



KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Asmadi

PENERBIT BUKU KEDOKTERAN



EGC

EGC 1712

KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Oleh: Ns. Asmadi, S.Kep

Editor: Ns. Eka Anisa Mardella, S.Kep

Copy editor: Tri Indah Marty Rahayu, A.Md.Pb

Diterbitkan pertama kali oleh Penerbit Buku Kedokteran EGC

© 2005 Penerbit Buku Kedokteran EGC

P.O. Box 4276/Jakarta 10042

Telepon: 6530 6283

Anggota IKAPI

Desain kulit muka: Teddy Kurniawan, S.Sn

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang mengutip, memperbanyak, dan menerjemahkan sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I: 2008

Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

Asmadi

Konsep dasar keperawatan / Asmadi ; editor, Eka Anisa Mardella. — Jakarta : EGC, 2008.

x, 188 hlm. ; 14 x 21 cm.

ISBN 978-979-448-914-7

I. Perawat dan perawatan. I. Judul. II. Eka Anisa Mardella.

610.73



Isi di luar tanggung jawab percetakan



DAFTAR ISI

Bab 1 Falsafah Keperawatan 1

Pengertian 1

Bab 2 Paradigma Keperawatan 7

Pengertian 7

Keperawatan 8

Manusia 11

Konsep manusia 11

Manusia sebagai makhluk unik 12

Manusia sebagai sistem adaptif/terbuka 13

Manusia sebagai makhluk holistik 13

Kebutuhan manusia 17

Kebutuhan fisiologis 19

Kebutuhan keselamatan dan keamanan 20

Kebutuhan cinta dan memiliki 20

Kebutuhan harga diri 21

Kebutuhan aktualisasi diri 22

Sehat-sakit 27

Definisi sehat 27

Definisi sakit 28

Rentang sehat-sakit 29

Faktor yang memengaruhi status kesehatan 29

Perkembangan penyakit 32

Perilaku sakit 35

image

not

available

Bab 5 Teori dan Model Konseptual Keperawatan 107

- Florence Nightingale 109
Teori Nightingale 109
[Asumsi utama teori Nightingale 110](#)
Pengaruh teori Nightingale terhadap keperawatan 112
- Virginia Henderson 112
Definisi keperawatan menurut Henderson 113
Konsep utama teori Henderson 113
[Keyakinan dan tata nilai teori Henderson 116](#)
[Aplikasi teori Henderson dalam proses keperawatan 117](#)
- [Imogene King 118](#)
[Kerangka konsep sistem terbuka 119](#)
[Teori goal attainment 122](#)
- [Dorothea E. Orem 123](#)
Teori *self-care* 124
Teori *self-care deficit* 125
Teori *nursing system* 126
- Jean Watson 126
Teori *human caring* 128
Asumsi dasar tentang ilmu keperawatan Watson 129
[Faktor Carative teori Watson 130](#)
- [Hildegard E. Peplau 132](#)
[Keperawatan psikodinamik 132](#)
[Fase orientasi 133](#)
[Fase identifikasi 133](#)
[Fase eksploitasi 133](#)
Fase resolusi/terminasi 134
Teori keperawatan Peplau dan komponen utama keperawatan 135
- Martha E. Rogers 137
Teori manusia sebagai satu kesatuan (*unitary human beings*) 137
Teori Rogers dan konsep utama Keperawatan 138
- Sister Calista Roy 139
Model adaptasi Roy dan konsep utama keperawatan 140
- Leininger 142
Latar belakang 142
Konsep teori keperawatan transkultural 143
-

image

not

available

*image
not
available*

*image
not
available*

perawatan Nasional, 1983). Pada definisi keperawatan tersebut tampak jelas bahwa profesi keperawatan mempunyai andil besar dalam meningkatkan derajat kesehatan, baik individu maupun masyarakat.

Kontribusi keperawatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat didasarkan pada beberapa konsep keperawatan. *Pertama*, asuhan yang diberikan perawat bersifat holistik—menyeluruh pada semua aspek “manusia” klien, bukan berfokus pada aspek biologis semata sebagaimana telah dijelaskan di atas. *Kedua*, sasaran asuhan keperawatan adalah klien, mulai dari tingkat individu sampai tingkat masyarakat. Dalam konsep ini perawat meyakini bahwa jika individu sehat, komunitas atau masyarakat akan sehat pula. Dengan kata lain, derajat kesehatan masyarakat akan optimal jika derajat kesehatan setiap individunya optimal.

Ketiga, lingkup layanan keperawatan bukan terbatas pada klien yang sakit saja, tetapi juga klien yang sehat. Tujuan perawatan terhadap klien yang sakit antara lain membantu klien mencapai kesembuhan dan menjalankan fungsinya sesuai dengan tingkat kemampuan masing-masing. Selain itu, tujuan perawatan terhadap klien yang sehat adalah membantu klien agar mampu mempertahankan kesehatannya. *Keempat*, eksistensi keperawatan berlangsung sepanjang kehidupan manusia. Selama masih ada kehidupan manusia, selama itu pula keperawatan akan tetap ada. Terlebih dengan adanya pergeseran perkembangan pola penyakit akibat perubahan pola hidup dan peningkatan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan. Dulu, penyakit yang dominan di tanah air kita adalah penyakit infeksi dan menular. Akan tetapi, saat ini cakupannya telah meluas tidak hanya pada penyakit infeksi, tetapi juga pada perkembangan penyakit degeneratif akibat peningkatan usia harapan hidup masyarakat Indonesia. *Kelima*, intervensi keperawatan mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Semua intervensi keperawatan tersebut dilakukan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan klien, mulai dari level individu hingga masyarakat, baik dalam kondisi sehat maupun sakit.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

2

PARADIGMA KEPERAWATAN

Pengertian

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

Paradigma keperawatan merupakan suatu pandangan global yang dianut oleh mayoritas kelompok ilmiah (keperawatan) atau hubungan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan di antara teori tersebut guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan. Paradigma keperawatan terdiri atas empat unsur, yaitu keperawatan, manusia, sehat-sakit, dan lingkungan. Keempat unsur inilah yang membedakan paradigma keperawatan dengan teori lain. Teori keperawatan didasarkan pada keempat konsep tersebut, yakni konsep manusia, konsep sehat-sakit, konsep lingkungan, dan konsep keperawatan sebagai intinya. Hubungan keempat komponen tersebut dapat dilihat pada Gambar 2.1.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

sebagai sesuatu yang dibutuhkan manusia agar dapat memelihara homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Pengelompokan kebutuhan dasar manusia bervariasi di antara para ahli. Dalam keperawatan, hierarki pengelompokan kebutuhan dasar manusia yang sering digunakan adalah hierarki Abraham Maslow yang terdiri atas lima tingkat kebutuhan. Pembahasan ini akan diuraikan lebih lanjut nanti. *Ketiga*, memberi kesempatan kepada semua perawat untuk mengembangkan tingkat kemampuan profesionalnya. Maju/mundurnya profesi keperawatan bergantung pada masing-masing pribadi perawat. Oleh karena itu, perlu ditanamkan rasa persatuan dan kebersamaan di antara perawat sejak dini, bahu-membahu memajukan dan mengembangkan profesi keperawatan.

Keempat, mengembangkan standar keperawatan yang ada. *Kelima*, memelihara hubungan kerja yang efektif dengan semua anggota tim kesehatan. Penanganan kesehatan klien tidak bisa hanya mengandalkan salah satu profesi saja, melainkan memerlukan kerja sama interdisipliner dari profesi kesehatan lain sebagai satu kesatuan tim kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan, perawat merupakan tenaga kesehatan terdepan dan paling lama berinteraksi dengan klien. Karenanya, perawat harus mampu memelihara kerja sama yang efektif dengan semua anggota tim kesehatan, begitu pun sebaliknya. *Keenam*, menciptakan iklim yang menunjang kegiatan pendidikan bagi perkembangan tenaga keperawatan. Pendidikan keperawatan harus berimbang antara teori dan praktik, sebab keperawatan adalah ilmu yang langsung berkaitan dengan "hidup dan matinya" manusia. Oleh karena itu, pendidikan keperawatan harus terus ditingkatkan dan disesuaikan dengan perkembangan zaman.

Manusia

Konsep Manusia

Manusia adalah makhluk hidup yang lebih sempurna dibandingkan dengan makhluk hidup yang lain. Konsep tentang manusia bermacam-macam. Ada yang menyatakan bahwa manusia adalah hewan yang berakal. Ada pula yang menyatakan manusia adalah

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

daksenangan dengan melawan atau mengatur pelepasan dorongan naluri agar sesuai dengan tuntutan dunia luar. Perbedaan utama antara id dan ego adalah ego bekerja sesuai dengan prinsip kenyataan dan mempunyai mekanisme pembelaan, sedangkan id hanya mementingkan diri sendiri untuk memenuhi kesenangan.

- c. *SUPER EGO*. Super ego merupakan pengembangan Id dalam tingkatan yang lebih tinggi daripada ego. Jika ego masih dekat hubungannya dengan id dan lebih bersandarkan pada prinsip kenyataan, super ego tidak begitu dekat dengan Id bahkan dapat bertentangan dengan Id. Super ego berlandaskan pada aspek etis atau tidak etis, pantas atau tidak pantas, salah atau benar. Pada prinsip super ego, pemenuhan kebutuhan harus selalu disesuaikan dengan nilai atau norma yang berlaku dalam masyarakat, termasuk keluarga. Dengan kata lain, super ego mencerminkan norma masyarakat yang berada dalam diri seseorang, yakni keharusan yang dituntut oleh lingkungan terhadap dirinya melalui perkembangan sejak masa kanak-kanak. Super ego dibentuk melalui proses internalisasi.

