Dorothea Orem.
- f. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Sister Callista Roy.
- g. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Betty Neuman.

- h. Memahami dan menjelaskan tentang teori keperawatan Nola J Pender.

### Pokok – Pokok Materi

Berdasarkan tujuan yang telah dipaparkan diatas, maka pokok – pokok materi yang akan dibahas dalam Bab 4 ini adalah :

1. Teori keperawatan Florence Nightingale.
2. Teori keperawatan Handerson.
3. Teori keperawatan Peplau.
4. Teori keperawatan Jean Watson.
5. Teori keperawatan Dorothea Orem.
6. Teori keperawatan Sister Callista Roy.
7. Teori keperawatan Betty Neuman.
8. Teori keperawatan Nola J Pender.

## Uraian Materi

### A. Teori Keperawatan Florence Nightingale



Gambar 1.3 Florence Nightingale.

Florence Nightingale lahir pada tanggal 12 May 1820 di Florence, Italia dari garis keturunan bangsawan Inggris. Namanya diambil dari nama kota tempat ia dilahirkan. Dimasa kecilnya Nightingale telah dididik orang tuanya untuk mempelajari berbagai macam ilmu pengetahuan seperti bahasa, matematika, filsafat dan agama yang pada akhirnya menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi karya-karya yang dihasilkannya (Karimi & Alavi 2015). Saat remaja Nightingale merasa menjadi seorang perawat merupakan sebuah panggilan, oleh sebab itu ia memutuskan untuk mengikuti pelatihan sebagai seorang perawat di Kaiserwerth, German pada tahun 1851 selama tiga bulan. Keputusan ini membawanya pada sebuah pencapaian diakhir pelatihan dirinya terpilih sebagai salah satu murid keperawatan yang diajar khusus oleh guru tempat

ia mengambil pelatihan. Pendidikan lanjutan sebagai seorang perawat di tempat pelatihan pun dijalannya selama dua tahun. Setelah menyelesaikan pelatihannya, Nightingale kembali ke Inggris dan bekerja di rumah sakit, dan bekerja sebagai relawan di institusi yang berkaitan dengan keperawatan (Allgood, 2014).

Tahun 1853, Nightingale mendapatkan penghargaan dari ayahnya, dan kemudian pindah ke London. Di London, Nightingale bekerja sebagai pengawas rumah sakit, saat itu juga Nightingale memulai pekerjaannya sebagai seorang perawat. Nightingale juga pernah merantau ke Turki bersama 38 perawat lainnya dalam misi bantuan kesehatan. Saat tiba di Turki, Nightingale dan teman-temannya dihadapkan pada masalah buruknya sanitasi dan terlalu padatnya jumlah penghuni barak (camp). Berlatar belakang masalah tersebut Nightingale berusaha untuk mengatasinya dengan mulai mendirikan posko pelayanan keperawatan yang terorganisir, dan membuat program penanggulangan masalah sanitasi. Kerja kerasnya membuahkan hasil dan dianggap sukses karena mampu menurunkan angka kematian. Lima puluh tahun kehidupannya, Nightingale masih aktif menulis artikel di surat kabar, menulis buku, mengadakan penelitian dan pertemuan dengan teman atau kolega di rumahnya, meskipun dalam keadaan yang tidak begitu sehat karena menderita beberapa penyakit. Pada tanggal 13 Agustus 1910, Florence Nightingale dikabarkan meninggal dunia di London, Inggris. (Masters, 2015).

Nightingale sebenarnya tidak mengembangkan sebuah teori keperawatan, namun hanya mendeskripsikan standar umum atau pedoman praktek keperawatan. Standar umum praktek keperawatan ini kemudian dikenal dengan filosofi keperawatan. Filosofi keperawatan Nightingale mencakup empat metaparadigma keperawatan yang berfokus utama pada

pasien, lingkungan, tindakan keperawatan yang bertujuan memanipulasi lingkungan untuk mempercepat penyembuhan pasien. Filosofi keperawatan Nightingale yang digunakan dalam intervensi keperawatan berpusat pada 13 aspek menurut Masters, 2015 yaitu :

1. Ventilasi dan kehangatan : menjaga sirkulasi udara yang baik untuk ruangan pasien, dan tetap hangat.
2. Kondisi rumah yang sehat : menjaga kondisi rumah yang sehat dengan lima hal utama yang harus diperhatikan yaitu udara yang bersih, air yang bersih, pengairan yang efisien, lingkungan yang bersih dan dimasuki cahaya matahari.
3. Pengaturan manajemen : ketidakhadiran perawat dalam memberikan perawatan yang berkelanjutan merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam aspek ini.
4. Kebisingan : minimalkan kebisingan yang dapat mengganggu istirahat pasien.
5. Variasi ruangan rawat : memperhatikan tata ruang rawat untuk menghindari kebosanan pasien selama dirawat di rumah sakit.
6. Memperhatikan asupan makanan : Mendokumentasikan makanan dan minuman yang masuk ke dalam tubuh pasien.
7. Makanan : berikan makanan yang dibutuhkan pasien sesuai dengan kondisi kesehatannya dan yang dibutuhkan.
8. Tempat tidur dan alas kasur : sediakan tempat tidur dan alas kasur yang bersih dan nyaman.
9. Pencahayaan : instruksikan untuk memasang tirai

yang bisa membatasi cahaya yang masuk ke ruang pasien untuk memberikan kenyamanan.

10. Kerapian ruangan dan dinding : sediakan lingkungan kamar atau ruangan yang bersih.
11. Kebersihan diri : pertahankan kebersihan pasien.
12. Berikan dukungan dan saran : hindari perkataan yang tidak bermakna atau memberikan saran yang tidak sesuai fakta.
13. Observasi status kesehatan : lakukan observasi dan dokumentasi.

Nightingale juga mempercayai bahwa keperawatan harus bersifat holistik atau perawatan yang menyeluruh, yang juga menyentuh sisi spiritual pasien. Perawat juga harus memberikan promosi kesehatan yang berisikan informasi yang akurat baik untuk individu yang sehat maupun individu yang sakit (Masters, 2015).

Konsep utama paradigam filosofi keperawatan Florence Nightingale :

1. Manusia

Nightingale tidak mendefinisikan manusia secara kompleks. Nightingale mengungkapkan bahwa manusia memiliki timbal balik terhadap lingkungan yang akan berpengaruh terhadap status kesehatannya.

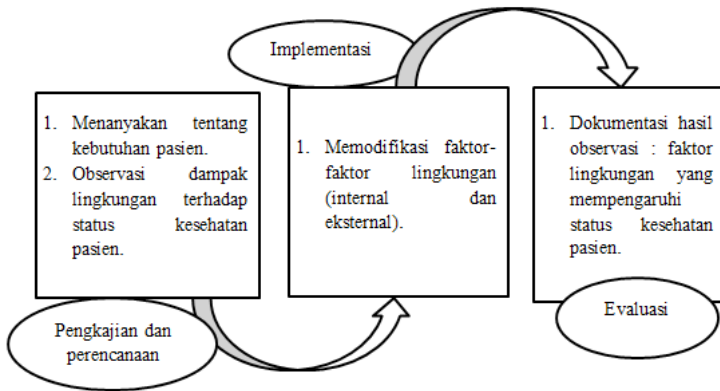
2. Lingkungan

Lingkungan dalam filosofi keperawatan Nightingale merupakan hal yang paling ditekankan yang lebih dikenal dengan model lingkungan Nightingale. Lingkungan mempengaruhi status kesehatan individu yang terbagi menjadi dua yaitu lingkungan eksternal



seperti temperatur, tempat tidur, dan ventilasi), dan lingkungan internal yaitu makanan, air dan obat-obatan.

Berikut pandangan Nightingale terkait dengan model lingkungannya, dalam Masters, 2015 :



Gambar 1. Model Lingkungan Florence Nightingale. (Modifikasi :Masters, K. 2015. Nursing Theories : A Framework For ProfessionalPractice. United States of America : Jones & Bartlett).

### 3. Kesehatan

Kesehatan tidak hanya berarti bahwa seseorang terbebas dari berbagai penyakit, tetapi juga jika individu memiliki cukup energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari sesuai kebutuhannya.

### 4. Keperawatan

Perawat berperan dalam mengkondisikan dan memodifikasi lingkungan yang berfungsi untuk mempercepat proses penyembuhan atau mempertahankan status kesehatan individu yang sehat.

## B. Teori Keperawatan Handerson



Gambar 1.4 Virginia Aveland Henderson.

Virginia Aveland Henderson dilahirkan di Kota Kansas, Missouri pada tanggal 19 Maret 1897 dan meninggal pada tanggal 30 november 1996 di usia ke 98 tahun. Selama 60 tahun kehidupannya, Handerson banyak memberikan kontribusinya dibidang ilmu keperawatan dan menjadi salah satu orang yang berpengaruh di bidang keperawatan pada abad 20. Hal ini dikarenakan selama 60 tahun tersebut dirinya telah mengabdikan diri untuk berkarir sebagai seorang perawat, guru, penulis, dan peneliti (Masters, 2015).

Ketertarikannya pada keperawatan dimulai sejak perang dunia I, dan terus bertumbuh seiring dengan ketertarikan dan pengabdianya membantu orang yang sakit dan terluka akibat berperangan. Handerson sekolah di sekolah keperawatan tentara (Army School of Nursing) tahun 1921 dan praktek keperawatan di Hendry Street Visiting Nurse Service di kota New York. Setelah itu ia melanjutkan pendidikannya di Columbia

University Teachers College. Disini ia menyelesaikan gelar sarjana dan masternya di bidang keperawatan dan mulai bekerja sebagai dosen di Teachers College dan Universitas Yale (Masters, 2015). Tahun 1955, Henderson mulai memperkenalkan definisi keperawatan berdasarkan hasil pemikirannya yang sangat terkenal, melakukan berbagai penelitian yang menjadi dasar ilmu pengetahuan keperawatan, dan menjadi rujukan keperawatan yang holistic. Model keperawatan Henderson dikenal sepanjang abad 20. Henderson dianugerahi 12 gelar tertinggi dalam derajat pendidikan. Kontribusi Henderson dibidang keperawatan yang paling populer adalah teori keperawatan yang dikenal dengan teori kebutuhan. Teori kebutuhan (Need Theory) menekankan pada pentingnya kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar sehingga asuhan keperawatan dapat berjalan dengan lancar (Masters, 2015).

Berikut 14 kebutuhan dasar yang dibutuhkan pasien selama proses perawatan yang dapat menjadi rujukan perawat berdasarkan model keperawatan Henderson :

1. Bernafas dengan normal.
2. Makan dan minum dengan adekuat.
3. Mampu melakukan eliminasi dengan teratur.
4. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
5. Istirahat tidur.
6. Menggunakan pakaian yang nyaman, membuka dan memakai pakaian.
7. Menjaga suhu tubuh dengan rentang normal dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan.
8. Menjaga tubuh tetap bersih, terawat dan lindungi kulit dari kerusakan.

9. Menghindari lingkungan yang berbahaya dan menghindari trauma.
10. Melakukan komunikasi dengan orang lain dan mampu mengekspresikan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran atau pendapat.
11. Melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan dan moral.
12. Bekerja dan menghasilkan suatu karya atau prestasi.
13. Melakukan aktivitas bermain dan rekreasi.
14. Mempelajari, menggali dan memprioritaskan kepuasan terhadap fasilitas kesehatan (Masters, 2014 ; Alligood, 2014).

Komponen 10 dan 14 dari teori keperawatan henderson merupakan kebutuhan psikologis yang berkaitan dengan komunikasi dan mempelajari sesuatu. Komponen 11 yaitu beribadah sesuai keyakinan dan moral, komponen 12 adalah bekerja menghasilkan suatu karya dan prestasi, dan 13 yaitu melakukan aktivitas bermain dan rekreasi merupakan komponen yang membedakan dengan jelas antara keunikan praktik kedokteran dan keperawatan (Parker, 2001; Henderson, 1964).

Model keperawatan Henderson memandang pasien sebagai seorang individual yang membutuhkan pertolongan untuk mencapai kemandirian fisik maupun psikis secara utuh atau menyeluruh. Henderson menyatakan keperawatan merupakan suatu hal yang unik karena membantu individu yang sakit maupun yang sehat. Perawat juga berkontribusi memberikan asuhan keperawatan yang dapat mengantarkan pasien untuk mempertahankan kesehatan, mengembalikan kesehatan dan membantu memberikan kenyamanan dalam mengantar pasien meninggal dengan damai. Semua ini dapat

dilakukan seorang perawat jika memiliki kemauan, kekuatan dan pengetahuan dengan tujuan membantu pasien mencapai kemandirian secara optimal dan cepat (Alligood, 2014).

Konsep utama paradigma teori keperawatan Henderson dalam Masters, 2015 :

### 1. Manusia

Henderson melihat individu sebagai pasien yang tersusun atas komponen biologi, psikologi, sosiologi, dan spiritual yang tidak terpisahkan. Manusia atau individu juga dianggap sebagai seseorang yang membutuhkan bantuan untuk mencapai kemandirian yang terdiri dari 14 macam kebutuhan dasar dalam asuhan keperawatan. Pasien dan keluarganya diposisikan sebagai sebuah unit yang membutuhkan bantuan asuhan keperawatan.

### 2. Lingkungan

Lingkungan menurut Henderson merupakan sekumpulan agregat eksternal yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme. Henderson meyakini bahwa lingkungan memiliki komposisi biologi, fisik, dan perilaku. Komposisi biologi lingkungan terdiri dari kumpulan makhluk hidup (tanaman, hewan dan mikroorganisme). Komposisi fisik meliputi lingkungan sekitar yaitu cahaya matahari, oksigen, karbondioksida, komponen organik, dan nutrisi yang dibutuhkan tanaman. Komposisi biologis dan fisik ini bekerjasama untuk mengatur keseimbangan ekosistem. Komponen perilaku terdiri dari interaksi sosial, ekonomi, aspek legal, politik, dan sistem keagamaan yang berdampak pada status

kesehatan manusia.

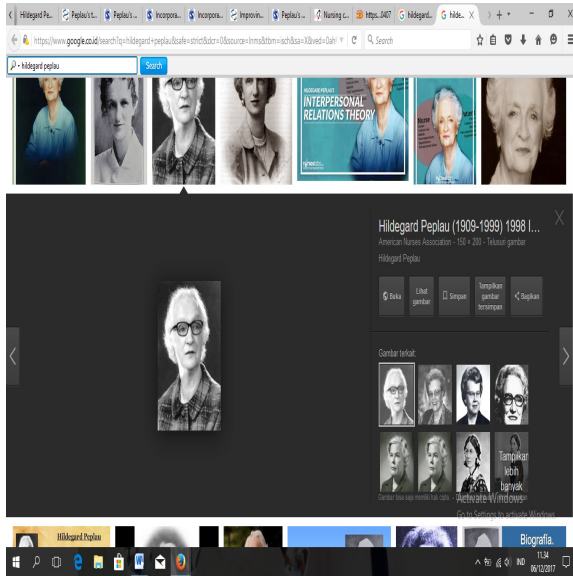
### 3. Kesehatan

Henderson tidak mendefinisikan kesehatan secara eksplisit, dirinya hanya mengungkapkan jika kesehatan memiliki hubungan dalam meningkatkan atau mempengaruhi kepuasan dan kemandirian pada pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya.

### 4. Keperawatan

Keperawatan menurut Henderson adalah sebuah seni yang menekankan pada sisi empati sebagai seorang perawat. Perawat dengan peran yang unik karena tidak hanya membantu atau mengkaji individu yang sakit, tetapi juga membantu atau mengkaji individu yang sehat, berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan dan mengantarkan pasien menuju kematian yang damai. Henderson juga memandang bahwa seorang perawat bertugas memberikan kekuatan, keyakinan dan pengetahuan untuk membantu proses penyembuhan pasien.

### C. Teori Keperawatan Peplau



Gambar 1.5 Hildegard E. Peplau

Hildegard E. Peplau lahir di Reading, Pennsylvania tahun 1909, Amerika Serikat. Dikenal sebagai pionir keperawatan jiwa yang berkarir lebih dari 7 dekade. Dirinya menyelesaikan pendidikan D3 keperawatan di Pottstown, Pennsylvania tahun 1931, kemudian melanjutkan pendidikan S1 jurusan interpersonal psikologi tahun 1943 di Bennington. Tahun 1947, Peplau menyelesaikan pendidikannya dengan jurusan keperawatan jiwa di Universitas Columbia, New York dan mendapatkan gelar Profesor dari Universitas Rutgers. Dirinya dikenal dengan “ibu keperawatan jiwa” karena teori yang dikemukakannya dan latar belakang pekerjaannya sebagai perawat jiwa (Alligood, 2014 ; Smith & Parker, 2015).

Ruang lingkup pekerjaannya sebagai perawat jiwa juga mempengaruhi kontribusinya di keperawatan sebagai ahli dalam

keperawatan jiwa, pendidik, penulis, dan peneori. Sejarahnya sebagai pionir keperawatan jiwa modern ditandai dengan publikasinya pada tahun 1952 yang berjudul "Interpersonal Relations in Nursing". Paradigma keperawatan dikeluarkan berkaitan dengan publikasinya dalam bidang ini. Awalnya buku "Interpersonal Relations in Nursing" tidak begitu laku dipasaran. Baru setelah cetakan kedua tahun 1988 buku ini mulai dikenal dan diterjemahkan kedalam enam bahasa (Alligood, 2014 ; Smith & Parker, 2015).

Perjalanan karirnya semakin berkembang setelah Peplau ikut bergabung di sekolah militer neuropsikiatrik di Inggris yang mengenalkannya pada permasalahan kejiwaan yang dihadapi para tentara perang dunia II. Peplau dianugerahi 11 gelar terhormat pada tahun 1994, dan dilantik sebagai salah satu pengurus American Academy of Nursing (ANA). Tahun 1995, Peplau termasuk masuk dalam daftar 50 wanita paling berpengaruh di Amerika oleh Marquis Who's Who. Peplau meninggal pada bulan maret tahun 1999 di rumahnya di Oaks, California (Alligood, 2014 ; Smith & Parker, 2015).

Didalam teori keperawatannya yang diberi nama Interpersonal Relations, Peplau menjelaskan hubungan antara pasien dan perawat, dimana Peplau mendefinisikan keperawatan sebagai suatu yang berkarakteristik signifikan, terapeutik, memiliki proses interpersonal. Peplau mengatakan bahwa keperawatan merupakan sesuatu yang tidak dapat terlepas dari hubungan antara pasien dan perawat. Perawat merupakan seseorang yang memiliki peran sebagai individu yang profesional yang memiliki pengetahuan dalam sebuah hubungan keperawatan dan pasien. Peplau memiliki keyakinan proses pengetahuan (intelektual, interpersonal dan keterampilan sosial) yang dimiliki perawat tidak terlepas dari rutinitasnya



dalam merawat dan menyelesaikan permasalahan yang muncul selama interaksi antara perawat dan pasien. Perawat dituntut untuk memahami dan mampu membantu menyelesaikan permasalahan kejiwaan pasien (Smith & Parker, 2015).

Peplau menjelaskan empat komponen utama dalam teori keperawatan Nurse-Patient relationship yaitu individu, keperawatan, nilai-nilai keprofesionalan, dan kebutuhan pasien. Tujuan dari teori ini adalah menjelaskan hubungan perawat-pasien untuk pengembangan kondisi personal pasien. Peplau mengkondisikan perawat dan pasien merupakan dua orang asing yang saling berinteraksi dan menjadi sahabat. Pasien adalah seorang yang membutuhkan bantuan dan tanggung jawab. Perawat berperan menerima pasien seutuhnya dan berinteraksi dengannya berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya (Smith & Parker, 2015).

#### D. Teori Keperawatan Jean Watson



Gambar 1. 6 Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN lahir pada tanggal 10 Juni 1940. Watson merupakan penggagas teori keperawatan yang berasal dari Amerika. Bungsu dari delapan bersaudara ini tumbuh di kota kecil bernama Wecth, Virginia Barat, sebuah pegunungan Appalachian. Tahun 1961, Watson menyelesaikan pendidikan SMA nya di Lewis Gale School of Nursing di Roanoke dan menikah ditahun yang sama. Bersama suaminya yang bernama Douglas, Watson kemudian pindah ke Colorado. Tahun 1964, Watson menyelesaikan pendidikan S1 nya di Boulder, dan memperoleh gelar S2 pada tahun 1966, di fakultas ilmu kesehatan, peminatan keperawatan jiwa. Tahun 1973, Watson kemudian menyelesaikan pendidikan S3 nya di Boulder. Watson kemudian bekerja di University of Colorado Health Sciences Center di Denver sebagai seorang perawat dan petugas administrasi. Karirnya kian berkembang, tahun 1980, Watson dan teman-temannya menggagas sebuah pusat

kajian keperawatan yang berfokus pada ilmu keperawatan. Watson dan teman-temannya berharap dengan adanya pusat kajian ini dapat meningkatkan dukungan terhadap kegiatan praktik klinis, pendidikan dan beasiswa bagi mahasiswa keperawatan. Pusat kajian ini diberi nama “Human Caring”. Seiring berjalannya waktu, Watson semakin mengembangkan pusat kajiannya ini. Human Caring kemudian dikembangkan sebagai salah satu kurikulum pasca sarjana di University of Colorado School of Nursing. Karena pengembangan kurikulum ini, Watson diberikan gelar Doktor keperawatan klinis (Doctor of Nursing Practice) pada tahun 2005 (Alligood, 2014).

Karir Watson dalam mengembangkan teori keperawatannya tidak terlepas dari pengalaman hidupnya. Tahun 1997, Watson dan suaminya mengalami kecelakaan yang mengakibatkan hilangnya mata kirinya. Tahun 1998, suaminya meninggal dunia, Kejadian ini menyebabkan Watson mengalami duka yang mendalam, dan mencoba untuk bangkit. Watson mengatakan bahwa dirinya mencoba untuk bangkit dan mengintegrasikan pengalaman kehilangan dan hidupnya kedalam pekerjaannya. Pengalaman kehilangan dan penderitaan merupakan sebuah keistimewaan yang akhirnya melahirkan sebuah dukungan yang penuh kasih sesuai teorinya (Watson, 2008).

Watson merupakan salah satu pengajar kehormatan yang mengajar di beberapa universitas di AS yaitu Boston College, Catholic University, Adelphi University, Columbia University – Teachers College, State University of New York dan menjadi pembicara diluar negeri. Watson juga aktif dalam menulis buku. Buku pertamanya dengan judul Nursing : The Philosophy and Science of Caring yang terbit pertama tahun 1997, buku kedua berjudul Nursing : Human Science and Human Care terbit

tahun 1985 dan telah dua kali di cetak ulang yaitu tahun 1988 dan 1999. Buku ketiga Watson berjudul *Postmodern Nursing and Beyond* yang terbit tahun 1999. Buku keempat Watson terbit di tahun 2002 dengan judul *Instrument for Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. Buku keempat Watson ini telah mendapatkan penghargaan dari *American Journal of Nursing* sebagai buku terbaik tahun 2002. Karya kelima dari Watson adalah buku yang menceritakan tentang pengalaman yang didapatnya selama menjadi perawat. Buku ini memuat tentang ilmu caring, dukungan spiritual, konsep keperawatan, praktik keperawatan dan konsep caring-healing. Hingga tahun 2012, Watson masih aktif menulis buku. Bukunya yang terbit ditahun 2011 berjudul *Measuring Caring : International Research on Caritas as Healing* yang bekerja sama dengan Nelson. Ditahun 2012, Watson menerbitkan dua buku dengan judul *Creating a Caring Science Curriculum* yang berkerjasama dengan Hills, dan *Human Caring Science : A Theory of Nursing* yang ditulisnya sendiri (Alligood, 2014).

### Konsep Teori Caring (The Philosophy and Sciences of Caring)

Setiap buku yang ditulisnya Watson selalu menggunakan kata Caring sebagai dasar dari teori keperawatannya yang mengacu pada Teori Caring yang dipublikasikannya pertama kali di tahun 1979 dengan judul *Nursing : The Philosophy and Science of Caring*. Teori Watson ini menggambarkan keperawatan merupakan sebuah ilmu tentang manusia, yang berfokus pada kepedulian (care) bagi individu, keluarga dan kelompok. Teori Watson terbentuk berdasarkan kesadaran akan pentingnya humanisme dan ilmu metafisika yaitu sebuah filsafat menjadi dan mengetahui. Tujuan dari teori keperawatan Watson berfokus pada bantuan yang diberikan seorang perawat kepada individu, agar individu tersebut mendapatkan keseimbangan

dan keselarasan dalam pikiran, fungsi tubuh dan jiwanya.

Tujuan ini dapat dicapai apabila terpenuhinya 10 faktor karatif Watson yang disebut dengan intervensi dalam teorinya. Teori keperawatan Watson juga mengacu pada aspek interpersonal dan transpersonal yang meliputi empati, keselarasan, dan kehangatan yang tercipta dari hubungan perawat dan pasien (Mccance & Rgn, 1999 ; Alligood, 2014).

Berikut 10 faktor karatif dan proses caritas dalam teori keperawatan Watson menurut Mccance & Rgn, 1999 ; Alligood, 2014 :

No	Faktor Karatif	Proses Caritas
1	Sistem nilai <i>humanistik-altruistik</i> .	Melaksanakan praktik yang berhubungan dengan kasih sayang cinta, kebaikan dan kesadaran akan proses <i>Caring</i> terhadap manusia.
2.	Keyakinan dan harapan.	Menanamkan dan me n u m b u h k a n keyakinan serta harapan terhadap diri sendiri dan orang lain.
3.	Kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain.	Mengenyampingkan ego dan menanamkan praktik spiritual untuk membantu orang lain (hubungan transpersonal).

No	Faktor Karatif	Proses Caritas
4.	Membantu – rasa percaya, hubungan caring sesama manusia.	Menanamkan hubungan caring yang mencakup ketulusan, saling membantu bagi yang membutuhkan, dan percaya.
5.	Mengekspresikan perasaan positif dan negatif.	Memberikan dukungan psikologis dari perasaan positif dan perasaan negatif yang diekspresikan orang lain.
6.	Kreatif dalam membuat keputusan dalam proses <i>caring</i> .	Menggunakan sesuatu yang kreatif dan memiliki nilai seni dalam proses <i>caring</i> yang diberikan pada manusia yang terintegrasi dalam proses <i>caring-healing</i> .
7.	Transpersonal dalam hubungan belajar – mengajar.	Ikut serta dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan makna dari apa yang disampaikan orang lain berdasarkan pandangannya masing-masing.

No	Faktor Karatif	Proses Caritas
8.	Menghadirkan dukungan, perlindungan psikologis, fisik, sosial dan lingkungan spiritual.	Menciptakan lingkungan yang nyaman dan aman untuk mempercepat proses penyembuhan.
9.	Membantu proses pemenuhan kebutuhan manusia.	Melalui sikap <i>caring</i> diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar yang dibutuhkan manusia dalam semua aspek perawatan.
10.	Mengizinkan adanya kekuatan eksistensial – fenomenologi – spiritual.	Merawat orang lain dengan memahami dan memasuki dimensi spiritual dan eksistensi kematian seseorang.