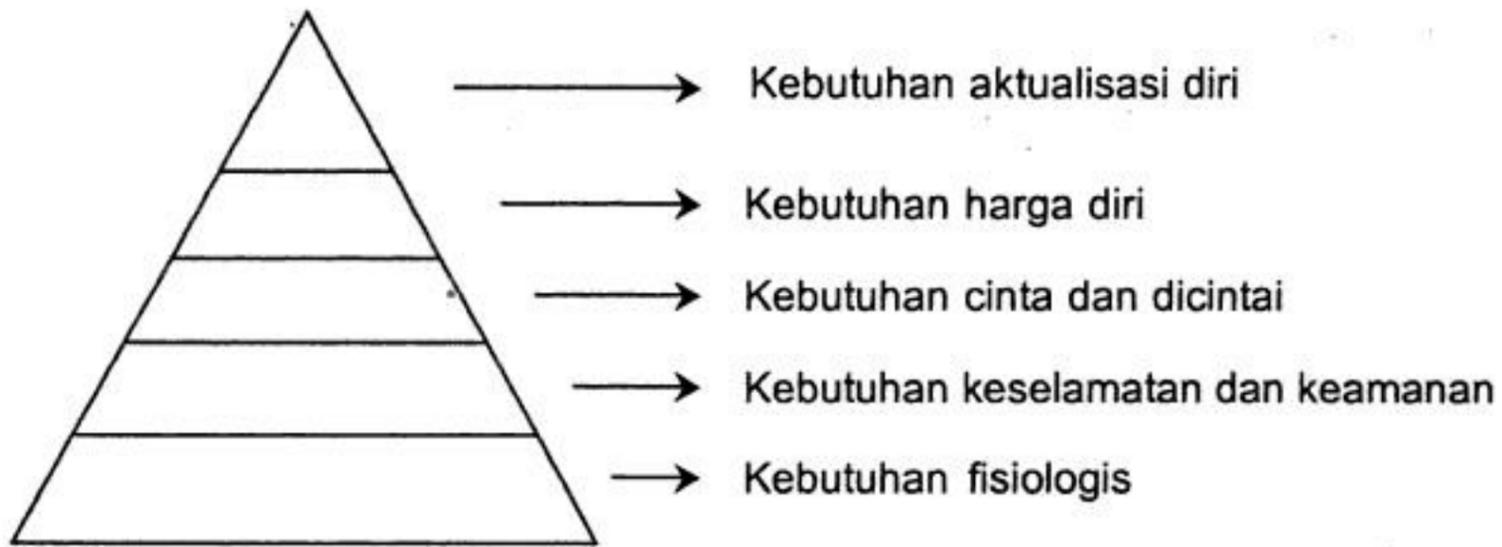
Id, ego, dan super ego hendaknya jangan dilihat sebagai tiga aspek yang terpisah. Id, ego, dan super ego lebih diartikan sebagai nama dari proses psikis yang tunduk pada sistem prinsip yang berbeda. Dalam diri seseorang yang jiwanya sehat, prinsip yang berbeda tersebut saling melengkapi. Ketiganya berfungsi sebagai suatu kesatuan komponen kepribadian manusia yang bersatu dan harmonis. Secara umum, sering disebutkan bahwa id merupakan komponen biologis dari kepribadian, ego sebagai komponen psikologis, dan super ego sebagai komponen sosiologisnya.

3. *Manusia sebagai makhluk sosial*. Sejak lahir, manusia tumbuh dan berkembang memerlukan bantuan orang lain. Menurut Aristoteles, manusia adalah makhluk *zoon politicon*. Artinya, manusia adalah makhluk sosial yang tidak bisa lepas dari orang lain dan selalu berinteraksi dengan mereka. Apalagi ketika sakit, manusia sangat membutuhkan bantuan orang lain. Sifat atau ciri manusia sebagai makhluk sosial akan terbentuk selama ma-

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



Gambar 2.2. Hierarki kebutuhan dasar Maslow.

(*deficiency motivation*) dan motivasi pertumbuhan/perkembangan (*growth motivation*) (Hasyim Muhammad, 2002). Motivasi kekurangan ditujukan untuk mengatasi permasalahan, yaitu ketegangan organistik berupa kekurangan. Sebagai contoh, lapar adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan nutrisi, haus adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan cairan dan elektrolit tubuh, sesak napas adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan oksigen tubuh, takut/cemas adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan rasa aman, dan sebagainya.

Motivasi pertumbuhan/perkembangan didasarkan atas kapasitas setiap manusia untuk tumbuh dan berkembang. Kapasitas ini merupakan pembawaan setiap manusia dan dapat mendorong manusia mencapai tingkat hierarki kebutuhan yang lebih tinggi, yaitu aktualisasi diri.

Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostasis tubuh. Sebagai syarat dasar, kebutuhan fisiologis ini mutlak terpenuhi. Jika tidak, ini dapat berpengaruh terhadap kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang tidak mampu memenuhi kebutuhan oksigen dapat mengalami ketidaknyamanan atau bahkan kematian. Peran perawat di sini adalah membantu klien memenuhi kebutuhan fisiologis mereka. Kebutuhan fisiologis tersebut meliputi oksigen, air, makanan, eliminasi, istirahat dan

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Dalam hidupnya, banyak hambatan dan rintangan yang ditemui seseorang dalam mencapai tingkat kebutuhan aktualisasi diri ini. Secara umum, hambatan tersebut terbagi menjadi dua. Pertama adalah *hambatan internal*. Hambatan ini berasal dari dalam diri individu sendiri, seperti ketidaktahuan akan potensi diri, keraguan, dan perasaan takut untuk mengungkapkan potensinya. Pada akhirnya, hal tersebut justru membuat potensi diri individu terus terpendam dan tidak tergal. Kedua, yaitu *hambatan eksternal*. Berbeda dengan hambatan internal, hambatan eksternal justru berasal dari luar diri individu. Contohnya adalah budaya masyarakat yang tidak mendukung upaya aktualisasi potensi diri seseorang, misalnya karena perbedaan karakter. Dengan kata lain, faktor lingkungan di masyarakat turut berpengaruh terhadap upaya perwujudan aktualisasi diri. Artinya, aktualisasi diri dapat dilakukan jika lingkungan mengizinkannya. Akan tetapi, pada kenyataannya, lingkungan masyarakat tidak sepenuhnya menunjang upaya aktualisasi diri yang dilakukan oleh anggotanya.

Abraham Maslow mendasarkan teorinya mengenai aktualisasi diri ini pada asumsi dasar bahwa manusia pada hakikatnya memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan. Dari sinilah manusia memiliki peluang untuk mengembangkan dirinya. Selain itu, pemenuhan kebutuhan aktualisasi diri didasarkan pada *growth motivation* seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Dalam proses pertumbuhannya, manusia dihadapkan pada dua pilihan bebas, yakni pilihan untuk maju (*progressive choice*) atau pilihan untuk mundur (*regressive choice*). Pilihan-pilihan ini akan menentukan arah perjalanan hidup manusia, apakah mendekati atau menjauhi kesuksesan mencapai aktualisasi diri. Jika *progressive choice* lebih mendominasi, individu akan semakin dekat dengan aktualisasi diri. Sebaliknya, jika *regressive choice* lebih mendominasi, individu akan semakin jauh dari aktualisasi diri. Seseorang yang telah mencapai aktualisasi diri akan memiliki kepribadian yang berbeda dengan orang lain pada umumnya. Menurut Abraham Maslow, ada beberapa karakteristik yang menunjukkan seseorang mencapai aktualisasi diri.

1. *Mampu melihat realitas secara lebih efisien.* Karakteristik/kapasitas ini memungkinkan seseorang untuk mengenali kebohongan, kecurangan, dan kepalsuan orang lain. Selain itu, ia akan mampu

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

dirinya dan alam semesta. Artinya, individu yang mampu mengaktualisasikan dirinya akan terbebas dari sekat-sekat, seperti suku, bahasa, agama, ketakutan, keraguan, dan sekat-sekat lainnya. Dengan demikian, individu akan memiliki sifat jujur, ikhlas, bersahaja, tulus hati, alami, sederhana, dan terbuka. Karakter-karakter ini merupakan cerminan orang yang berada pada pengalaman puncak (*peak experience*). Konsekuensinya, ia akan merasa bersyukur kepada Tuhan, orang tua, orang lain, alam semesta, dan segala sesuatu yang membuatnya memperoleh keberuntungan tersebut.

Sehat-Sakit

Konsep sehat-sakit adalah konsep yang kompleks dan multiinterpretasi. Banyak faktor yang memengaruhi kondisi sehat maupun sakit. Pengertian sehat-sakit juga beragam. Setiap individu, keluarga, masyarakat, maupun profesi kesehatan mengartikan sehat/sakit secara berbeda, bergantung pada paradigmanya.

Definisi Sehat

Berabad-abad lalu, sehat diartikan sebagai kondisi yang normal dan alami. Karenanya, segala sesuatu yang tidak normal dan bertentangan dengan alam dianggap sebagai kondisi tidak sehat yang harus dicegah. Sehat sendiri bersifat dinamis yang statusnya terus-menerus berubah. Kesehatan memengaruhi tingkat fungsi seseorang, baik dari segi fisiologis, psikologis, dan dimensi sosiokultural. Keadaan sehat/normal sendiri merupakan hal yang sulit didefinisikan. Setiap orang atau kelompok memiliki pemahaman yang berbeda mengenai hal tersebut. Meski rumit dan bervariasi, suatu keadaan bisa dikatakan normal/sehat setelah memenuhi parameter tertentu. Selanjutnya, konsep umum tentang keadaan normal/sehat akan menggunakan nilai rata-rata parameter tersebut sebagai acuannya. Nilai rata-rata tersebut dikenal dengan istilah nilai normal. Sebagai contoh, kadar natrium normal pada orang dewasa adalah 136–145 mmol/l. Secara umum, ada beberapa definisi sehat yang dapat dijadikan sebagai acuan.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

boro-boro untuk biaya kesehatan, untuk makan sehari-hari saja sulit. Indonesia yang belum pulih benar dari keterpurukan akibat krisis mengakibatkan semakin banyaknya penduduk yang miskin. Kondisi ini tentunya semakin memperkecil peluang masyarakat miskin untuk mendapatkan layanan kesehatan. Oleh sebab itu, perlu suatu program khusus untuk membantu masyarakat miskin mendapatkan layanan kesehatan. Beberapa di antara program tersebut adalah Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) dan asuransi kesehatan keluarga miskin (*askeskin*): Sayangnya, program ini sering kali disalahgunakan oleh pihak tertentu. Akibatnya, program yang ditujukan untuk rakyat miskin justru lebih banyak dimanfaatkan oleh orang kaya.