Teori Watson, Caring merupakan teori yang juga berasal dari bukti empiris yang berasal dari fenomena yang terjadi disekitar. Metodologi atau pendekatan yang digunakan Watson dalam membentuk teorinya adalah fenomenologi untuk mengeksplorasi konsep caring dan healing yang dibutuhkan oleh pasien. Watson juga selalu menghubungkan antara hubungan manusia dengan alam semesta. Eksplorasi terhadap kebutuhan caring pasien, memunculkan pemikiran bahwa antara kebutuhan manusia akan caring tidak dapat terlepas dari ilmu pengetahuan. Hal ini mendorong Watson untuk menggabungkan konsep caring dalam perawat yang liberal dan berseni. Seni digunakan untuk memahami budaya dan pikiran pasien (adanya hubungan transpersonal). Asumsi hubungan caring transpersonal Watson dijelaskan sebagai

berikut :

1. Adanya komitmen moral, keinginan dan kesadaran caritas perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien seperti advokasi, memotivasi harga diri pasien, dan mendorong kesembuhan pasien.
2. Perawat memotivasi pasien untuk menyadari pentingnya spiritual dan motivasi diri sendiri. Motivasi diberikan perawat sebagai bentuk caring untuk membebaskan pasien dari rasa putus asa dan penderitaannya akan penyakit.
3. Konsep caring dalam diri perawat berjalan seiring dengan tindakan, ucapan, perilaku, sikap, pikiran, perasaan, yang hadir secara tulus.
4. Adanya seni dalam berhubungan dengan pasien.
5. Modalitas caring-healing dihadirkan dengan tujuan menjaga hubungan pasien dan perawat untuk mempercepat proses penyembuhan pasien.
6. Adanya pengembangan hubungan personal dan profesional yang terjadi secara terus menerus.
7. Perawat harus dapat mengambil pelajaran dalam setiap pengalamannya dalam merawat pasien. Pengalaman ini dapat menjadi sebuah ilmu yang berharga bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kedepannya. Pengalaman juga dapat membangkitkan kepercayaan diri perawat lebih baik dalam menghadapi pasien.
8. Adanya kebangkitan dari sisi spiritual pasien.
9. Keinginan terus menerus untuk belajar dan memperbaiki dan mengembangkan caring (Alligood, 2014).



Teori keperawatan caring juga mendefinisikan paradigma keperawatan yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Adapun paradigma keperawatan Watson dalam teori caring (*The Philosophy and Sciences of Caring*) adalah sebagai berikut :

1. Keperawatan

Watson menggambarkan keperawatan sebagai ilmu pengetahuan yang memiliki pemikiran, seni, komitmen, pandangan, nilai dan gairah dalam melakukan sebuah tindakan keperawatan.

2. Manusia

Watson menggambarkan manusia sebagai sebuah kehidupan yang berada dalam satu kesatuan. Kesatuan ini meliputi pikiran, tubuh, jiwa dan alam yang tidak terikat dalam ruang dan waktu.

3. Kesehatan

Pandangan Watson tentang kesehatan berbeda dengan yang didefinisikan WHO. Watson mengungkapkan kesehatan merupakan suatu kesatuan yang bersifat harmonis yang berintegrasi dalam pikiran, tubuh dan jiwa seseorang. Penyakit tidak hanya tergambar dalam bentuk kesakitan yang dapat dinilai dengan fisik, tetapi juga kejiwaan.

4. Lingkungan

Watson menggambarkan lingkungan sebagai suatu hal yang universal yang tidak terbatas hanya dengan alam sekitar dan hubungan makhluk hidup, tapi juga hubungan primordial yang tidak terbatas ruang dan waktu.

## E. Teori Keperawatan Dorothea Orem



Gambar 1. 7 Dorothea Elisabeth Orem.

Dorothea Elisabeth Orem lahir di Amerika Serikat, 22 Juli 1914 di Balimore Maryland. Tahun 1934, Orem memulai pendidikan keperawatannya dengan menempuh pendidikan D3 keperawatan di Providence Hospital School di Washington DC. Gelar sarjana keperawatan didapatnya setelah menyelesaikan pendidikan di Cathonic University of America (CUA) tahun 1939. Tahun 1946, Orem menyelesaikan pendidikan S2 nya di Cathonic University of America (CUA). Pengalaman kerja sebagai perawat telah Orem jalani sejak tahun 1940. Dimana karirnya sebagai perawat dimulai dengan bekerja sebagai perawat di ruang operasi, perawat pribadi, perawat di unit penyakit dalam dan bedah anak maupun dewasa. Orem juga pernah mengajar biologi. Orem juga pernah menjabat sebagai direktur sekolah perawat dan kepala departemen keperawatan di Providence Hospital, Detroid. Tahun 1949, Orem memulai pengalaman

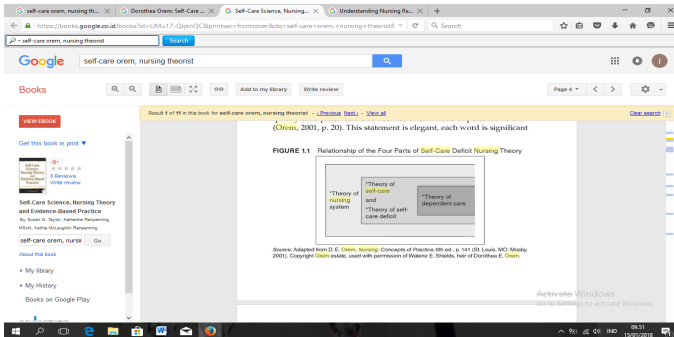
kerjanya ditempat baru sampai tahun 1957 di Indiana. Di tempat barunya ini, Orem bekerja di Institusi Pelayanan Dewan Kesehatan Negara Bagian Indiana. Orem memiliki visi dan misi untuk meningkatkan kualitas keperawatan di rumah sakit seluruh bagian Amerika. Tahun 1957 – 1960, Orem memutuskan untuk pindah ke Washington DC dan bekerja sebagai konsultan kurikulum. Di Washington DC, Orem terlibat dalam proyek pelatihan untuk meningkatkan kemampuan perawat praktisi. Berdasarkan pengalamannya tersebut memacu Orem untuk mengetahui masalah pokok keperawatan yang ada. Usaha demi usaha Orem lakukan hingga akhirnya Orem menulis buku dengan judul “Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses”. Karir Orem semakin berkembang setelah dirinya diangkat sebagai professor pendidikan keperawatan dan dekan di sekolah keperawatan CUA. Disinilah Orem kembali mengembangkan konsep keperawatan dan perawatan dirinya. Orem kemudian membentuk komite model keperawatan yang berkembang menjadi grup konferensi keperawatan. Tahun 1984, Orem pensiun dari pekerjaannya dan memfokuskan diri dalam mengembangkan teori keperawatan defisit perawatan diri (Self-Care Deficit Nursing Theory (SCDNT)). Orem meninggal dunia di usia 92 tahun, pada hari jumat, 22 Juni 2007 di Skidaway Island, Georgia. Sebagai bentuk kehormatan atas dedikasinya dalam bidang keperawatan, rekan-rekannya merilis jurnal IOS yang mempublikasikan teori keperawatan Orem yaitu Self-Care, Dependent Care and Nursing (SCDCN)(Alligood, 2014).

### Konsep Teori Self-Care Dorothea Orem

Teori keperawatan defisit perawatan diri adalah sebuah teori yang terdiri dari gabungan empat teori yang saling berhubungan yaitu :

1. Teori perawatan diri (Self-Care Theory) : Teori ini menjelaskan alasan manusia melakukan perawatan diri dan menerangkan bagaimana cara melakukan perawatan diri.
2. Teori ketergantungan perawatan (Self-Care Dependent Care Agency) : Teori ini menjelaskan cara keluarga atau teman-teman membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri untuk orang yang membutuhkan.
3. Teori defisit perawatan diri (Self-Care Deficit) : Teori ini menjelaskan mengapa individu membutuhkan perawatan diri dan layak untuk dibantu dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.
4. Teori sistem keperawatan (Nursing System Theory) : Teori ini Menjelaskan hubungan antara perawat dengan pasien yang selalu dijaga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien (Aligood, 2014).

Gambaran hubungan keempat teori yang saling berkaitan dalam teori Self-Care Dorothea Orem :



Orem, D.E. (2001). Nursing : Concepts of Practice, 6th ed., p. 141.  
 St Louis, MO : Mosby.

Teori perawatan diri Dorothea Orem menjelaskan tentang

kebutuhan perawatan diri mendasar yang harus dipenuhi manusia. Perawatan diri ini berguna untuk keberlangsungan hidup manusia itu sendiri. Kebutuhan perawatan diri dalam teori Self-Care Orem menjelaskan tentang kebutuhan pada aspek manusia dan perkembangannya. Kebutuhan ini terbagi menjadi tiga kategori yaitu kebutuhan yang bersifat universal, kebutuhan perkembangan, dan kebutuhan kesehatan. Kebutuhan universal terdiri dari :

1. Asupan udara yang adekuat.
2. Asupan makanan yang adekuat.
3. Asupan air yang adekuat.
4. Penyediaan perawatan yang terkait dengan proses eliminasi dan kotoran.
5. Keseimbangan antara aktivitas dan istirahat.
6. Keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial dengan orang lain.
7. Pencegahan bahaya bagi kehidupan manusia, fungsi manusia, dan kesejahteraan manusia.
8. Promosi fungsi dan perkembangan individu dalam kelompok sosial sesuai dengan kemampuannya, keterbatasan dan keinginannya untuk menjadi normal atau yang sesuai dengan karakteristik genetik dan bakat yang dimilikinya (Aligood, 2014 ; Taylor & Renpenning, 2011).

Kebutuhan perkembangan :

Kebutuhan perkembangan merupakan kebutuhan yang terpisah dari kebutuhan universal yang meliputi tiga hal yang teridentifikasi yaitu :

1. Layanan yang memfasilitasi perkembangan.
2. Keterlibatan dalam perkembangan diri.

3. Pencegahan efek negatif yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan pasien dan kehidupan manusia (Aligood, 2014).

Kebutuhan kesehatan :

Perawatan diri dalam teori self-care Orem ditujukan pada individu yang sakit atau terluka dengan gangguan atau kondisi khusus seperti gangguan patologis, disabilitas atau kecacatan. Gangguan patologis dan disabilitas dapat mempengaruhi fungsi manusia secara keseluruhan. Keadaan ini memunculkan ide untuk memunculkan langkah-langkah perawatan diri yang dimulai dari diagnosis. Kebutuhan akan kesehatan perawatan diri dipengaruhi oleh beratnya penyimpangan atau gangguan patologis serta jangka waktu yang dihadapi oleh individu (Aligood, 2014).

Teori perawatan diri Orem yang saling berkaitan satu dengan lainnya memiliki kerangka konseptual yang menghubungkan antara teori satu dengan lainnya. Teori perawatan diri merupakan sebuah fungsi regulasi manusia dan perkembangan. Ada tiga kategori perawatan diri dalam teori Orem ini yaitu universal yang dibutuhkan oleh seluruh individu, perkembangan yang dikhususkan pada tahap perkembangan individu dan kesehatan yang berfokus pada tahapan kesehatan individu. Agen perawatan diri (Self-Care Agency) adalah seseorang yang memiliki kemampuan untuk memahami dan memenuhi kebutuhan perawatan diri sesuai dengan fungsi dan tahap perkembangannya. Tiga bagian dari self-care agency yaitu :

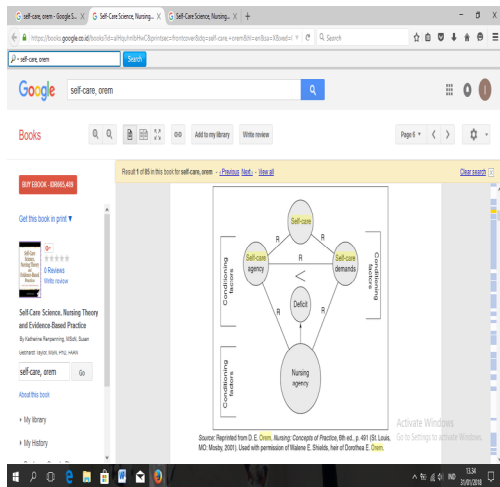
1. Mengetahui kebutuhan, membuat keputusan dan berperan dalam perawatan diri.

2. Perawatan diri yang dilakukan diadopsi dari teori yang ada.
3. Terdiri dari 10 komponen perawatan diri.

Dependent-care agency merupakan kemampuan seseorang untuk memahami dan memenuhi kebutuhan self-care orang lain. Dependent-care deficit merupakan hubungan dari sebuah pernyataan dan gambaran antara ketergantungan defisit perawatan diri (Self-Care Deficit) dengan dependent-care agency. Identifikasi defisit perawatan diri mengindikasikan bahwa individu membutuhkan bantuan lebih lanjut.

Agen keperawatan (Nursing Agency) merupakan kumpulan individu yang memiliki pendidikan untuk membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri orang lain. Bantuan yang diberikan oleh agen keperawatan merupakan bantuan yang sah dan mengandung unsur terapeutik (Alligood, 2014 ; Taylor & Renpenning, 2011).

Berikut kerangka konseptual dari teori Orem :



## F. Teori Keperawatan Sister Callista Roy



Gambar 1. 6 Sister Callista Roy.

Sister Callista Roy merupakan penteorinya yang lahir tanggal 14 Oktober 1939 di Los Angeles, California. Ia merupakan anggota Sisters of Saint Joseph of Carondelet. Tahun 1963, Roy menyelesaikan pendidikan sarjananya di Mount Saint Mary's College dan tahun 1966 memperoleh gelar master di Universitas California, Los Angeles. Tahun 1973, Roy kembali mengambil pendidikan master, namun bukan bidang keperawatan tetapi dibidang sosiologi dan kembali melanjutkan pendidikan sosiologi tahun 1977 untuk gelar doktoral di Universitas California (Alligood & Tomey, 2010 ; Alligood, 2014). Ketertarikannya dalam mengembangkan ilmu keperawatan melalui teori keperawatan dimulai sejak Roy menjalani perkuliahan master keperawatan setelah dimotivasi oleh Dorothy E. Johnson. Pengalaman Roy bekerja sebagai perawat anak juga menjadi salah satu yang melatar belakangi Roy dalam mengembangkan teori keperawatannya. Pekerjaannya sebagai perawat anak, menyebabkan Roy menyadari akan resiliensi anak,



dan kemampuan mereka beradaptasi terhadap respon akibat perubahan fisik dan psikologis yang besar. Roy pun berkeinginan untuk mengembangkan adaptasi sebagai kerangka konsep bagi keperawatan. Tahun 1968 kerangka teori keperawatan adaptasi model Roy mulai diperkenalkan dan digunakan sebagai dasar kurikulum filosofi keperawatan di Mount Saint Mary's College. Teori keperawatan Roy ini dikenal dengan nama Roy Adaptation Model (RAM). Tahun 1970 untuk pertama kalinya RAM dipublikasikan ke umum melalui artikel yang berjudul "Adaptation : A Conceptual Framework for Nursing". Di Mount Saint Mary's College dan Universitas Portland, atas dedikasinya dalam mengembangkan ilmu keperawatan dengan model keperawatannya yang berguna dalam intervensi keperawatan pada pasien baik kondisi sehat, sakit akut, kronik dan terminal, Roy dianugerahi gelar profesor (Alligood, 2010).

Tahun 1984, Roy kembali dianugerahi penghargaan dari Alverno College dengan gelar Honorary Doctorate of Humane Letters. Tahun 1985, gelar Honorary Doctorate diperolehnya dari Eastern Michigan dan tahun 1999 dari St. Joseph's College di Maine. Roy juga mendapatkan penghargaan Book of the Year dari American Journal of Nursing atas bukunya yang berjudul Essential of the Roy Adaptation Model. Tahun 2007, Roy mendapatkan gelar kehormatan dari American of Nursing dan dinobatkan sebagai Living Legend (Andrews and Roy, 1986).

#### Konsep Teori Roy Adaptation Model (RAM) :

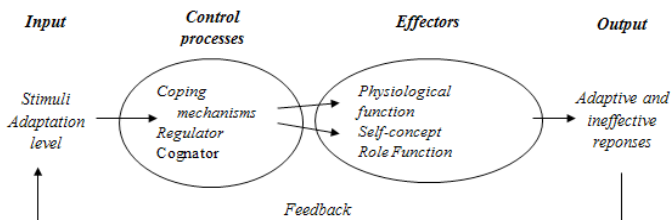
Teori keperawatan Roy merupakan teori keperawatan yang terinspirasi dari teori Harry Helson yang menjelaskan adanya respon adaptif yang ditunjukkan manusia. Respon adaptif didapatkan karena adanya stimulus. Stimulus dalam adaptasi terjadi karena adanya dorongan dari banyak faktor di lingkungan

baik faktor eksternal maupun faktor internal. Beberapa tingkatan level adaptasi menurut Harry Helson disebabkan oleh tiga stimulus yaitu stimulus fokal yang memunculkan stimulus dengan cepat terhadap individu sehingga individu dapat bereaksi dengan cepat, stimulus kontekstual merupakan stimulus lainnya yang merupakan efek dari stimulus fokal, dan stimulus residual berupa faktor lingkungan yang menimbulkan respon tidak jelas. Teori adaptasi Helson merupakan suatu teori yang mengungkapkan adanya adaptasi manusia yang positif terhadap perubahan lingkungan. Konsep adaptasi Helson menekankan peranan level adaptasi yang menentukan respon positif atau negatif (Roy & Roberts, 1981).

Mengadaptasi teori Helson, Roy kemudian mengembangkan teori keperawatan dengan nama Roy Adaptation Model (RAM). Teori Helson yang menginspirasi Roy kemudian dikombinasikannya dengan teori Rapoport dimana Roy kemudian mendefinisikan bahwa manusia merupakan bagian dari sistem adaptif. Roy juga mengkombinasikan teori Helson dengan teori lainnya yaitu teori Dohrenwend, Lazarus, Mechanic dan Selye. Berdasarkan latar belakang tersebut Roy kemudian mengembangkan teori keperawatannya (Alligood, 2014).

Teori Roy Adaptation Model (RAM) merupakan suatu proses adaptasi individu maupun kelompok yang dihasilkan dari sebuah pemikiran dan perasaan yang terintegrasi. Adaptasi ini terintegrasi dari interaksi manusia dan lingkungan. Roy dalam teorinya mengungkapkan bahwa manusia merupakan makhluk spesial yang memiliki kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan kondisi sekitar atau lingkungan (Andrews and Roy, 1986). RAM memandang manusia sebagai suatu sistem adaptif yang berproses dan memiliki hubungan adaptasi yang

diciptakan dari adanya stimulus, dan koping yang dijelaskan dalam diagram berikut ini :

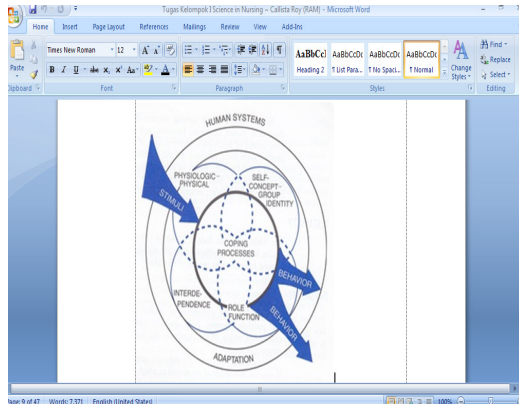


Gambar Manusia merupakan bagian dari sistem adaptif. (Roy, C. (1984). Introduction to nursing : an adaptation model (2nd ed. P. 30). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall).

Bagian dari sistem adaptif manusia dalam kerangka teori RAM diatas menjelaskan adanya sebuah sistem adaptasi, adanya stimulus, mekanisme koping, dan respon yang ditimbulkan setelah dilakukannya adaptasi. Sistem adaptasi yang dimaksudkan dalam teori RAM menggambarkan adanya hubungan yang saling berkaitan satu sama lainnya dalam tingkat adaptasi yang dilakukan dalam kehidupan seseorang yang terdiri dari tiga tingkatan yaitu tingkat terpadu, terkompensasi dan terkompromikan. Sistem adaptasi yang dilakukan manusia didasari oleh adanya permasalahan yang pada akhirnya menstimuli seseorang untuk mencari jalan keluarnya. Stimulus dalam teori RAM terbagi lagi menjadi stimulus fokal yaitu stimulus yang berasal dari faktor internal dan eksternal yang muncul secara tiba-tiba ; stimulus kontekstual yang terjadi karena adanya rangsangan stimulus fokal ; dan stimulus residual yaitu stimulus yang memiliki dampak yang tidak jelas (Alligood, 2014).

Teori RAM mengungkapkan setelah timbulnya stimulus yang memunculkan adanya masalah pada respon adaptasi seseorang, maka secara otomatis manusia akan melakukan mekanisme koping. Mekanisme koping selain dapat terjadi secara spontan, juga dapat dibentuk berdasarkan pengalaman kehidupan seseorang. Pengalaman yang dapat mempengaruhi mekanisme koping adalah pengalaman dan proses belajar. Mekanisme koping dalam teori RAM didukung dengan adanya sistem regulator (sistem koping yang melibatkan adanya proses kimiawi, syaraf dan hormonal), dan sistem kognator yang merupakan bagian sistem regulator. Sistem kognator adalah sistem koping yang bersumber dari adanya emosi, pengalaman dan pelajaran. Setelah terjadinya mekanisme koping maka manusia akan menghasilkan produk adaptasi yaitu berupa respon. Respon adaptasi dalam teori RAM terdiri dari respon adaptif dan inefektif. Respon adaptif merupakan respon positif yang dihasilkan. Respon ini dapat meningkatkan integritas manusia (tidak menimbulkan kerugian). Respon inefektif merupakan respon negatif yang dihasilkan. Respon ini dapat menurunkan integritas manusia (Alligood, 2014).

Roy dalam teori RAM nya juga mengaitkan adaptasi dnegan sistem sosial manusia. Sistem sosial ini berperan sebagai regulator penstabil atau kontrol emosi. Regulator penstabil ini didapatkan dari budaya, aktivitas harian dan struktural bermasyarakat dan kreativitas yang dimiliki untuk memecahkan masalah yang dihadapi. Berikut diagram representasi sistem adaptasi manusia menurut teori RAM (Roy and Andrews, 1999 dalam Alligood. M. A. (2014). *Nursing Theorists and Their Works* (P. 311). St Louis, Missouri 63043 : Elsevier Health Sciences, pp : 225 – 226) :



Gambar Diagram representasi sistem adaptasi manusia menurut teori RAM (Roy and Andrews, 1999 dalam Alligood. M. A. (2014). *Nursing Theorists and Their Works* (P. 311). St Louis, Missouri 63043 : Elsevier Health Sciences, pp : 225 – 226).

Teori keperawatan RAM juga mendefinisikan paradigma keperawatan yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Adapun paradigam keperawatan Roy dalam teori RAM adalah sebagai berikut :

### 1. Manusia

Roy menggambarkan manusia sebagai makhluk yang holistik dan memiliki sistem adaptasi. Sistem adaptasi dalam diri manusia digambarkan sebagai suatu yang saling berkaitan dan menyatu untuk mencapai suatu tujuan. Roy juga menggambarkan manusia sebagai individu yang merupakan bagian dari kelompok masyarakat, keluarga yang hidup dalam sistem tersebut atau disebut sebagai makhluk biopsikososial. Manusia sebagai individu utama atau prioritas dalam pelayanan keperawatan.

## 2. Lingkungan

Roy menggambarkan lingkungan sebagai suatu yang memberikan pengaruh terhadap proses adaptasi yang dilakukan individu. Hal ini dikarenakan Roy berpendapat bahwa lingkungan merupakan sumber stimulus yang menuntut manusia untuk terus menerus beradaptasi memecahkan masalah yang dihadapinya.

## 3. Kesehatan

Roy menggambarkan kesehatan sebagai suatu kondisi yang tidak hanya terbebas dari penyakit, kesedihan, stress dan kematian. Namun juga sebagai suatu kemampuan atau usaha mengatasi permasalahan yang dapat menimbulkan penyakit, kesedihan, stress dan kematian.

## 4. Keperawatan

Roy menggambarkan keperawatan sebagai sebuah profesi kesehatan yang memberikan pelayanan berupa asuhan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Roy membagi keperawatan menjadi dua yaitu sebagai ilmu dan praktik. Ilmu keperawatan memiliki tujuan pengembangan yang terus menerus untuk kepentingan peningkatan derajat kesehatan. Keperawatan sebagai ilmu digolongkan atau di tingkatkan dengan cara melakukan observasi, menggolongkan dan menghubungkan proses (Alligood & Tomey, 2010).

## G. Teori Keperawatan Betty Newman



Gambar 1.7 Betty Neuman

Betty Newman merupakan penteorinya yang lahir pada tahun 1924 di Ohio. Newman lahir dan besar dalam keluarga petani yang hidup dengan sederhana. Latar belakang sederhana ini membentuk karakteristik pribadi yang mudah berinteraksi dengan orang lain. Tahun 1957, Newman menyelesaikan pendidikannya di sekolah keperawatan. Setelah itu, Newman bekerja di salah satu rumah sakit di California sebagai perawat dan membimbing praktik klinik di University of Southern California (Alligood, 2010).

Betty Newman merupakan seorang perawat dengan latar belakang keperawatan jiwa, lulus master keperawatan tahun 1966 dari UCLA (University of California, Los Angeles). Newman memulai pekerjaannya mengajar pada tahun 1966 dan mengkoordinasikan program spesialis konsultasi kesehatan jiwa masyarakat. Meskipun fakultas UCLA pada saat itu sangat sibuk mengoperasikan dan mengimplementasikan

teori Johnson, Newman tidak terlibat dalam proses ini. Saat itu Newman berfokus pada pengembangan kerangka untuk mendeskripsikan peran perawat sebagai konselor, salah satu yang dapat membantu siswa menggambarkan dan menjelaskan tindakan mereka dan merasionalkan tindakannya.

Newman bekerja sebagai guru, konsultan, dan penulis serta melakukan praktek swasta kecil seperti mengurus pernikahan berlisensi dan konselor keluarga. Newman memikirkan program pengurangan stress dan pertolongan untuk anak-anak retradasi mental. Newman menyelesaikan pendidikan Doktoral dari Universitas Ohio tahun 1985. Saat ini Newman bekerja sebagai dosen, penulis dan konsultan, dan ia merupakan konsultan dalam pengimplementasian Newman Systems Model.

Teori Newman memiliki beberapa keaslian paradigma. Salah satunya dengan jelas dipaparkan oleh Newman adalah teori sistem sebagai konseptual. Newman mengadaptasi teori Caplan (1964) yang berfokus pada pencegahan sebagai intervensi, yang digunakannya dalam mengajar program master di komunitas kesehatan jiwa untuk menjelaskan level tindakan keperawatan. Sumber lainnya yang diidentifikasi oleh Newman adalah Chardin teori (1955) mengenai konseptual keutuhan : Putt teori (1972) aplikasi teori sistem dalam keperawatan : ide mengenai adaptasi dan lingkungan. Newman mempercayai sumber-sumber ini sepenuhnya berguna dan sesuai apabila aplikasikan oleh tenaga kesehatan terutama kesehatan jiwa. Oleh sebab itu Newman mengadopsi teori-teori tersebut dalam teorinya sehingga dapat digunakan oleh interdisipliner (disiplin ilmu yang berbeda) (Maleis, 2011).