- d. *Sistem layanan kesehatan.* Sistem layanan kesehatan juga sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan individu dan masyarakat. Layanan kesehatan terdepan bukan semata berfokus pada pengobatan, tetapi juga pada pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Dalam sistem ini, kita tidak lagi menekankan upaya kuratif, melainkan upaya promotif dan preventif. Di Indonesia sendiri, kecenderungan perkembangan penyakit ditandai dengan meningkatnya penyakit degeneratif akibat peningkatan usia harapan hidup. Menyikapi hal tersebut, sistem layanan kesehatan juga harus berorientasi pada peningkatan kualitas hidup lansia.
3. *Lingkungan.* Lingkungan memberi pengaruh besar terhadap status kesehatan individu. Faktor lingkungan ini akan dibahas pada uraian mengenai konsep lingkungan yang memengaruhi kesehatan.
4. *Perilaku.* Perilaku merupakan faktor berikutnya yang memengaruhi status kesehatan. Sehat/sakitnya individu, keluarga, atau masyarakat dipengaruhi oleh perilakunya. Jika perilaku individu, keluarga, dan masyarakat sehat, dapat dipastikan akan sehat pula hasilnya. Begitu juga sebaliknya. Perilaku manusia bukan sesuatu yang berdiri sendiri, melainkan dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti pendidikan, adat istiadat, kepercayaan, kebiasaan, sosial ekonomi, dan sebagainya.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

jika pemeriksaan laboratorium dilakukan, kita akan dapat mendeteksi secara dini berbagai perubahan proses biologis yang terjadi akibat pengaruh agens. Keadaan ini secara klinis disebut stadium subklinis. Manifestasi klinis yang samar pada tahap awal perkembangan penyakit terjadi karena tubuh masih memiliki pertahanan untuk melawan serangan agens penyakit. Jika pertahanan ini melemah, manifestasi klinis penyakit akan mulai terlihat. Misalnya pada pasien kanker. Awalnya, klien tidak mengeluhkan adanya gangguan pada fisiologis tubuh. Akan tetapi, setelah kanker menjalar dan bermetastase, klien mulai merasakan berbagai keluhan pada tubuhnya. Perlu kita ketahui bahwa penyakit merupakan keadaan yang dinamis, bukan statis. Dengan demikian, manifestasi klinis suatu penyakit dapat berubah setiap saat jika mekanisme pertahanan tubuh seseorang bergeser ke arah yang lebih baik/kuat.

Perilaku Sakit

Saat seseorang jatuh sakit, ia akan menunjukkan berbagai perilaku sakit. Berikut ini adalah contoh beberapa perilaku sakit.

1. Tidak memegang tanggung jawab selama sakit. Orang yang sakit biasanya dibebaskan dari tanggung jawab yang diembannya sewaktu sehat. Jika yang sakit adalah ibu, tanggung jawab sebagai ibu rumah tangga akan dialihkan ke ayah (mis., mengurus anak-anak). Dengan kata lain, ibu dibebaskan dari tanggung jawabnya mengurus rumah tangga selama ia sakit. Begitu pula dalam kasus hukum. Jika si terdakwa sakit, pemeriksaan atau persidangan yang dilakukan atas dirinya akan ditunda sampai ia sehat kembali. Sayangnya, perilaku sakit ini sering kali dimanfaatkan oleh orang-orang yang tidak bertanggung jawab. Sebagai contoh, banyak koruptor yang berhasil melarikan diri dengan bermodalkan surat keterangan sakit guna berobat ke luar negeri.
2. Bebas dari tugas dan peran sosial. Dalam hubungan sosial, seseorang yang didiagnosis menderita penyakit akan dibebaskan dari segala tugas dan perannya di masyarakat. Sebagai contoh, jika ketua RT sakit, tugas dan perannya sebagai ketua RT akan dilimpahkan kepada wakilnya.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

saat salah seorang anggota keluarga sakit, keterlibatan keluarga dalam aktivitas sosial di masyarakat pun mengalami perubahan.

Peran Perawat dalam Konteks Sehat/Sakit

Tujuan keperawatan adalah membantu individu meraih kesehatan yang optimal dan tingkat fungsi maksimal yang mungkin diraih setiap individu. Peran perawat dalam konteks sehat/sakit adalah meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit. Kaitannya dengan hal tersebut, promosi kesehatan merupakan suatu upaya mengarahkan sejumlah kegiatan guna membantu klien mempertahankan atau meraih derajat kesehatan dan tingkat fungsi tertinggi-tingginya serta menikmati kenyamanan. Aktivitas keperawatan yang dapat dilakukan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan klien antara lain pendidikan dan konseling kesehatan. Lebih lanjut, pencegahan penyakit adalah upaya mengarahkan sejumlah kegiatan untuk melindungi klien dari ancaman kesehatan potensial. Dengan kata lain, pencegahan penyakit adalah upaya mengekang perkembangan penyakit, memperlambat kemajuan penyakit, dan melindungi tubuh dari berlanjutnya pengaruh yang lebih membahayakan. Terdapat tiga tingkat pencegahan, yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier.

1. *Pencegahan primer.* Pencegahan primer merupakan pencegahan yang dilakukan sebelum terjadinya patogenik. Tujuannya adalah untuk mencegah penyakit dan trauma. Secara umum, pencegahan primer meliputi promosi kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*). Promosi kesehatan dapat dilakukan melalui beberapa cara, antara lain pendidikan kesehatan, peningkatan gizi yang tepat, pengawasan pertumbuhan individu, konseling pernikahan, dan pemeriksaan kesehatan berkala. Perlindungan khusus dilakukan melalui upaya imunisasi, higiene personal, sanitasi lingkungan, perlindungan bahaya penyakit kerja, *avoidment allergic*, dan nutrisi khusus (mis., nutrisi untuk ibu hamil, nutrisi untuk bayi), dan lainnya.
2. *Pencegahan sekunder.* Pencegahan sekunder merupakan pencegahan yang dilakukan pada fase awal patogenik yang bertujuan untuk mendeteksi dan melakukan intervensi segera guna meng-

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

3

KONSEP PROFESI DALAM LINGKUP KEPERAWATAN

Konsep dan Karakteristik Profesi

Melihat kenyataan di masyarakat, untuk membedakan apakah suatu "pekerjaan" dianggap sebagai profesi atau pekerjaan ternyata tidaklah mudah. Profesi memiliki mekanisme aturan yang harus dipenuhi sebagai suatu ketentuan, sedangkan pekerjaan tidak memerlukan hal rumit semacam itu. Contoh yang dapat kita ambil adalah pemulung sampah. Pekerjaan ini tidak memerlukan suatu mekanisme aturan yang kompleks. Untuk melakukannya, seseorang hanya butuh kemauan untuk memungut sampah di jalan maupun di tempat sampah. Lain halnya dengan profesi perawat. Untuk menjadi seorang perawat, diperlukan mekanisme yang lebih rumit daripada pemulung sampah.

Profesi, menurut Paul F. Comenisch (1983), adalah suatu "komunitas moral" yang memiliki cita-cita dan nilai bersama. Seluruh anggota profesi tersebut dipersatukan oleh latar belakang pendidikan yang sama dan keahlian yang tidak dimiliki oleh orang lain. Karenanya, mereka memiliki kewenangan sendiri dan tanggung jawab yang khusus. Pada hakikatnya, profesi merupakan suatu pernyataan atau suatu janji terbuka yang menegaskan bahwa individu akan mengabdikan dirinya kepada suatu pekerjaan tertentu karena dirinya merasa terpanggil untuk menjalani pekerjaan itu.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

pedoman bagi perawat dalam menjalankan profesinya. Dengan demikian, setiap tindakan yang dilakukan perawat terhadap klien harus sudah dilandasi oleh pertimbangan yang logis, sistematis, dan etis.

Keilmuan keperawatan didukung dan ditopang oleh ilmu-ilmu yang lain. Sasaran layanan keperawatan adalah klien, baik sebagai individu, keluarga, maupun komunitas. Karenanya, perawat harus menguasai teori-teori yang menyangkut aspek individu, keluarga, maupun masyarakat yang mencakup anatomi, fisiologi, ilmu kesehatan keluarga, serta ilmu kesehatan masyarakat. Lebih dari itu, sebagai tenaga kesehatan yang paling lama berinteraksi dengan klien, perawat juga harus menguasai teori-teori yang berkenaan dengan komunikasi, psikologi, dan sosiologi. Jadi, apapun tindakan yang dilakukan perawat terhadap klien, keputusan tersebut harus dilandasi oleh teori keilmuan.

5. ***Berorientasi pada asuhan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan manusia.*** Tugas utama perawat adalah memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Fokus orientasi ini telah memberi implikasi yang sangat besar. Perawat yang berorientasi untuk memberikan asuhan kepada klien akan bersikap ramah, sopan, dan selalu siap membantu klien. Perawat akan lebih peduli terhadap klien sehingga kesan negatif tentang perawat, seperti *judes, rewel*, atau kurang ramah akan hilang dengan sendirinya. Klien akan merasa nyaman berada dekat perawat dan ia akan selalu "merindukan" kehadiran perawat. Perawat hadir untuk membantu menyelesaikan masalah klien, bukan justru menambah masalah mereka. Oleh karena itu, perawat sebagai *penolong* klien harus berorientasi untuk memenuhi kebutuhan klien.
6. ***Asuhan yang diberikan didasarkan atas kebutuhan objektif.*** Walaupun perawat berorientasi kepada klien, bukan berarti segala keinginan klien harus dipenuhi. Perawat harus mampu menganalisis dan menyeleksi mana yang menjadi kewenangannya. Klien yang dirawat tentu memiliki masalah dalam dirinya, baik secara fisik maupun psikologis. Peran perawat di sini adalah memberi asuhan kepada klien guna memenuhi kebutuhannya. Untuk mewujudkannya, perawat harus menggunakan suatu metodologi yang disebut proses keperawatan. Melalui proses



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

standar profesi keperawatan, rekomendasi perizinan praktik keperawatan, pencapaian angka kredit bagi anggotanya, dan sebagainya.

Selain PPNI, peran pemerintah dalam pengembangan profesi keperawatan juga tidak kalah pentingnya. Pemerintah diharapkan mau mendorong dan bekerja sama dengan PPNI serta melibatkan PPNI secara aktif di dalam perencanaan, pendayagunaan, pengawasan, dan pembuatan kebijakan terkait kesehatan—terutama yang menyangkut tenaga keperawatan. Salah satu alasannya adalah karena perawat merupakan profesi kesehatan yang menyangkut hajat hidup umat manusia, tanpa membedakan suku, ras, pangkat, jabatan, golongan, agama, status sosial-ekonomi, ataupun aliran politik.

Baik pemerintah maupun PPNI, keduanya harus berusaha semaksimal mungkin untuk meningkatkan kualitas perawat dan keperawatan melalui upaya pelatihan dan pendidikan berkelanjutan. PPNI sendiri harus bisa menjadi kekuatan politis yang dapat memengaruhi kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan. Tanpa kekuatan politis, perawat dapat diibaratkan buih di lautan. Meskipun banyak, tetapi tidak memiliki kekuatan sehingga profesi perawat akan termajinalkan. Oleh karena itu, PPNI harus mampu melaksanakan koordinasi yang baik dengan pemerintah, sesama organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, organisasi lain, serta masyarakat. Koordinasi ini dilakukan dalam rangka meningkatkan profesionalisme keperawatan.

Dari kesembilan karakteristik profesional di atas, dapat disimpulkan bahwa keperawatan sebagai suatu profesi harus didukung oleh perilaku profesional setiap pribadi perawat. Beberapa ciri esensial perilaku profesional keperawatan, antara lain:

- a. berdasarkan ilmu pengetahuan standar dan sistemik yang bermutu tinggi;
- b. berorientasi utama pada kepentingan klien, bukan kepentingan pribadi;
- c. memiliki pengendalian diri yang sungguh-sungguh melalui kode etik keperawatan;
- d. kegiatannya didasarkan pada proses berpikir ilmiah;
- e. ada upaya pengembangan diri yang terus-menerus;

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

jelaskan sejarah perkembangan keperawatan secara umum. Penjelasan ini akan terbagi ke dalam lima zaman, yaitu zaman purba, zaman permulaan masehi, zaman pertengahan, zaman baru, dan zaman modern.

Zaman Purba

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, keperawatan sudah ada sejak adanya manusia di muka bumi ini. Bisa dikatakan, keperawatan sudah ada sejak zaman purba. Pendapat ini didukung oleh kenyataan bahwa keperawatan awalnya adalah kegiatan yang dilakukan atas dasar "*mother instinct*". Setiap manusia pasti memiliki naluri. Jadi, bisa dikatakan naluri keperawatan ada dalam setiap pribadi manusia.

Perkembangan keperawatan pada zaman purba juga dipengaruhi oleh agama atau kepercayaan. Penduduk Mesir (5000 SM) menyembah dewa Iris untuk meminta kesembuhan bagi orang yang sakit dan mendirikan kuil sebagai rumah sakit. Raja Asoka di India mendirikan sekolah-sekolah untuk mendidik para calon perawat, sedangkan penduduk Yunani mengenal dewa pengobatan yang disebut Aesculapius dan membangun kuil menyerupai sanatorium untuk merawat orang-orang yang sakit. Di Romawi, pemerintahnya mendirikan rumah sakit dan memanfaatkan tenaga budak—laki-laki atau perempuan yang berkelakuan baik—sebagai perawat.

Zaman Permulaan Masehi

Zaman ini dipengaruhi oleh perkembangan dan penyebaran dua agama besar, yakni Kristen dan Islam. Kristen mengenalkan keperawatan dengan pekerjaan yang dilakukan oleh biarawati, sedangkan Islam mengenalkan ilmu pengetahuan yang sangat maju dalam bidang pengobatan dan keperawatan yang dilandasi oleh kasih sayang. Banyak orang yang akhirnya beralih ke Negara Islam Timur Tengah untuk mempelajari berbagai ilmu pengetahuan, termasuk ilmu pengobatan dan perawatan. Pada zaman ini, muncul tokoh Islam yang sangat terkenal dalam bidang kedokteran, yaitu Ibnu Sina.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Pada tahun 1852, Dr. W. De Bosch mendirikan Sekolah Dokter Jawa yang kemudian berkembang menjadi STOVIA (1898). Ia juga menyelenggarakan program persiapan pendidikan kebidanan pada tahun 1852, walaupun pada akhirnya program ini ditutup pada tahun 1875. Pada tahun yang sama (1875), pemerintah mendirikan rumah sakit jiwa pertama di Bogor, diikuti dengan rumah sakit jiwa Lawang (1894) dan rumah sakit jiwa Magelang (1923). Dengan semakin banyaknya rumah sakit jiwa yang berdiri, dibukalah pendidikan perawat jiwa pada tahun 1940 di Bogor.

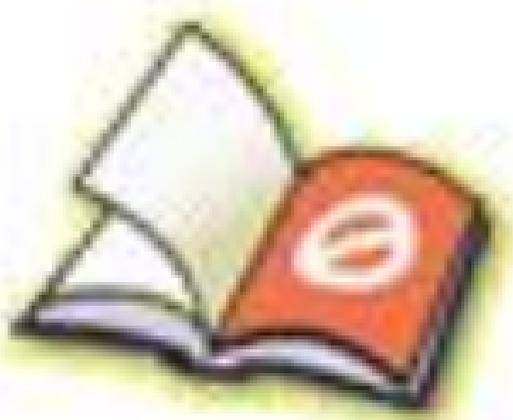
Selain rumah sakit pemerintah, di Indonesia berkembang pula sejumlah rumah sakit swasta. Di antaranya adalah rumah sakit Cikini di Jakarta, St. Carolus di Jakarta, St. Borromeus di Bandung, dan Elisabeth di Semarang. Seiring dengan kemajuan tersebut, pemerintah pun mulai mendirikan sekolah pendidikan bagi perawat. Sekolah pendidikan keperawatan pertama didirikan di RS. Cikini pada tahun 1900.

Zaman Penjajahan Jepang (1942-1945)

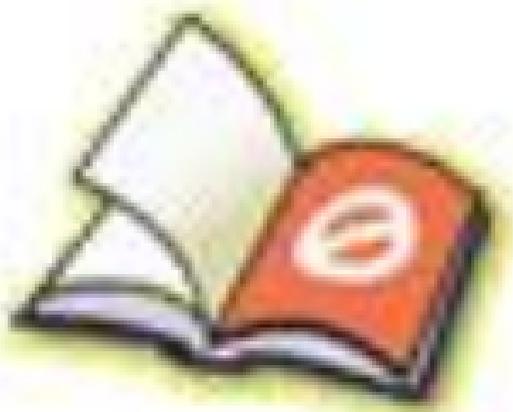
Pada zaman penjajahan Jepang, keperawatan di Indonesia boleh dikatakan mengalami kemunduran. Tampuk kepemimpinan rumah sakit diambil alih oleh Jepang dan sebagian lagi dipegang oleh bangsa Indonesia. Pada masa ini, wabah penyakit menyebar di mana-mana akibat minimnya suplai obat-obatan. Tidak hanya itu, kita bahkan terpaksa menggunakan daun pisang dan pelepah batang pisang sebagai ganti balutan yang persediaannya sangat tipis. Dapat dikatakan, zaman penjajahan Jepang merupakan zaman yang sungguh tidak manusiawi.