Newman dalam teorinya meyakini bahwa perawat dan klien adalah dua individu yang dapat mengantisipasi adanya



stressor atau mungkin menjadi seseorang yang dapat larut dalam keadaan stress. Model keperawatan Newman berfokus terhadap stress dan faktor pemulihan (adaptasi). Newman menekankan pada aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan perkembangan spiritual. Secara keseluruhan model keperawatan Newman mengemukakan bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien yang mengalami stress, perawat harus melakukan pendekatan perorangan secara total dengan memperhatikan faktor-faktor mengenai klien, stress akibat lingkungan, respon terhadap stress, garis resisten, pertahanan kesehatan, energi dan kesehatan (Betty Newman, & Fawcett, 2011).

## 1. Uraian Konsep Model Keperawatan Betty Newman

### a. Model Keperawatan Newman

Dasar filosofis dari model keperawatan Newman meliputi keutuhan, berorientasi pada kesehatan, persepsi klien dan motivasi, dan sistem perspektif energi dinamis serta interaksi variabel dengan lingkungan untuk mengurangi stresor internal dan eksternal, saat perawat dan klien membentuk hubungan kemitraan untuk bernegosiasi mencapai tujuan yaitu meningkatkan kesehatan secara optimal, restorasi dan pertahanan. Model keperawatan Newman mengutamakan kesehatan yang berorientasi dan holistik. Isi model ini mengacu pada teori Gestalt, teori stress yang terorganisir secara dinamis. Hal ini berdasarkan stress dan reaksi atau kemungkinan bereaksi terhadap stress dalam lingkungan klien sebagai suatu sistem (Newman, and Fawcett, 2011).

Komponen spesifik dari Model Newman dan hubungannya digambarkan dalam gambar berikut ini :

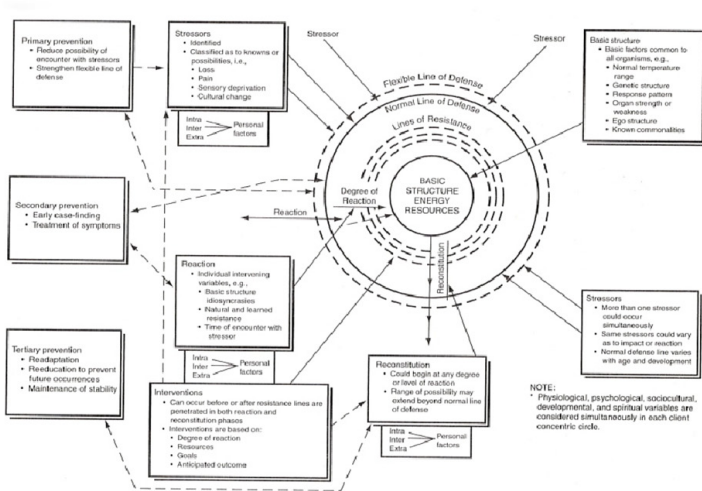


FIGURE 1-3. The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

Gambar 1 : Model keperawatan Newman (Neuman, B. M., &Fawcett,J. 2011. The Neuman System Model, pp. 13. United States of America. Pearson Education, Inc).

Model keperawatan Newman digambarkan sebagai sistem keperawatan terbuka yang berbasis konseptual, dan merupakan kerangka kerja bagi keperawatan dan disiplin kesehatan lain. Fokus dari model keperawatan Newman adalah terkait dengan stress, reaksi terhadap stressor, dan intervensi pencegahan pada reaksi potensial dan aktual reaksi terhadap stressor (intrapersonal, interpersonal dan ekstrapersonal). Bagan tersebut juga menggambarkan klien sebagai suatu sistem perspektif yang terbuka secara menyeluruh dan multidimensional. Bagan tersebut juga menggambarkan lima interaksi variabel yaitu fisiologis, psikologis, sosiokultural,

pengembangan dan spiritual yang berfungsi secara harmonis atau stabil yang dipengaruhi oleh lingkungan internal dan eksternal klien (Newman, and Fawcett, 2011).

b. Perspektif Model Keperawatan Newman

Berikut merupakan ringkasan perspektif model keperawatan Newman :

1. Newman memandang setiap klien baik individual maupun kelompok sebagai suatu sistem yang unik; dimana setiap sistem memiliki karakteristik tertentu yang berasal dari dalam diri maupun dari lingkungan luar klien.
2. Klien merupakan sebuah sistem yang dinamis, seperti energi yang terus menerus mengalami perubahan terhadap lingkungan.
3. Stressor yang berasal dari lingkungan klien baik yang diketahui maupun yang tidak diketahui oleh klien berpotensi mengganggu kestabilan kondisi kesehatan klien baik secara fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan, maupun spiritual klien.
4. Setiap klien memiliki rentang respon normal terhadap lingkungan yang disebut dengan garis pertahanan normal atau keadaan stabil. Ini menunjukkan bahwa perubahan tingkat stress dipengaruhi pola koping dari waktu ke waktu. Garis pertahanan normal dapat digunakan sebagai standar pengukuran penyimpangan dari kondisi sehat.
5. Ketika pertahanan normal tidak lagi mampu melindungi klien dari stressor yang berasal dari lingkungan maka hubungan timbal balik antara variabel (fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan dan spiritual)

menentukan sifat dan tingkat reaksi atau reaksi terhadap stressor.

6. Klien yang sehat atau sakit merupakan suatu sistem yang dinamis yang berhubungan dengan variabel fisiologis, psikologis, sosial budaya, pengembangan dan spiritual. Kesehatan merupakan rangkaian sistem yang mendukung tercapainya sistem stabilitas yang optimal.
7. Pertahanan dalam diri setiap klien merupakan pertahanan internal, yang dikenal sebagai garis pertahanan, yang berfungsi untuk menstabilkan dan mengembalikan klien ke keadaan kesehatan yang biasa (garis pertahanan normal) atau mungkin ke keadaan sehat yang optimal.
8. Promosi kesehatan merupakan salah satu intervensi pencegahan primer dalam model keperawatan Newman yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor resiko terjadinya stress pada klien.
9. Pencegahan sekunder dapat dilakukan berhubungan dengan reaksi terhadap stress, intervensi sesuai prioritas, dan pengobatan untuk mengurangi efek stress.
10. Pencegahan tersier dimulai setelah terjadinya tahap pemulihan sehingga klien kembali pada kondisi seperti pada tahap pencegahan primer (Newman and Fawcett, 2011).

## 2. Paradigma Model Keperawatan Newman

### 1. Manusia sebagai klien/sistem

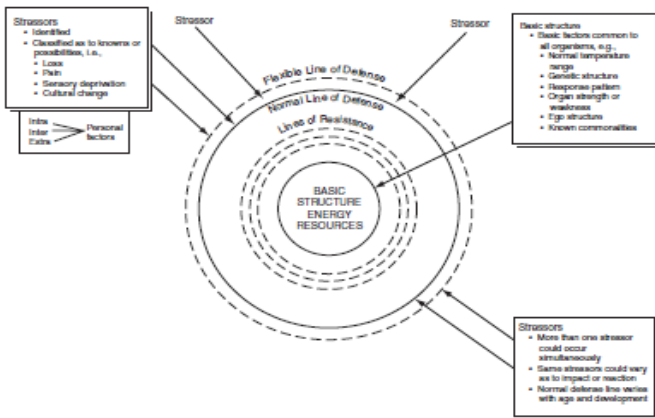
Manusia dipandang sebagai klien atau sistem. Model keperawatan Newman menganggap klien, apakah satu atau banyak, proksimal atau distal, sebagai suatu sistem. Setiap sistem harus diidentifikasi atau ditentukan, bersama dengan bagian-bagian yang ada didalamnya. Apa yang pasti atau termasuk dalam batas sistem harus memiliki relevansi dengan disiplin kesehatan tertentu dan mewakili fokus terhadap realitas ruang lingkungannya. Model keperawatan Newman menggambarkan klien sebagai suatu sistem yang dapat berupa individu, keluarga, kelompok, komunitas, atau permasalahan sosial. Sistem merupakan gabungan lima macam bentuk interaksi, yang memiliki berbagai tingkat pengembangan dan memiliki rentang interaksi dan potensial. Lima macam bentuk interaksi dalam sistem :

- Fisiologis (struktur tubuh, dan fungsi internal)
- Psikologis (proses kejiwaan dan interaksi terhadap lingkungan baik internal maupun eksternal)
- Sosial budaya (gabungan antara kondisi sosial budaya, dan pengaruhnya)
- Pengembangan (terkait lamanya proses pengembangan dan aktivitas)
- Spiritual (Kepercayaan spiritual dan pengaruhnya)

(Newman and Fawcett, 2011).



Gambar 2 : Lima macam bentuk interaksi dalam sistem yang ada pada klien (Neuman, B. M., & Fawcett, J. 2011. The Neuman System Model, pp. 40. United States of America. Pearson Education, Inc).



Gambar 3 : Struktur Dasar (Basic Structure) (Neuman, B. M., & Fawcett, J. 2011. The Neuman System Model, pp. 20. United States of America. Pearson Education, Inc).

Klien atau sistem dipengaruhi oleh cincin konsentris atau lingkaran yang mengelilingi struktur dasar. Struktur dasar atau pusat inti adalah sumber dari lima variabel yang ada pada klien

atau sistem dan merupakan gambaran dari kehidupan dan kematian manusia didalam konteks persimpangan yang saling berkaitan dan berinteraksi. Faktor kelangsungan hidup dasar pada manusia berada di pusat inti, hal ini termasuk didalamnya bawaan atau genetik dan kekuatan serta kelemahan yang ada pada klien (Newman dan Fawcett, 2011).

Mekanisme pelindung pada struktur dasar pada model keperawatan Newman :

a. Garis Pertahanan Fleksibel (The flexible line of defense)

Garis pertahanan fleksibel membentuk batas luar sistem klien yang ditetapkan, apakah klien tunggal, kelompok atau masalah sosial. Setiap baris dari pertahanan dan perlawanan mengandung unsur pelindung yang terkait dengan lima variabel (fisiologis, psikologis, perkembangan, sosiokultural, dan spiritual). Mencegah invasi stressor pada klien dan sistem, menjaga agar sistem terbebas dari reaksi yang ditimbulkan oleh stressor, atau gejalanya (Newman dan Fawcett, 2011).

b. Garis Pertahanan Normal (The normal line defense)

Garis pertahanan fleksibel melindungi garis pertahanan normal. Garis pertahanan normal digambarkan sebagai garis batas padat yang mengelilingi garis pertahanan resisten yang terputus. Garis ini mewakili klien, perkembangan klien dari waktu ke waktu atau tingkat kesehatan klien. Penyesuaian dari lima variabel sistem klien terhadap stresor lingkungan menentukan tingkat kestabilan dan tingkat kesehatan biasa klien. Garis pertahanan normal adalah standar terhadap penyimpangan dari keadaan kesehatan yang dapat ditentukan. Garis pertahanan normal menggambarkan stabilitas dan integritas tubuh dalam mempertahankan

kesehatan optimal. Faktor yang kesehatan yang adap pada garis pertahanan normal adalah variabel sistem, pola koping, faktor gaya hidup, pengaruh perkembangan dan spiritual, dan pertimbangan budaya. Setiap stressor dapat menginvasi garis pertahanan normal bila tidak dilindungi oleh garis pertahanan fleksibel. Reaksi klien dapat mengurangi kemampuan sistem untuk menahan dampak stressor tambahan, terutama jika efektivitas garis perlawanan berkurang. Garis pertahanan normal dianggap dinamis yang dapat melebar dan mengecil dari waktu ke waktu. Contohnya, kestabilan atau kesehatan mungkin mengalami reaksi stresor yang sama, berkurang atau meluas (Newman dan Fawcett, 2011).

### c. Garis Resisten (Resistance line)

Rangkaian garis resisten disekitar struktur dasar diidentifikasi sebagai garis perlawanan klien. Garis-garis ini diaktifkan setelah invasi dari garis pertahanan normal oleh tekanan lingkungan. Garis resisten melindungi struktur dasar. Garis resisten ini mengandung faktor tertentu baik yang diketahui maupun tidak diketahui dan faktor eksternal yang mendukung struktur dasar klien dan pertahanan normal sehingga melindungi integritas sistem. Contohnya sel darah putih atau aktivasi mekanisme sistem kekebalan tubuh. Efektivitas garis perlawanan memungkinkan sistem dalam membalikan reaksi terhadap stresor, ketidakefektifan mengakibatkan hilangnya energi dan kematian (Newman dan Fawcett, 2011).

## 2. Lingkungan

Lingkungan secara luas didefinisikan sebagai semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh disekitar klien atau sistem. Model Newman mengidentifikasi tiga lingkungan yang relevan :



a. Lingkungan Internal (Internal Environment)

Lingkungan internal dipengaruhi oleh semua kekuatan atau pengaruh internal atau batas-batas yang ditetapkan klien/sistem. Ini berhubungan dengan faktor intrapersonal atau stressor dalam model Newman (Newman dan Fawcett, 2011).

b. Lingkungan Eksternal (Eksternal Environment)

Lingkungan eksternal didefinisikan terdiri dari semua kekuatan atau pengaruh diluar klien/sistem. Hal ini berkorelasi dengan baik antar faktor intra dan ekstra personal atau stressor (Newman dan Fawcett, 2011).

c. Lingkungan yang diciptakan (Created Environment)

Lingkungan yang tidak kalah penting adalah lingkungan yang diciptakan, yang merupakan sistem terbuka tempat bertukarnya energi lingkungan baik internal maupun eksternal. Lingkungan ini dikembangkan secara tidak sadar oleh klien, yang juga berperan mempengaruhi sistem kesehatan klien. lingkungan yang diciptakan dapat memberikan pengaruh secara langsung maupun secara tidak langsung, dalam keadaan sadar maupun tidak sadar atas pemeliharaan kesehatan klien. Faktor kesehatan dan kesakitan merupakan faktor penyebab yang harus dievaluasi baik internal, bawaan, dan eksternal (variabel dan stressor) yang mempengaruhi klien; diketahui atau bersifat potensial, interaksi dan saling ketergantungan yang harus diidentifikasi dan dihubungkan. Kesehatan klien secara optimal bergantung pada pengkajian faktor secara menyeluruh, melalui tindakan keperawatan dan intervensi keperawatan. Kesadaran klien untuk menciptakan lingkungan dan hubungan dengan kesehatannya merupakan fokus utama yang diharapkan keperawatan untuk dapat mempengaruhi dan lebih lanjut mengembangkan praktik

dasar berdasarkan hasil penelitian. Sebagai pemberi pelayanan harus mengenali lingkungan yang diciptakan oleh klien, mampu memberikan intervensi, mengedepankan kepentingan hubungan interpersonal (Newman dan Fawcett, 2011).

Model keperawatan Newman membagi stressor menjadi tiga yang terdapat didalam maupun diluar sistem klien yaitu :

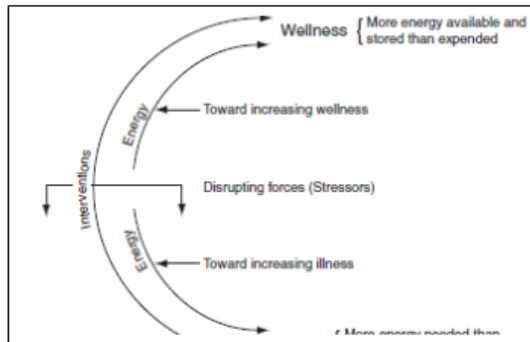
- a. Intrapersonal stressor : lingkungan dalam yang menyerang sistem pertahanan klien (contohnya respon autoimun).
- b. Interpersonal stressor : interaksi lingkungan eksternal yang menyerang diluar pertahanan terdekat klien (contohnya antara satu atau lebih pemikiran atau ragam komunikasi).
- c. Ekstrapersonal stressors : interaksi lingkungan eksternal yang menyerang diluar pertahanan terjauh klien (contohnya antara satu atau lebih masalah kebijakan sosial atau masalah finansial) (Newman dan Fawcett, 2011).

### 3. Kesehatan

Kondisi sehat sakit menurut konsep Neuman merupakan suatu keadaan sehat atau suatu keadaan sakit yang tidak dapat dipisahkan. Kondisi sehat atau kondisi sakit dipandang sebagai hasil akhir dari sistem pertahanan yang ada pada klien. Kondisi sehat digambarkan sebagai suatu keadaan optimal atau kondisi terbaik dari klien yang dapat dipertahankan. Namun kondisi sehat ini dapat berubah yang diakibatkan perubahan lingkungan atau adanya stressor yang berasal dari lingkungan yang mempengaruhi kesehatan klien. Kesehatan dimanifestasikan sebagai energi yang ada untuk mempertahankan dan

meningkatkan sistem integritas yang ada (Newman, dan Fawcett, 2011).

Kesatuan antara kondisi sehat-sakit mengarahkan pada adanya aliran energi antara klien dan lingkungan. Klien akan mencapai kondisi sehat ketika energi yang dimiliki lebih besar dibanding energi yang digunakan, ketika kondisi klien lebih banyak mengeluarkan energi daripada yang dimiliki maka klien berpindah dari kondisi sehat menjadi sakit bahkan dapat menuju kematian (Newman, dan Fawcett, 2011).



Gambar 4 : Kondisi sehat – sakit Neuman, B. M., & Fawcett, J. 2011. *The Neuman System Model*, pp. 24. United States of America. Pearson Education, Inc).

#### 4. Keperawatan

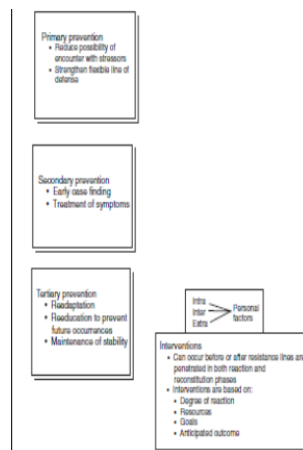
Fokus keperawatan menurut Neuman berfokus pada pertahanan stabilitas kondisi klien melalui kemampuan untuk menilai dampak atau kemungkinan yang akan terjadi jika klien mendapatkan stressor dari lingkungan yang dilakukan perawat secara akurat untuk mencapai kondisi kesehatan yang optimal.

Perawat harus dapat menciptakan hubungan antara

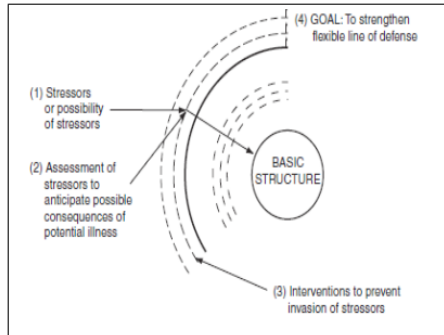
klien, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan untuk mempertahankan kestabilan kondisi sehat klien (Newman, dan Fawcett, 2011).

Fokus utama dari pelayanan kesehatan yang berikan perawat berada pada tingkat pencegahan primer yaitu sebelum reaksi terhadap stress terjadi. Adapun tingkat pencegahan sekunder merupakan tindakan yang dilakukan setelah reaksi stressor terjadi, sedangkan pencegahan tersier dilakukan setelah perawatan terhadap stressor dilakukan.

Berikut gambar pencegahan yang dilakukan perawat terhadap stressor menurut Newman :



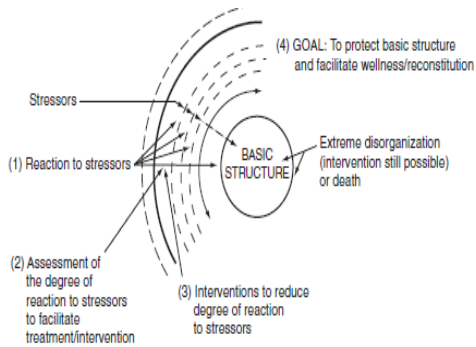
Gambar 7 : Pencegahan yang dapat dilakukan perawat menurut Newman (Neuman, B. M., & Fawcett, J. 2011. The Neuman System Model, pp. 26. United States of America. Pearson Education, Inc).



Gambar 8 : Bentuk pencegahan primer sebagai intervensi dalam model keperawatan Newman (Neuman, B. M., & Fawcett, J. 2011. *The Neuman System Model*, pp. 27. United States of America. Pearson Education, Inc).

a. Pencegahan primer (Primary prevention)

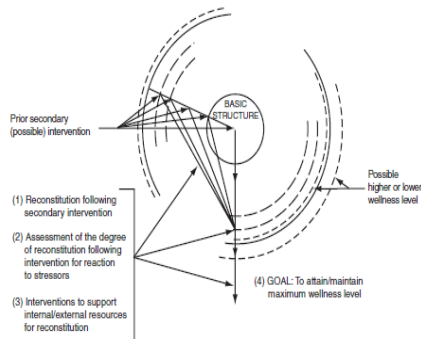
Pencegahan primer sebagai pertahanan kesehatan dilakukan untuk melindungi sistem garis pertahanan normal klien atau melindungi garis pertahanan fleksibel. Tujuan dari pencegahan ini adalah untuk mempromosikan kesehatan pada klien melalui pencegahan terhadap stres dan mengurangi faktor resiko dimana promosi kesehatan termasuk didalamnya (Newman, dan Fawcett, 2011).



Gambar 9 : Bentuk pencegahan sekunder sebagai intervensi dalam model keperawatan Newman (Neuman, B. M., & Fawcett, J. 2011. *The Neuman System Model*, pp. 27. United States of America. Pearson Education, Inc).

b. Pencegahan sekunder (Secondary prevention)

Pencegahan sekunder digunakan sebagai indikator pencapaian kesehatan yaitu untuk melindungi struktur dasar. Pencegahan sekunder dilakukan dengan memperkuat garis perlawanan. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah memberikan perawatan yang tepat terhadap gejala yang ditimbulkan agar tercapai sistem kesehatan klien yang optimal, atau stabil. Kematian dapat terjadi sebagai akibat dari kegagalan struktur dasar untuk mendukung intervensi (Newman, dan Fawcett, 2011).



Gambar 10 : Bentuk pencegahan tersier sebagai intervensi dalam model keperawatan Newman (Neuman, B. M., & Fawcett, J. 2011. *The Neuman System Model*, pp. 28. United States of America. Pearson Education, Inc).

### c. Pencegahan tersier (Tertiary prevention)

Pencegahan tersier yang merupakan intervensi yang ditunjukkan oleh gambar 10 diatas digunakan untuk mempertahankan kesehatan, melindungi sistem pertahanan klien atau memulihkan kembali kesehatan klien setelah dilakukan perawatan. Tujuan pencegahan tersier adalah untuk menjaga kesehatan optimal melalui sistem pendukung yang ada dan penghematan energi. Pencegahan tersier sebagai suatu intervensi dapat dimulai pada beberapa waktu tertentu dalam tahap pemulihan klien. Pertama, pencegahan tersier dapat dilakukan ditahap pemulihan klien setelah tindakan perawatan. Pencegahan tersier dapat juga dilakukan ketika kondisi klien sudah menunjukkan stabilitas. Keberhasilan pemulihan dalam tahap ini tergantung pada usaha klien untuk melakukan pencegahan lebih lanjut (Newman, dan Fawcett, 2011).

## H. Teori Keperawatan Nola J Pender



Gambar 1.8 Nola J Pender

Nola J Pender lahir di Lansing, Michigan pada tanggal 16 Agustus 1941. Keluarganya sangat mendukung keinginannya untuk menjadi seorang perawat dan mengijinkannya untuk sekolah di School of Nursing di West Suburban Hospital yang berlokasi di Oak Park, Illionis. Tahun 1962, Pender menyelesaikan pendidikan diplamanya dan bekerja didua ruangan yaitu bedah dan anak di rumah sakit Michigan. Tahun 1964, Pender menyelesaikan pendidikan S1 nya di Universitas Michigan jurusan keperawatan. Tahun 1965, Pender menyelesaikan pendidikan S2 nya di universitas yang sama. Pender sangat tertarik dengan kehidupan manusia, yang didasarkan pada pengalamannya merawat anak dan remaja. Tahun 1969, Pender menyelesaikan pendidikan doktoralnya dibidang psikologi pendidikan di Universitas Northwestern (Alligood, 2018).

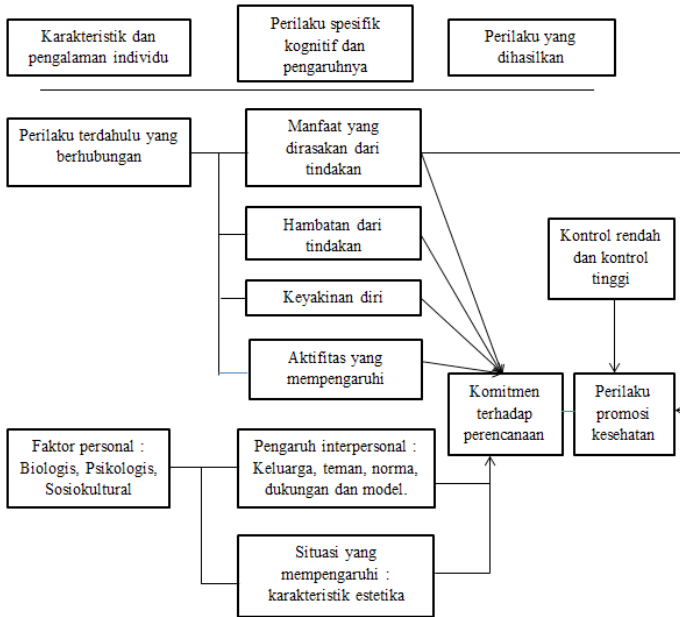
Teori keperawatan Pender diberi nama Health Promotion Model (HPM). Pender mengungkapkan tujuan dari teori keperawatan ini adalah sebagai acuan bagi perawat untuk memahami perilaku kesehatan dasar yang diinformasikan pasien



yang nantinya akan berguna untuk membantu perawat dalam mempromosikan perilaku hidup sehat. Pender mengungkapkan teori keperawatan ini lahir setelah dilakukannya penelitian selama 27 tahun. Secara filosofi, Pender memandang manusia secara holistik yang dapat dipelajari secara menyeluruh. Manusia membutuhkan orang lain untuk berinteraksi dan memenuhi kebutuhannya. Secara singkat teori HPM Pender memiliki fokus utama berupa delapan keyakinan yang dinilai oleh perawat dan merupakan poin penting untuk intervensi keperawatan. Teori keperawatan HPM ini dapat membantu perawat untuk merubah perilaku pasien kearah hidup sehat (Nola, 2011).