Zaman Kemerdekaan Sampai Sekarang (1945-Sekarang)

Pada awal kemerdekaan, ditemui banyak sekali kekurangan pada kondisi perumahsakit dan perawatan di Indonesia, di antaranya adalah suplai obat-obatan yang minim. Kondisi ini lambat laun mulai mengalami perubahan, terutama dengan didirikannya sejumlah institusi pendidikan keperawatan sampai jenjang perguruan tinggi.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

Prinsip etika keperawatan yang harus selalu diperhatikan dan dijadikan pedoman oleh perawat di dalam memberikan asuhan keperawatan antara lain:

1. **Keadilan (*justice*)**. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat tidak boleh membedakan klien berdasarkan suku, agama, ras, status sosial-ekonomi, politik, ataupun atribut lainnya. Setiap klien berhak mendapatkan layanan keperawatan yang terbaik. Dengan kata lain, tidak ada perbedaan kualitas layanan keperawatan untuk klien. Semua klien berhak dilayani dengan adil dan baik oleh perawat.
2. **Otonomi (*autonomy*)**. Perawat harus berpegang pada prinsip bahwa setiap manusia berhak menentukan segala sesuatu atas dirinya. Kaitannya di sini, setiap klien berhak menyetujui atau menolak segala bentuk tindakan yang akan dilakukan padanya. Perawat harus menghormati otonomi klien. Salah satunya dengan melibatkan klien dan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan klien. Untuk itu, ada beberapa hal yang harus dilakukan oleh perawat terkait hak otonomi klien.
 - a. Sebelum melakukan intervensi keperawatan, perawat terlebih dahulu menjelaskan kepada klien dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan. Informasi ini mencakup definisi, tujuan, prosedur tindakan, maupun akibat yang mungkin timbul pada klien.
 - b. Perawat tidak boleh memaksa atau menekan klien agar menerima tindakan yang akan dilakukan padanya. Karenanya, perlu ada persetujuan (*informed consent*) dari pihak klien atau keluarga sebelum melakukan tindakan tertentu.
 - c. Perawat harus menghormati nilai-nilai yang dianut klien. Karenanya, perawat perlu menyamakan persepsinya dengan persepsi klien.
3. **Manfaat (*beneficence*)**. Setiap tindakan yang dilakukan oleh perawat harus memberi manfaat pada klien. Jangan sampai tindakan yang dilakukan perawat mendatangkan kerugian bagi klien. Kemanfaatan tindakan perawat dapat dirasakan jika tindakan tersebut dapat mengatasi masalah klien dan tidak menimbulkan bahaya pada mereka. Perawat harus selalu ber-

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- b. Pengorganisasian (*organizing*). Fungsi ini meliputi proses mengatur dan mengalokasikan pekerjaan, wewenang, serta sumber daya keperawatan sehingga tujuan keperawatan dapat dicapai.
- c. Gerak aksi (*actuating*). *Actuating* atau disebut juga "gerak aksi" mencakup kegiatan yang dilakukan oleh seorang manajer keperawatan untuk mengawali dan melanjutkan kegiatan yang telah ditetapkan dalam unsur perencanaan dan pengorganisasian agar dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam melaksanakan fungsi *actuating*, seorang manajer keperawatan harus mampu menetapkan dan memuaskan kebutuhan manusiawi para staf keperawatan, memberi penghargaan, memimpin, mengembangkan, serta memberi kompensasi kepada mereka.
- d. Pengelolaan staf (*staffing*). Fungsi *staffing* mencakup memperoleh, menempatkan, dan mempertahankan anggota/staf pada posisi yang dibutuhkan dalam pekerjaan keperawatan.
- e. Pengarahan (*directing*). Seorang manajer keperawatan harus mampu memberikan arahan kepada staf keperawatan sehingga mereka menjadi perawat yang berpengetahuan dan mampu bekerja secara efektif guna mencapai sasaran yang telah ditetapkan.
- f. Pengendalian (*controlling*). Tugas-tugas dalam fungsi ini mencakup kelanjutan tugas untuk melihat apakah kegiatan yang dilaksanakan oleh staf keperawatan telah berjalan sesuai dengan rencana.

Fungsi manajerial dilaksanakan di tiap tingkatan manajemen, baik *first level manager*, *middle manager*, maupun *top manager*. Oleh karena itu, untuk dapat melaksanakan peran manajer dengan baik, seorang perawat harus memiliki keterampilan manajerial yang meliputi *technical skill*, *human skill*, dan *conceptual skill*. *Technical skill* adalah kemampuan untuk menggunakan pengetahuan, metode, teknik, dan peralatan yang diperlukan dalam melaksanakan tugas-tugas manajerial. *Human skill* mencakup kemampuan untuk bekerja sama, memahami, dan memotivasi orang lain, baik individu maupun kelompok. Dengan

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

- b. *Nursing is laughing*. Artinya, perawat harus mempunyai keyakinan bahwa senyum merupakan suatu kiat dalam memberikan asuhan keperawatan guna meningkatkan rasa nyaman klien.
- c. *Nursing is touching*. Artinya, sentuhan perawat sangat berarti dalam menenangkan dan meningkatkan kenyamanan klien sehingga dapat mempercepat penyembuhannya. Sentuhan yang dilakukan tentunya bersifat terapeutik dan dilakukan pada saat yang tepat.
- d. *Nursing is helping*. Artinya, perawat berkeyakinan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan adalah untuk menolong klien. Ini dilakukan dengan sepenuh hati, ikhlas/tulus, tanpa ada tendensi tertentu yang sifatnya pribadi.
- e. *Nursing is believing in orther*. Artinya, perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat/kemauan serta kemampuan untuk meningkatkan status kesehatannya.
- f. *Nursing is trusting*. Artinya, perawat dalam melaksanakan pekerjaannya harus menjaga dan memelihara kepercayaan klien dengan cara terus-menerus meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.
- g. *Nursing is believing in self*. Artinya, perawat harus memiliki kepercayaan diri dalam menjalankan profesinya. Perawat harus meyakini bahwa keperawatan merupakan profesi yang luhur dan memiliki peran strategis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- h. *Nursing is learning*. Artinya, perawat harus selalu belajar dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan profesional melalui asuhan keperawatan yang diberikan.
- i. *Nursing is respecting*. Artinya, perawat harus memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan kepada orang lain (klien dan keluarganya) dengan menjaga kepercayaan dan rahasia klien.
- j. *Nursing is listening*. Artinya, perawat harus mau menjadi pendengar yang baik ketika klien berbicara atau mengeluh.
- k. *Nursing is doing*. Artinya, perawat melakukan pengkajian dan intervensi keperawatan dengan didasarkan atas pengetahuan yang ia miliki. Tujuannya adalah untuk memberikan rasa

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

(metode ilmiah). Pendapat lain mengatakan bahwa ilmu adalah proses perbaikan diri secara bersinambungan yang meliputi perkembangan teori dan uji empiris.

Menurut tujuannya, ilmu dapat dibagi menjadi dua kategori besar, yaitu ilmu teoretis dan ilmu praktis (Poespoprodjo, 1999). Ilmu teoretis adalah ilmu yang berupaya menjelaskan pengertian yang benar demi pengertian itu sendiri. Tujuan utamanya adalah agar individu mengerti keadaan yang sebenarnya, bukan untuk diterapkan. Ilmu praktis adalah ilmu yang langsung diarahkan pada pemanfaatan ilmu itu sendiri. Ilmu praktis ini mencakup aspek normatif dan positif. Ilmu praktis normatif menentukan bagaimana seseorang harus berbuat (mis., etika, ilmu hukum, ilmu ekonomi, dan sebagainya), sedangkan ilmu praktis positif menentukan bagaimana seseorang berbuat sesuatu (mis., ilmu kedokteran, ilmu keperawatan, ilmu pertanian, ilmu teknik, dan sebagainya). Walaupun sulit untuk dibedakan, kedua ilmu tersebut saling melengkapi. Satu hal yang pasti, ilmu teoretis dapat berdiri sendiri, sedangkan ilmu praktis selalu berdasarkan ilmu teoretis.

Semua ilmu adalah baik, dan buah atau hasil dari ilmu adalah ibadah (amal baik). Ilmu seharusnya mampu mendorong seseorang untuk berbuat dan berperilaku baik demi kemaslahatan seluruh umat manusia. Di sisi lain, ilmu juga bisa berubah menjadi senjata yang menyerang kita jika dimanfaatkan dengan cara yang salah. Sebagai ilmu yang luhur, ilmu keperawatan harus bisa menciptakan perawat yang baik dan berkualitas guna meningkatkan pelayanan kepada klien. Akan tetapi, jika dimanfaatkan untuk tujuan yang tidak benar, ilmu keperawatan juga bisa menimbulkan penderitaan bagi umat manusia. Jadi, penyimpangan dalam pemanfaatan ilmu menyebabkan ilmu tersebut tidak memberi manfaat yang baik.

Suatu pengetahuan bisa dikategorikan sebagai ilmu jika memiliki karakteristik berikut ini.

1. Mempercepat rasional sebagai alat untuk memperoleh pengetahuan yang benar.
2. Mempunyai alur pikir yang logis dan konsisten dengan pengetahuan yang telah ada.
3. Melalui pengujian empiris sebagai kriteria kebenaran objektif.
4. Memiliki mekanisme yang terbuka terhadap koreksi.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

jala alamiah yang timbul merupakan hal yang konkret dan dapat ditangkap oleh pancaindra manusia.

Masalah utama yang timbul dalam penyusunan pengetahuan secara empiris adalah kecenderungan pengetahuan tersebut menjadi suatu kumpulan fakta. Sayangnya, kumpulan fakta tersebut belum tentu konsisten. Selama menggunakan metode ini, kita mungkin akan menemukan hal-hal yang sifatnya kontradiktif, sebab metode empiris memang mempunyai beberapa kelemahan. Kelemahan pertama adalah indra manusia yang terbatas. Keterbatasan indra ini menimbulkan ketidaksesuaian antara hasil yang dilaporkan dan objek yang sebenarnya. Benda yang jauh dapat terlihat kecil, padahal sebenarnya benda tersebut besar. Kelemahan yang kedua adalah indra yang menipu. Maksudnya, sesuatu yang ditangkap oleh indra bisa saja bertentangan dengan kebenaran dari objek tersebut. Sebagai contoh, jari tangan yang normalnya lurus akan terlihat pendek dan tidak lurus saat dimasukkan ke dalam air. Kelemahan ketiga adalah objek yang menipu (mis., fatamorgana).

Kekeliruan indra ini harus dikoreksi melalui eksperimen. Eksperimen di sini tentu harus mempunyai ukuran yang jelas dan baku. Sebagai contoh, suhu tubuh bisa dikatakan panas jika memenuhi ukuran derajat panas tertentu. Dengan kata lain, metode empiris merupakan suatu bukti terukur. Karenanya, empirisme harus dijelaskan melalui pandangan rasional. Kerja sama antara empirisme dan rasionalisme atau rasionalisme dan empirisme ini melahirkan suatu metode sains (*scientific method*) yang kemudian melahirkan pengetahuan sains (*scientific knowledge*). Dalam bahasa Indonesia, pengetahuan sains sering disebut dengan pengetahuan ilmiah atau ilmu pengetahuan (Tafsir, 2001). Selain rasionalisme dan empirisme, pengetahuan juga diperoleh melalui intuisi/wahyu/ilham.