#### 1. Uraian Konsep Model Keperawatan Nola J Pender : Health Promotion Model (HPM)

Teori Keperawata HPM dikembangkan oleh Nola J Pender tahun 1982 yang sempat mengalami revisi dan kembali diluncurkan versi terbarunya di tahun 1996. HPM berfokus untuk melakukan promosi kesehatan pada individu sehingga mereka dapat memelihara kesehatannya. HPM membagi perilaku kesehatan kedalam tiga kelompok yang spesifik, yaitu karakteristik dan pengalaman individu, perilaku spesifik kognitif dan pengaruhnya, dan perilaku yang dihasilkan. Teori keperawatan HPM dijelaskan dalam sebuah bagan yang berfungsi sebagai alur bagaimana seorang perawat dapat mengerti dan melakukan perencanaan kesehatan bagi individu untuk mencapai kesehatan dan hasil yang positif. Berikut bagan dari teori HPM Nola J Pender :



Gambar 1.8 Health Promotion Model (modifikasi) Nola J Pender. (Joseph, P., 2016. Conceptual Application Of Pender 's Health Promotion Model In The Promotion Of Adolescent Mental Health And Coping Abilities Through School Teachers. International Journal of Innovative Research and Advanced Studies, 3(11), pp.72–74. Available at: [http://www.ijiras.com/2016/Vol\\_3-Issue\\_11/paper\\_12.pdf](http://www.ijiras.com/2016/Vol_3-Issue_11/paper_12.pdf)).

A. Karakteristik dan pengalaman individu

Faktor personal dan faktor terdahulu yang berhubungan dengan perilaku terbagi menjadi dua dimensi yaitu memahami karakteristik dan pengalaman individu. Faktor – faktor yang termasuk dalam faktor personal terdiri dari faktor biologis, faktor, psikologis, dan faktor sosiokultural.

B. Perilaku spesifik kognitif dan pengaruhnya

Pengaruh yang berhubungan dengan perilaku

spesifik kognitif adalah manfaat dari tindakan yang dilakukan, hambatan dari tindakan, keyakinan diri dan aktivitas yang berhubungan.

### C. Perilaku yang dihasilkan

Harapan dari HPM adalah adanya capaian positif kesehatan yang dihasilkan (Joseph, 2016).

Nola J Pender mengungkapkan teori HPM didasarkan pada asumsi dari dua sumber yaitu keperawatan dan perilaku kesehatan :

1. Manusia akan berusaha menciptakan kondisi kehidupan yang mereka senangi.
2. Manusia pada dasarnya memiliki kapasitas untuk menilai diri sesuai dengan kemampuannya.
3. Manusia memiliki kecenderungan untuk memandang kearah positif untuk melakukan suatu perubahan.
4. Manusia selalu berusaha untuk mengatur perilakunya sendiri.
5. Manusia merupakan individu yang memiliki kekomplekskan yang mencakup biopsikososial.
6. Tenaga kesehatan merupakan bagian dari faktor lingkungan yang berpengaruh bagi manusia.
7. Manusia memiliki inisiatif untuk melakukan rekonfigurasi diri untuk melakukan perubahan perilaku (Nola, 2011).

Paradigma Keperawatan Nola J Pender :

#### 1. Manusia

Nola J Pender memandang manusia sebagai makhluk yang kompleks atau biopsikososial yang

terbentuk dari lingkungan dan dapat menciptakan lingkungannya sendiri. Hubungan antara manusia dan lingkungan merupakan sebuah hubungan timbal balik. Karakteristik dan pengalaman manusia dapat membentuk perilaku hidup mereka, termasuk perilaku kesehatan.

2. Lingkungan

Lingkungan adalah sesuatu yang berkaitan dengan kehidupan sosial, budaya, dan fisik.

3. Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu ilmu yang memiliki peran untuk berkolaborasi dengan individu, keluarga dan masyarakat yang bertujuan untuk menciptakan kondisi kesehatan yang optimal dan sejahtera.

4. Kesehatan

Kesehatan dinyatakan sebagai aktualisasi yang melekat, perilaku hidup, kemampuan untuk melakukan perawatan diri, kepuasan terhadap hubungan dengan orang lain yang terus mengalami perkembangan dan selaras dengan lingkungan. Kesehatan merupakan kehidupan yang terus berkembang berdasarkan pengalaman (Nola, 2011).

## Ringkasan

Teori keperawatan Florence Nightingale dikenal dengan nama filosofi keperawatan yang mencakup tiga belas aspek yaitu ventilasi dan kehangatan ; kondisi rumah yang sehat ; pengaturan manajemen ; kebisingan ; ventilasi ruang rawat ; memperhatikan asupan makanan ; makanan ; tempat tidur dan alas kasur ; pencahayaan ; kerapian ruangan dan dinding ; kebersihan diri ; berikan dukungan dan saran ; observasi status kesehatan. Teori keperawatan Handerson dikenal dengan nama Need Theory atau teori kebutuhan, teori ini menekankan pada empat belas kebutuhan dasar yang terdiri dari bernafas dengan normal ; makan dan minum dengan adekuat ; mampu melakukan eliminasi dengan teratur ; bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan ; istirahat tidur ; menggunakan pakaian yang nyaman, membuka dan memakai pakaian ; menjaga suhu tubuh dengan rentang normal dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan ; menjaga tubuh tetap bersih, terawat dan lindungi kulit dari kerusakan ; menghindari lingkungan yang berbahaya dan menghindari trauma ; menciptakan komunikasi dengan orang lain dan mampu mengekspresikan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran atau berpendapat ; melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan dan moral ; bekerja dan menghasilkan suatu karya atau prestasi ; melakukan aktivitas bermain dan rekreasi ; mempelajari menggali dan memprioritaskan kepuasan terhadap fasilitas kesehatan.

Teori keperawatan Peplau dikenal dengan nama interpersonal relations. Teori ini menjelaskan keperawatan sebagai suatu yang berkarakteristik signifikan, terapeutik, dan memiliki proses interpersonal. Hubungan interpersonal yang didefinisikan oleh Peplau mengungkapkan bahwa antara pasien dan perawat memiliki ikatan yang tidak dapat dipisahkan.

Teori keperawatan Jean Watson dikenal dengan Philosophy and Sciences of caring. Teori ini menjelaskan keperawatan sebagai sebuah ilmu tentang manusia yang peduli terhadap orang lain. Caring dalam teori Watson dapat dicapai, jika 10 faktor karatif dapat terpenuhi. Teori keperawatan Dorothea Orem dikenal dengan nama Self – care. Teori ini tersusun dari empat teori yaitu teori perawatan diri (self-care theory), teori ketergantungan perawatan (self – care dependent care agency), teori defisit perawatan diri (self – care deficit), dan teori sistem keperawatan (nursing system theory). Teori ini terbagi menjadi tiga kategori yaitu kebutuhan universal, kebutuhan perkembangan dan kebutuhan kesehatan. Teori Sister Callista Roy dikenal dengan teori adaptasi. Teori ini menjelaskan tentang proses adaptasi individu atau kelompok yang dihasilkan dari sebuah pemikiran dan perasaan yang terintegrasi. Teori Roy Adaptasi memandang manusia sebagai suatu sistem adaptasi yang berproses. Teori keperawatan Betty Neuman dikenal dengan nama Neuman System Model. Neuman meyakini bahwa perawat dan klien adalah dua individu yang dapat mengantisipasi adanya stressor. Teori ini berfokus terhadap aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual. Teori keperawatan Nola J Pender dikenal dengan nama Health Promotion Model (HPM). Teori HPM Pender memiliki fokus utama berupa delapan keyakinan yang dinilai oleh perawat dan merupakan poin penting untuk intervensi keperawatan.

Tes 4

Pilihlah jawaban yang paling tepat !

1. Penteori yang diberikan julukan “Ibu Keperawatan Modern” adalah ...
  - a. Health Promotion Model.-Interpersonal relations.
  - b. Rufaida Al-Aslamiya.
  - c. Florence Nightingale.
  - d. Jean Watson.-Dorothea Orem.
  - e. Handerson.
  
2. Teori keperawatan yang dikemukakan oleh Florence Nightingale dikenal dengan nama ...
  - a. The philosophy and sciences of caring.
  - b. Philosophy of Nursing.
  - c. Self-care.
  - d. Health Promotion Model.
  - e. Interpersonal relations.
  
3. Teori keperawatan yang menekankan pada empat belas aspek kebutuhan dasar pasien merupakan teori keperawatan yang dikemukakan oleh ...
  - a. Rufaida Al-Aslamiya.
  - b. Florence Nightingale.
  - c. Jean Watson.
  - d. Dorothea Orem.
  - e. Handerson.

4. Konsep utama paradigma keperawatan manusia menurut Handerson terdiri dari empat komponen yaitu ...
  - a. Biologi, sosiologi, spiritual, konseptual.
  - b. Biologi, sosiologi, psikologi, spiritual.
  - c. Biologi, embriologi, spiritual, kultural.
  - d. Biologi, sosiologi, psikologi, kultural.
  - e. Biologi, spiritual, konseptual, kultural.
  
5. Teori keperawatan Peplau dikenal dengan nama ...
  - a. The philosophy and sciences of caring.
  - b. Philosophy of Nursing.
  - c. Self-care.
  - d. Health Promotion Model.
  - e. Interpersonal relations.
  
6. Empat komponen utama dalam teori keperawatan Peplau adalah ...
  - a. Manusia, keperawatan, kesehatan, lingkungan.
  - b. Manusia, keperawatan, kesehatan, kebutuhan.
  - c. Manusia, keperawatan, kesehatan, keprofesionalan.
  - d. Manusia, keperawatan, keprofesionalan, kebutuhan.
  - e. Manusia, keperawatan, kebutuhan, lingkungan.



7. Teori keperawatan *The Philosophy and Sciences of Caring* mengacu pada aspek interpersonal dan transpersonal yang meliputi ...
  - a. Empati, keselarasan, kehangatan dan pasien.
  - b. Pasien, kepedulian, simpati, dan keselarasan.
  - c. Pasien, kepedulian, empati, dan keselarasan.
  - d. Simpati, keselarasan, kehangatan, dan pasien.
  - e. Simpati, kepedulian, empati dan pasien.
  
8. Ikut serta dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan makna dari apa yang disampaikan orang lain berhubungan dengan pandangannya masing-masing termasuk dalam faktor karatif ...
  - a. Interpersonal.
  - b. Transpersonal.
  - c. Relationship.
  - d. Internal.
  - e. Eksternal.
  
9. Teori keperawatan Dorothea Orem terdiri dari empat teori lainnya yaitu ...
  - a. Self-care, Self-hygiene, Self-esteem, Nursing system theory.
  - b. Self-care, Self-monitoring, Self-hygiene, Self-esteem.
  - c. Self-care, Self-care dependent care agency, Self-care deficit, Nursing system theory.
  - d. Self-care, Self-care dependent care agency, Self-monitoring, Self-esteem.
  - e. Self-care, Selfie, Self-hygiene, Self-monitoring, Self-esteem.

10. Kebutuhan dalam teori keperawatan Self-Care terbagi menjadi tiga yaitu ...
- a. Universal, perkembangan, kesehatan.
  - b. Universal, perkembangan, kebutuhan.
  - c. Universal, perkembangan, keinginan.
  - d. Transfersal, universal, perkembangan.
  - e. Transfersal, kebutuhan, keinginan.

## DAFTAR PUSTAKA

Ahna.org, (2015). Welcome to AHNA: What is Holistic Nursing?. [Online] Available at: <http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing> [Accessed 20 Aug. 2015].

Alligood, M.R., A.M. Tomey. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*, Seventh Edition. Missouri: Mosby Elsevier

Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. St Louis, Missouri 63043 : Elsevier Health Sciences, pp : 225 – 226.

Alligood, M.R. (2018). *Nursing Theorist and Their Work*, Ninth Edition. Missouri: Mosby Elsevier

Andrews, H.A. & Roy, C. (1986). *Essentials of the Roy Adaptation Model*. Appleton Century Crofts.

Asmadi., 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

American Nurse Association. (2015). *Nursing Scope and Standards of Practice* (3rd ed). Silver Spring, MD : ANA.

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Hal. 8. Jakarta : EGC.

Arif, M. (2017). *Pemodelan Sistem*. Yogyakarta : Deepublish.

Bahramnezhad, F., Shiri, M. & Asgari, P., 2015. A Review of the Nursing Paradigm. , (January), pp.17–23.

Beauchamp, T. L., & Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7th ed.). New York, NY : Oxford University Press, p. 124.

Benjamin, M. & Curtis, J. (2010). *Ethics in Nursing : Cases, Principles, and Reasoning*. New York : Oxford University Press.

Butts, J.B. & Rich, K.L. (2016). *Nursing Ethics*. United States of America : Jones & Bartlett Learning.

Bruce, A., Rietze, L. & Lim, A., 2014. Understanding Philosophy in a Nurse ' s World : What , Where and Why ? , 2(3), pp.65–71.

Coppa, D.F. (1993) Chaos Theory Suggests a New Paradigm for Nursing Science. *Journal of Advanced Nursing*, 18,985-991. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18060985.x>

Duff, E. (2011) Relating the Nursing Paradigm to Practice: A Teaching Strategy. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8, 13-19. <http://dx.doi.org/10.2202/1548-923X.2076>

Henderson, Virginia. (1964). *The Nature of Nursing*. *The American Journal of Nursing*, Vol. 64, No. 8 (Aug., 1964), pp. 62-68, di publikasikan oleh Lippincott Williams & Wilkins, diakses tanggal 2 September 2014, <<http://www.jstor.org/stable/3419278>>

ICN. (2017). Definition of Nursing. Available from <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>. (Accessed November, 20, 2017).

Jan, R. (1996). the First Muslim Nurse. *Journal of Nursing Scholarship*, 261–262. <http://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1996.tb00362.x>

Jackson, J. I. (2015, January 26). *Nursing paradigms and theories: A primer* . Virginia Henderson Global Nursing e-Repository. Retrieved from <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/338888>.

Joseph, P., 2016. Conceptual Application Of Pender ' s Health Promotion Model In The Promotion Of Adolescent Mental Health And Coping Abilities Through School Teachers. *International Journal of Innovative Research and Advanced Studies*, 3(11), pp.72–74. Available at: [http://www.ijiras.com/2016/Vol\\_3-Issue\\_11/paper\\_12.pdf](http://www.ijiras.com/2016/Vol_3-Issue_11/paper_12.pdf).

Karimi, H. & Alavi, N.M., 2015. Florence Nightingale : The Mother of Nursing. , 4(August 1910), pp.4–6.

Lee, S. W. (2014). Overview of nursing theory. Oita University of Nursing and Health Sciences, 12, 58–67. Retrieved from [https://ci.nii.ac.jp/els/contentscinii\\_20180228190509.pdf?id=ART0010350062](https://ci.nii.ac.jp/els/contentscinii_20180228190509.pdf?id=ART0010350062)

Maslow AH ; Motivation and personality, ed 3, Upper Saddle River, NJ, 1970, Prentice Hall.

Masters, K. 2015. Nursing Theories : A Framework For Professional Practice. United States of America : Jones & Bartlett

Mariano, C. (2007). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. Nursing Clinics of North America, 42(2), pp.165-188.

Meleis, A. I. (2011). Theoretical Nursing Development and Progress. New York : Wolters Kluwer : Lippincott Williams & Wilkins.

Mccance, T. V, & Rgn, H. (1999). Caring : theoretical perspectives of relevance to nursing, 30(6), 1388–1395.

Mcintyre, M. & Mcdonald, C., 2013. Contemplating the Fit and Utility of Nursing Theory and Nursing Scholarship Informed by the Social Sciences and Humanities. , 36(1), pp.10–17.

Neuman, B. M., & Fawcett, J. (2011). The Neuman System Model. United States of America. Pearson Education, Inc.

Nola, J., 2011. Health Promotion Model Manual. University of Michigan Deep Blue. Available at: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH\\_PROMOTION\\_MANUAL\\_Rev\\_5-2011.pdf](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf).

Nutting, M. A., & Dock, L. (1907). A history of nursing: The evolution of nursing systems from the earliest times to the foundation of the first English and American training schools for nurses. New York: G.P. Putnam's Sons.

Orem, D.E. (2001). *Nursing : Concepts of Practice*, 6th ed., p. 141. St Louis, MO : Mosby.

Parker, M. (2006) *Introduction to Nursing Theory*. In: *Nursing Theories and Nursing Practice*, Philadelphia.

Parker, M.E. (2011). *Nursing theories and nursing practice*. College of Nursing Florida Atlantic University Boca Raton, Florida. Philadelphia: F.A Davis Company.

Parker, E. M. & Smith, M. C., 2015. *Nursing Theories and Nursing Practice*. United States of America : Philadelphia.

Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care : theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1–5. <http://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>

Pavey, A. E. (1953). *The story of the growth of nursing as an art, a vocation, and a profession* (4th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.

PPNI. (2016). Kode Etik Keperawatan. Diakses dari <https://inna-ppni.or.id/public-announcements/>. Diunduh tanggal 22 Februari 2018.

PPNI. (2018). *Sejarah Perawat*. Jakarta : PersatuanPerawat Nasional Indonesia. <https://inna-ppni.or.id/sejarah-ppni/>.

Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P. & Hall, A. (2016). *Fundamentals of Nursing*. St. Louis, Missouri : Elsevier.

Republic, C., 2016. REVIEW CONCEPT CARING IN NURSING  
Lenka Drahošová , Darja Jarošová. , 7(2), pp.453–460.

Rosdahl, C.B., & Kowalski, M.T. (2008). *Textbook of Basic Nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Supartini, Y. 2004. Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak  
Jakarta : EGC.
- Smith, M.C. & Parker, M.E. (2015). Nursing Theories & Nursing Practice. Philadelphia : F.A Davis Company.
- Suhaemi, M. E. (2004). Etika Keperawatan Aplikasi pada Praktik. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Taylor, S.G. & Tenpenning, K. (2011). Self-Care Science Nursing Theory and Evidence-Based Practice. New York : Springer Publishing Company, LLC.
- Uswhatun Khasanah. (2006). 1894-5181-1-SM.pdf. Yogyakarta: Mutiara Medika. Retrieved from <http://journal.umy.ac.id/index.php/mm/article/view/1894>
- Undang-Undang Republik Indonesia. (2015). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Available from <https://ppniqatar.files.wordpress.com/2015/12/uu-38-tentang-keperawatan.pdf>. (Accessed November, 20, 2017).
- Watson, J. (2008). Nursing The Philosophy and Science of Caring. United States of America : University Press of Colorado.
- Wilkin, K., 2003. The meaning of caring in the practice of intensive care nursing. British Journal of Nursing, 12.
- WHO. 2017. Frequently Asked Questions. Geneva, Switzerland: Secretariat. Available from <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (Accessed November 28, 2017).
- Yanti, E., Arma, N., & Karlinah, N. (2015). Konsep Kebidanan. Yogyakarta : Deepublish.

## KUNCI JAWABAN

### Tes 1

1. A
2. B
3. C
4. D
5. E

### Tes 2

1. A
2. B
3. B
4. A
5. A
6. B
7. C
8. D
9. E
10. B
11. A
12. B
13. B
14. C
15. D



Tes 3

1. E
2. C
3. C
4. A
5. C
6. B
7. A
8. A
9. B
10. C

Tes 4

1. B
2. A
3. E
4. B
5. E
6. D
7. A
8. B
9. C

# GLOSARIUM

Autonomi. Kebebasan dalam melakukan atau mengambil tindakan.

Beneficence. Kebaikan atau manfaat untuk orang lain.

Etika. Pertimbangan dalam pengambilan keputusan berdasarkan aturan yang berlaku

Etik deskriptif. Pendekatan yang lebih sering digunakan oleh seorang ilmuwan atau peneliti untuk menggambarkan apa yang orang lain pikirkan tentang moral atau tingkah laku manusia.

Falsafah. Suatu nilai, kepercayaan dan pendapat individu tentang dunia dan menginformasikan ide-ide yang dimilikinya.

Falsafah keperawatan. Keyakinan perawat atas nilai-nilai yang dimilikinya untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam mengaplikasikan teori keperawatan dan memahami praktik keperawatan.

Grand theory. Teori yang digunakan untuk memberikan acuan kerangka kerja struktural yang abstrak, ide, prinsip utama disiplin ilmu yang bisa diidentifikasi.

Holistik. Semua, seluruh atau total.

Holistic care. Prinsip dalam keperawatan yang menghubungkan antara seni dan ilmu pengetahuan yang perwujudannya melibatkan proses analisis, keterampilan dalam berintuisi, dan hubungan antara pikiran, semangat dan kondisi tubuh seseorang.

Informed consent. Persetujuan dari pihak yang akan diberikan intervensi.

Justice. Keadilan yang mengacu pada sifat bijak, merawat orang tanpa prasangka, dan menimbang asas lebih mengutamakan manfaat.

Keperawatan. Suatu ilmu yang memiliki peran besar dalam

meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Moral. Perilaku yang dapat diterima dan menerima lingkungan sosial, menghargai keyakinan, menghargai budaya atau memenuhi kaidah standar etik profesional yang ditekuninya.

Meta etik. Konsep dan teori dalam membuat keputusan.

Metatheory. Teori yang berisikan kumpulan teori, untuk mengidentifikasi fenomena yang terjadi melalui konsep teori yang abstrak.

Middle range theory. teori yang digunakan untuk praktik keperawatan dan menjelaskan tentang fenomena yang terjadi dalam praktik keperawatan dan populasi yang lebih spesifik.

Non maleficience. Mengutamakan kebaikan yang mengacu pada tidak adanya kerusakan.

Norma etik.keputusan yang berdasarkan pada nilai-nilai, perilaku, pola pikir terhadap sesuatu yang dianggap benar atau salah, baik atau buruk, hal yang dianggap terpuji atau tercela.

Paradigma. Sebuah kerangka kerja yang berfungsi untuk menjelaskan sebuah model.

Paradigma keperawatan. Sesuatu yang digambarkan sebagai pondasi dalam sebuah bangunan yang bertujuan dan memiliki nilai yang saling berkaitan.

Teori. Konsep yang tersusun secara sistematis berdasarkan fenomena yang bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan atau mengontrol fenomena.

Teori keperawatan. Gagasan atau ide yang menjelaskan tentang pengalaman, hasil observasi, menggambarkan hubungan dan hasil.

## INDEKS

### A

Adequat. 47, 63, 94.

Administratif. 28.

Afektif. 28.

Autonomi. 13, 14, 21, 22, 106.

### B

Beneficence. 14, 106.

Biologi. 48, 49, 60, 91, 92, 96,

### C

Caring. 28, 29, 36, 37, 38, 54, 55, 56, 57, 58, 94, 95, 96, 97, 101, 103, 104.

Consent. 13, 14, 91.

### D

Deduktif. 18.

Deskriptif. 13, 19, 91.

### E

Etik. 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 29, 36, 37, 51, 63, 77, 80, 83, 88, 91, 102, 103,

Etika. 3, 4, 11, 91, 103.

Eksplanatori. 19.

Epistemologis. 26, 37.

## F

Falsafah. 1, 2, 3,4, 5, 6, 22, 23, 36, 106

Falsafah keperawatan. 1,2, 4, 6, 7, 23, 36, 91.

Fenomena. 2, 3, 5, 17, 18, 19, 23, 24, 28, 57, 92,

Filosofi. 3, 4, 8, 29, 36,37,42, 44, 67, 75, 90, 93.

## G

Grand theory. 18, 19, 20, 23, 24, 91.

## H

Holistik. 2,6, 29, 30, 36, 37, 44, 71, 75, 90, 91.

Holistic Care. 6, 7, 25, 29, 91.

## I

Induktif. 18.

Informed consent. 13,14,91.

Intelektual. 51.

Interpersonal. 50, 51, 55, 76, 82, 94, 95, 96, 97.

## J

Justice. 15, 21, 22, 91.

## K

Kode etik. 6, 7, 11, 15, 20, 102.

Kognitif. 28, 90, 91, 91.

Koheren. 18.

Komprehensif. 13.

Kompetensi. 14.

Kreatif. 18, 56.

## L

Lingkungan internal. 44, 76, 81.

Lingkungan eksternal. 44, 81, 82.

## M

Metatheory. 19, 20, 23, 24, 92.

Metodologis. 26, 37.

Moral. 4, 12, 13, 22, 47, 48, 58, 91, 94.

Middle rang theory. 18, 19, 20, 23, 24, 92.

## N

Non maleficience. 92.

## O

Observasi. 17, 22, 27, 43, 45, 72, 92, 94.

Ontologis. 26, 37.

## P

Paradigma. 6, 7, 10, 22, 25, 26, 27, 36, 37, 42, 48, 50, 58, 71, 74, 78, 92, 93, 96.

Pioner. 7, 8, 9.

Prinsip. 4, 10, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 23, 29, 37, 91.

Practice Theory. 18, 19, 20, 23, 24.

Prediktif. 19.

Preskriptif. 19.

Profesional. 3, 4, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 28, 29, 37, 51, 58, 91, 96.

Psikomotor. 28.

Q

R

Respon. 27, 28, 30, 34, 66, 67, 68, 69, 70, 75, 77, 82.

S

Simbolik. 18.

Sosiologi. 48, 66, 96.

Spiritual. 29, 30, 32, 36, 44, 48, 55, 56, 57, 74, 76, 77, 78, 80, 95, 96.

Stimulus. 30, 34, 67, 68, 69, 72.

Subsistem. 30, 37.

Suprasistem. 30.

T

Terapeutik. 64.

Transisi. 10.

Transpersonal. 55, 56, 57, 97.

U

Unfreezing. 34.

V

Variable. 19.

W

X

Y

Z



## TENTANG PENULIS UTAMA



Lilis Lestari, S.Kep., Ners. M.Kep. lahir di Pontianak, 01 Agustus 1990. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan STIK Muhammadiyah Pontianak, Kalimantan Barat tahun 2012 dengan predikat Cumlaude, kemudian menyelesaikan pendidikan S1 Ners Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan STIK Muhammadiyah Pontianak, Kalimantan Barat tahun 2013 dengan predikat Cumlaude. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Program Studi Keperawatan Anak, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada (UGM), Jogjakarta tahun 2016 dengan predikat Cumlaude. Penulis mengawali karirnya sebagai staff laboratorium keperawatan di STIK Muhammadiyah Pontianak

2013 - 2014, kemudian berkarir sebagai dosen keperawatan di STIK Muhammadiyah Pontianak 2014 – sekarang. Penulis juga sempat berkarir sebagai relawan guru magang di sekolah khusus autis Fredopios, Jogjakarta ditahun 2015 – 2016. Penulis telah menerbitkan buku pertamanya yang berjudul Tumbuh Kembang dan Perawatan Dini untuk Anak dengan Gangguan Spektrum Autis dan mengajar pada beberapa Mata Kuliah Dasar termasuk Falsafah Keperawatan di Pendidikan S1 dan D3 Keperawatan.

## TENTANG PENULIS KEDUA



Ramadhaniyati, M.Kep, Ns.Sp.Kep.An lahir di Singkawang, 28 Juni 1984. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Pendidikan Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2007. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan dan Ners Spesialis Keperawatan Anak di Universitas Indonesia pada tahun 2010-2013. Penulis merupakan staff pengajar di STIK Muhammadiyah Pontianak sejak tahun 2007 – sekarang. Selain sebagai staff pengajar di Bidang Keperawatan Anak, penulis juga mengajar pada beberapa Mata Kuliah Dasar termasuk Falsafah Keperawatan di Pendidikan S1 Keperawatan.