Intuisi/Wahyu/Ilham

Intuisi merupakan pengetahuan yang diperoleh tanpa melalui proses penalaran tertentu. Seseorang yang pikirannya sedang terpusat pada suatu masalah, tiba-tiba saja menemukan jawaban atas permasalahan tersebut tanpa harus melalui proses berpikir yang pan-

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.

*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

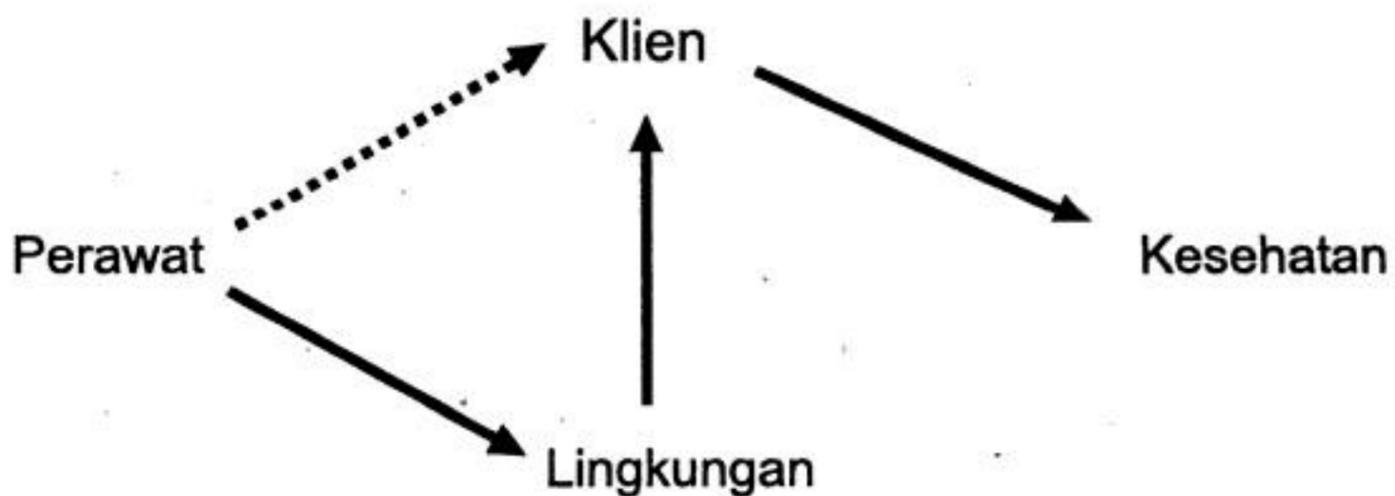
*image
not
available*

*image
not
available*

*image
not
available*

matahari. Nightingale yakin sinar matahari dapat memberi manfaat yang besar bagi kesehatan klien. Karenanya, perawat juga perlu membawa klien berjalan-jalan keluar untuk merasakan sinar matahari selama tidak terdapat kontraindikasi. Fokus perawatan klien menurut Nightingale adalah pada kebersihan. Ia berpendapat, kondisi kesehatan klien sangat dipengaruhi oleh tingkat kebersihan, baik kebersihan klien, perawat, maupun lingkungan.

Selain kelima komponen lingkungan di atas, seorang perawat juga harus memerhatikan kehangatan, ketenangan, dan makanan klien.



Gambar 5.1. Model teori Nightingale.

Asumsi Utama Teori Nightingale

Nightingale percaya bahwa setiap wanita dapat menjadi perawat—tentu dalam pengertian perawatan sebagai wujud tanggung jawab seseorang terhadap kesehatan. Menurut Nightingale, selama perawatannya, klien berada dalam kondisi pasif yang tidak memengaruhi perawat maupun lingkungan. Ini terlihat pada Gambar 5.1.

Nightingale mendefinisikan kesehatan sebagai kondisi sejahtera dan mampu memanfaatkan setiap daya yang dimiliki hingga batas maksimal, sedangkan penyakit merupakan proses perbaikan yang dilakukan tubuh untuk membebaskan diri dari gangguan yang dialami sehingga individu dapat kembali sehat. Prinsip perawatan adalah menjaga agar proses reparatif ini tidak terganggu

*image
not
available*

*image
not
available*

gantungan. Individu akan meraih atau mempertahankan kesehatan bila mereka memiliki kekuatan, kehendak, serta pengetahuan yang cukup.

4. **Lingkungan.** Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan terkait dengan aspek lingkungan.
 - a. Individu yang sehat mampu mengontrol lingkungan mereka, namun kondisi sakit akan menghambat kemampuan tersebut.
 - b. Perawat harus mampu melindungi pasien dari cedera mekanis.
 - c. Perawat harus memiliki pengetahuan tentang keamanan lingkungan.
 - d. Dokter menggunakan hasil observasi dan penilaian perawat sebagai dasar dalam memberikan resep.
 - e. Perawat harus meminimalkan peluang terjadinya luka melalui saran-saran tentang konstruksi bangunan dan pemeliharaannya.
 - f. Perawat harus tahu tentang kebiasaan sosial dan praktik keagamaan untuk memperkirakan adanya bahaya.

Dalam pemberian layanan kepada klien, terjalin hubungan antara perawat dan klien. Menurut Henderson, hubungan perawat-klien terbagi dalam tiga tingkatan, mulai dari hubungan sangat bergantung hingga hubungan sangat mandiri.

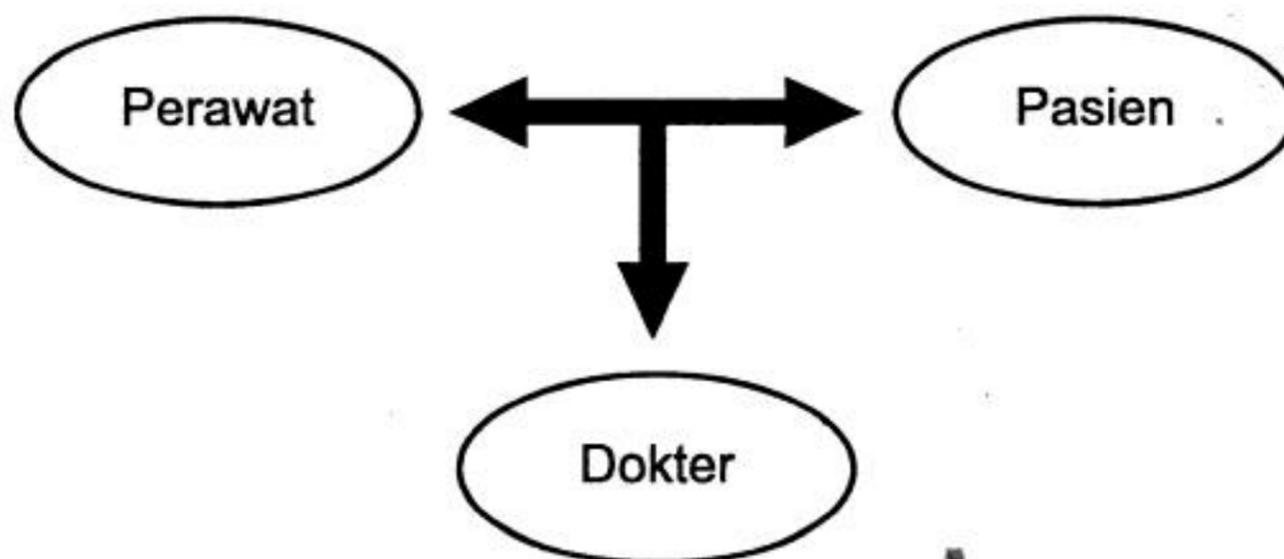
1. Perawat sebagai pengganti (*substitute*) bagi pasien.
2. Perawat sebagai penolong (*helper*) bagi pasien.
3. Perawat sebagai mitra (*partner*) bagi pasien.

Pada situasi pasien yang gawat, perawat berperan sebagai pengganti (*substitute*) di dalam memenuhi kekurangan pasien akibat kekuatan fisik, kemampuan, atau kemauan pasien yang berkurang. Di sini perawat berfungsi untuk "melengkapinya". Setelah kondisi gawat berlalu dan pasien berada pada fase pemulihan, perawat berperan sebagai penolong (*helper*) untuk menolong atau membantu pasien mendapatkan kembali kemandiriannya. Kemandirian ini sifatnya relatif, sebab tidak ada satu pun manusia yang tidak bergantung pada orang lain. Meskipun demikian, perawat berusaha keras saling bergantung demi mewujudkan kesehatan pasien. Sebagai mitra (*partner*), perawat dan pasien bersama-sama merumus-

kan rencana perawatan bagi pasien. Meski diagnosis berbeda, setiap pasien tetap memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Hanya saja, kebutuhan dasar tersebut dimodifikasi berdasarkan kondisi patologis dan faktor lainnya, seperti usia, tabiat, kondisi emosional, status sosial atau budaya, serta kekuatan fisik dan intelektual.

Kaitannya dengan hubungan perawat-dokter, Henderson berpendapat bahwa perawat tidak boleh selalu tunduk mengikuti perintah dokter. Henderson sendiri mempertanyakan filosofi yang membolehkan seorang dokter memberi perintah kepada pasien atau tenaga kesehatan lainnya. Tugas perawat adalah membantu pasien dalam melakukan manajemen kesehatan ketika tidak ada tenaga dokter. Rencana perawatan yang dirumuskan oleh perawat dan pasien harus dijalankan sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi rencana pengobatan yang ditentukan oleh dokter. Hubungan perawat-pasien-dokter menurut Henderson dapat digambarkan sebagai berikut.

Keyakinan dan Tata Nilai Teori Henderson



Gambar 5.3. Hubungan perawat-pasien-dokter.

Fokus keperawatan pada teori Henderson adalah klien yang memiliki keterikatan hidup secara individual selama daur kehidupan, dari fase ketergantungan hingga kemandirian sesuai dengan usia, keadaan, dan lingkungan. Perawat merupakan penolong utama klien dalam melaksanakan aktivitas penting guna memelihara dan

memulihkan kesehatan klien atau mencapai kematian yang damai. Bantuan ini diberikan oleh perawat karena kurangnya pengetahuan, kekuatan, atau kemauan klien dalam melaksanakan 14 komponen kebutuhan dasar.

Aplikasi Teori Henderson dalam Proses Keperawatan

Definisi ilmu keperawatan Henderson dalam kaitannya dengan praktik keperawatan menunjukkan bahwa perawat memiliki tugas utama sebagai pemberi asuhan keperawatan langsung kepada pasien. Manfaat asuhan keperawatan ini terlihat dari kemajuan kondisi pasien, yang semula bergantung pada orang lain menjadi mandiri. Perawat dapat membantu pasien beralih dari kondisi bergantung (*dependent*) menjadi mandiri (*independent*) dengan mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan, serta mengevaluasi 14 komponen penanganan perawatan dasar.

Pada tahap penilaian (pengkajian), perawat menilai kebutuhan dasar pasien berdasarkan 14 komponen di atas. Dalam mengumpulkan data, perawat menggunakan metode observasi, indra penciuman, peraba, dan pendengaran. Setelah data terkumpul, perawat menganalisis data tersebut dan membandingkannya dengan pengetahuan dasar tentang sehat-sakit. Hasil analisis tersebut menentukan diagnosis keperawatan yang akan muncul. Diagnosis keperawatan, menurut Henderson, dibuat dengan mengenali kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhannya—dengan atau tanpa bantuan—serta dengan mempertimbangkan kekuatan atau pengetahuan yang dimiliki individu.

Tahap perencanaan, menurut Henderson, meliputi aktivitas penyusunan rencana perawatan sesuai kebutuhan individu—termasuk di dalamnya perbaikan rencana jika ditemukan adanya perubahan—serta dokumentasi bagaimana perawat membantu individu dalam keadaan sakit atau sehat. Selanjutnya, pada tahap implementasi, perawat membantu individu memenuhi kebutuhan dasar yang telah disusun dalam rencana perawatan guna memelihara kesehatan individu, memulihkannya dari kondisi sakit, atau membantunya meninggal dalam damai. Intervensi yang diberikan perawat sifatnya individual, bergantung pada prinsip fisiologis, usia, latar belakang budaya, keseimbangan emosional, dan kemam-

puan intelektual serta fisik individu. Terakhir, perawat mengevaluasi pencapaian kriteria yang diharapkan dengan menilai kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Imogene King

Imogene King lahir pada tahun 1923. Ia meraih diploma dalam ilmu keperawatan dari St. John's Hospital School of Nursing di St. Louis pada tahun 1945. Kemudian, ia bekerja sebagai perawat kantor, perawat sekolah, perawat karyawan, dan perawat pribadi untuk membiayai pendidikan kesariaannya. Pada tahun 1948, King menerima gelar Bachelor of Science in Nursing dari St. Louis University, sedangkan gelar M.S.N. keperawatan ia raih pada tahun 1957 dari St. Louis University. Pada tahun 1961, King meraih gelar Doktor of Education bidang pendidikan dari Teacher's College, Columbia University di New York dan terakhir gelar Ph.D. dari Southern Illinois University pada tahun 1980.

Dari tahun 1961 hingga 1966, King menjabat sebagai *associate professor* untuk ilmu keperawatan di Universitas Loyola, Chicago. Di situ ia mengembangkan program gelar master di bidang ilmu keperawatan dengan menggunakan kerangka kerja konseptual. Pada tahun 1971, ia memublikasikan bukunya yang berjudul *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior* dilanjutkan dengan buku *A Theory for Nursing: System, Concepts, Process* pada tahun 1981. Ide penerbitan buku ini timbul setelah King melihat banyaknya ilmu pengetahuan keperawatan yang tersedia dan perawat kesulitan untuk memilih fakta-fakta dan konsep-konsep yang relevan dengan situasi yang ada.

Di dalam pendahuluan buku *Toward a Theory for Nursing*, King mengusulkan sebuah kerangka konsep keperawatan dan bukan teori keperawatan. King mengidentifikasi kerangka konsep sebagai kerangka konsep sistem terbuka dan teori sebagai satu tujuan yang dicapai.

Kerangka Konsep Sistem Terbuka

King memperkenalkan beberapa asumsi sebagai dasar kerangka konseptualnya.

1. **Keperawatan.** Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi yang ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan masyarakat. Tujuan keperawatan adalah menolong individu mempertahankan kesehatannya sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Keperawatan dipandang sebagai proses interpersonal aksi, reaksi, interaksi, dan transaksi sehingga model keperawatan King dikenal sebagai "*An Interaction Model*".
2. **Individu.** Asumsi spesifik King mengenai individu adalah individu sebagai makhluk sosial, individu sebagai makhluk berakal, individu sebagai makhluk rasional, individu sebagai makhluk perasa, individu sebagai makhluk pengontrol, individu sebagai makhluk yang bertujuan, individu sebagai makhluk berorientasi tindakan, dan individu sebagai makhluk berorientasi waktu. Menurut King, individu mempunyai hak untuk mengetahui berbagai hal menyangkut dirinya, hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang memengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka, serta hak untuk menerima atau menolak perawatan kesehatan.
3. **Kesehatan.** Kesehatan dipandang sebagai bagian dinamis dalam lingkaran kehidupan, sedangkan penyakit merupakan bagian dalam lingkaran kehidupan tersebut. Kesehatan memengaruhi upaya adaptasi yang terus-menerus terhadap kondisi stres, baik internal maupun eksternal, melalui pemanfaatan optimum sumber daya manusia guna meraih potensi maksimal bagi kehidupan keseharian.
4. **Lingkungan.** King menyatakan, "Pemahaman mengenai tata cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan merupakan inti bagi perawat". Sistem terbuka berimplikasi pada terciptanya interaksi antara sistem dan lingkungan yang memengaruhi perubahan lingkungan secara konstan.

Kerangka konsep sistem terbuka disusun atas tiga sistem interaksi, yakni sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial.

1. **Sistem personal.** Setiap individu adalah sistem personal yang mencakup persepsi, diri pribadi, pertumbuhan dan perkembangan, citra tubuh, ruang, dan waktu.
 - a. Persepsi. Persepsi, menurut King, adalah gambaran seseorang tentang objek, orang, dan kejadian. Persepsi setiap orang berbeda, bergantung pada pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan, dan status emosinya. Karenanya, persepsi dapat memengaruhi semua perilaku atau konsep lain yang berhubungan. Ciri-ciri persepsi adalah universal atau dialami oleh semua orang, subjektif, dan selektif untuk setiap orang.
 - b. Diri (*self*). Diri (*self*) adalah segala sesuatu tentang individu yang merupakan bagian dalam dirinya yang bisa dibedakan dengan bagian luar.
 - c. Pertumbuhan dan perkembangan. Tumbuh-kembang merupakan proses di sepanjang rentang kehidupan manusia yang meliputi perubahan sel, molekul, dan perilaku sehingga seseorang dapat bergerak dari keadaan potensial untuk mencapai aktualisasi diri.
 - d. Citra tubuh. Citra tubuh adalah cara seseorang merasakan tubuhnya dan reaksi lain terhadap penampilannya. Citra tubuh sifatnya subjektif dan sangat personal, dapat dipelajari, serta dinamis.
 - e. Ruang (*space*). Setiap orang memiliki ruang yang meliputi ruang untuk semua arah. Ruang ini berfungsi sebagai volume, arah, jarak, dan waktu berdasarkan persepsi individu terhadap situasi.
 - f. Waktu. Waktu merupakan masa yang bergerak terus-menerus dari masa lalu ke masa depan yang melekat dengan proses kehidupan. Waktu ini bersifat subjektif karena berdasarkan persepsi.
2. **Sistem interpersonal.** Jika komponen konsep sistem personal saling bertemu, akan terbentuk sistem interpersonal. Sistem

interpersonal dibentuk oleh interaksi antara dua orang atau lebih. Interaksi dua orang disebut *dyad*, tiga orang disebut *triad*, dan empat orang atau lebih disebut *group*. Sistem interpersonal meliputi beberapa konsep yang berkaitan, yaitu interaksi, komunikasi, transaksi, peran, dan stres.

- a. Interaksi. Menurut King, interaksi adalah proses persepsi dan komunikasi antara individu dan lingkungan dan antara individu dan individu, yang direpresentasikan oleh perilaku verbal dan non-verbal yang diarahkan untuk mencapai tujuan. Setiap individu (perawat dan klien) dalam berinteraksi membawa/memiliki pengetahuan, kebutuhan, tujuan, dan persepsi yang berbeda sehingga dapat memengaruhi proses interaksi.
- b. Komunikasi. Komunikasi didefinisikan sebagai proses pemberian informasi dari satu orang ke orang berikutnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Komunikasi merupakan komponen informasi dari interaksi.
- c. Transaksi. Transaksi didefinisikan King sebagai tujuan interaksi yang membawa pada pencapaian tujuan. Transaksi merupakan komponen penilaian dari interaksi manusia; di dalamnya termasuk tingkah laku yang dapat diobservasi.
- d. Peran. Menurut King, peran merupakan seperangkat perilaku yang diharapkan dari orang yang memiliki posisi dalam sistem sosial. Peran perawat dapat ditentukan jika perawat berinteraksi dengan satu atau lebih orang dalam situasi keperawatan. Perawat sebagai tenaga profesional menggunakan keterampilan psikomotor, kognitif, serta nilai-nilai keperawatan untuk mengidentifikasi tujuan dan membantu klien mencapai tujuan tersebut. Terjadinya konflik peran dalam diri perawat dapat menurunkan efektivitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
- e. Stres. Menurut King, stres adalah suatu keadaan yang dinamis setiap kali manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan, dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara individu dan lingkungannya. Meningkatnya stres dapat memengaruhi layanan kesehatan. Sistem

interpersonal bekerja sama satu sama lain akan membentuk sistem yang lebih besar, yaitu sistem sosial.

3. **Sistem sosial.** Sistem sosial didefinisikan sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik dan aturan yang ada. Contoh sistem sosial adalah keluarga, kelompok keagamaan, sistem pendidikan, kelompok teman seprofesi, dan sebagainya. Konsep yang berhubungan dengan sistem sosial adalah organisasi, kewenangan (*authority*), kekuasaan (*power*), status, dan pengambilan keputusan.

Teori Goal Attainment

Teori menurut King adalah sekumpulan konsep yang ketika dijelaskan memiliki hubungan dan dapat diamati dalam dunia praktik keperawatan. Teori yang dikembangkan King adalah "*Theory of Goal Attainment*" atau teori pencapaian tujuan. Teori ini diturunkan dari kerangka kerja konseptual sistem interpersonal sehingga fokusnya adalah pada sistem interpersonal dan interaksi yang terjadi antara perawat-klien (*dyad*). Sistem interaksi terbuka di atas dikembangkan berdasarkan teori pencapaian tujuan ini.

Teori pencapaian tujuan ini menggambarkan sifat hubungan perawat-klien yang membawa pada pencapaian tujuan. Teori ini tampaknya telah diterima dalam lahan praktik sebab salah satu fungsi profesi keperawatan adalah interaksi antara individu, grup, dan lingkungan. Ada tujuh hipotesis yang dikemukakan King pada teori pencapaian tujuan ini, yaitu:

1. Kesesuaian persepsi dalam interaksi perawat-klien akan meningkatkan penetapan tujuan bersama.
2. Komunikasi mendukung penetapan tujuan bersama antara perawat dan klien dan menghasilkan kepuasan.
3. Kepuasan perawat dan klien meningkatkan pencapaian tujuan.
4. Pencapaian tujuan mengurangi stres dan kecemasan dalam situasi keperawatan.
5. Pencapaian tujuan meningkatkan pembelajaran klien dan kemampuan coping dalam situasi keperawatan.

6. Konflik peran yang dialami oleh klien, perawat, atau keduanya mengurangi transaksi dalam interaksi perawat-klien.
7. Kesesuaian antara peran yang diharapkan dan peran yang ditampilkan meningkatkan transaksi dalam interaksi perawat-klien.

Dari teori pencapaian tujuan ini King telah mengembangkan delapan prediksi proporsi, yaitu:

1. Jika persepsi yang akurat ada dalam interaksi perawat-klien, transaksi akan terjadi.
2. Jika perawat dan klien melakukan transaksi, tujuan akan tercapai.
3. Jika tujuan tercapai, kepuasan akan terjadi.
4. Jika tujuan tercapai, keefektifan asuhan keperawatan akan terjadi.
5. Jika transaksi dilakukan di dalam interaksi perawat-klien, pertumbuhan dan perkembangan akan baik.
6. Jika perawat dan klien merasakan kesesuaian antara peran yang diharapkan dan peran yang ditampilkan, transaksi akan terjadi.
7. Jika konflik peran dialami oleh perawat atau klien atau keduanya, stres dalam interaksi perawat-klien akan terjadi.
8. Jika perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan komunikasi informasi yang sesuai dengan klien, penetapan dan pencapaian tujuan bersama akan terjadi.

Dorothea E. Orem

Orem lahir di Baltimore dan lulus dari Providence Hospital School of Nursing pada 1930. Kemudian, ia melanjutkan pendidikannya dan meraih gelar Bachelor of Science (BSc) dalam bidang pendidikan keperawatan pada 1939, serta gelar Master of Science bidang pendidikan keperawatan tahun 1945 dari Universitas Katolik Amerika. Terakhir, ia mendapat gelar doktor kehormatan dari Georgetown University, Washington, D.C., pada tahun 1976. Dengan latar belakang pendidikan tinggi tersebut, Orem disebut sebagai *ners teorist*.



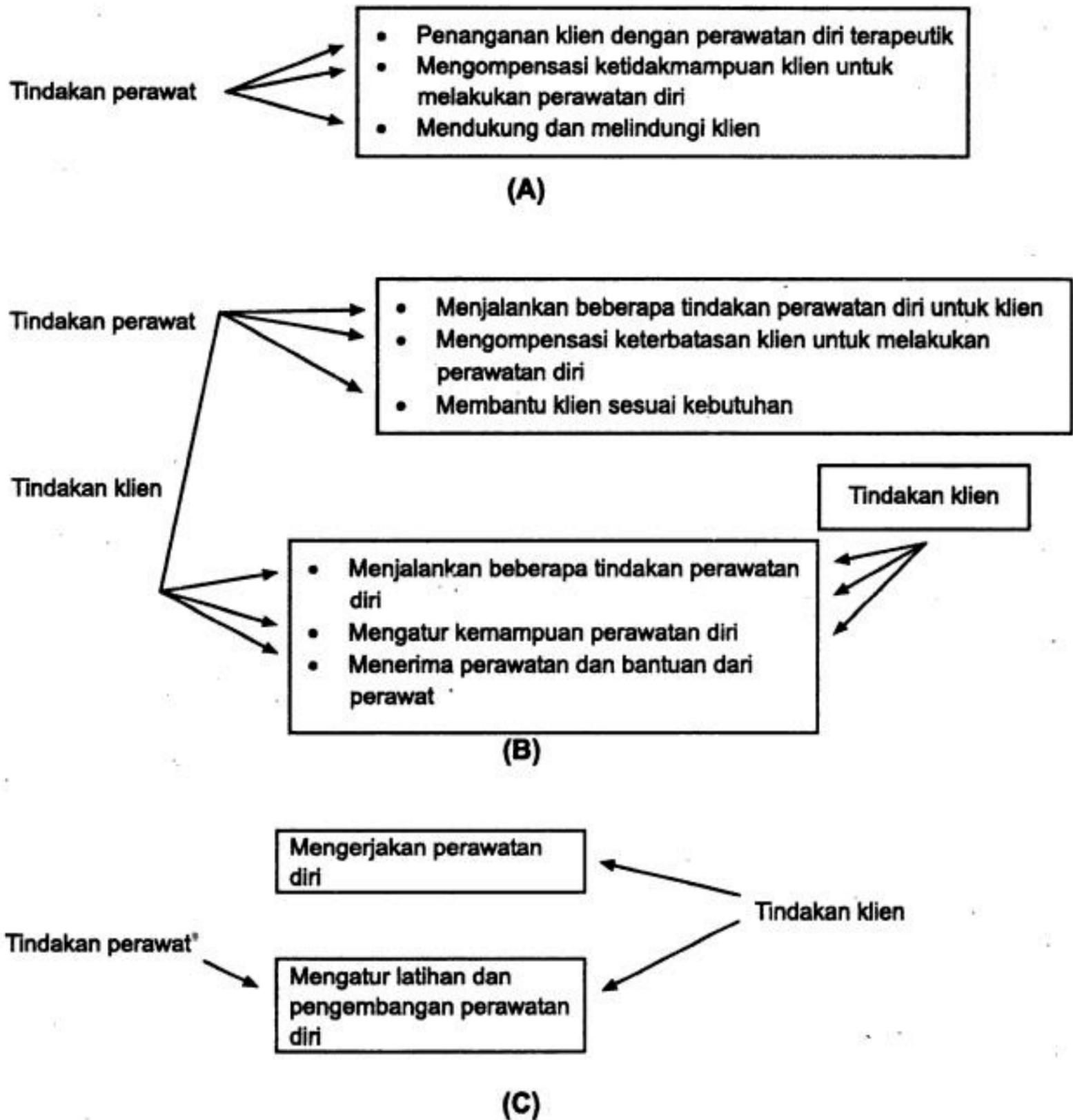
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 5.4. Sistem perawatan dasar. (A) *Wholly compensatory nursing system*; (B) *Partly compensatory nursing system*; dan (C) *Supportive-educative nursing system*.

Dalam penilaian Watson, penyakit mungkin saja teratasi dengan upaya pengobatan. Akan tetapi, tanpa perawatan, penyakit itu akan tetap ada dan kondisi sehat tidak akan tercapai. *Caring* merupakan intisari keperawatan dan mengandung arti responsif antara perawat dan klien. *Caring* dapat membantu seseorang lebih terkontrol, lebih berpengetahuan, dan dapat meningkatkan kesehatan.

Faktor *Carative* Teori Watson

Struktur ilmu *caring* dibangun dari sepuluh faktor *carative*, yaitu:

1. *Membentuk sistem nilai humanistik-altruistik.* Watson mengemukakan bahwa asuhan keperawatan didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan (humanistik) dan perilaku mementingkan kepentingan orang lain di atas kepentingan pribadi (altruistik). Hal ini dapat dikembangkan melalui pemahaman nilai yang ada pada diri seseorang, keyakinan, interaksi, dan kultur serta pengalaman pribadi. Semua ini dirasa perlu untuk mematangkan pribadi perawat agar dapat bersikap altruistik terhadap orang lain.
2. *Menanamkan keyakinan dan harapan (faith-hope).* Pemahaman ini diperlukan untuk proses *carative*. Selain menekankan pentingnya obat-obatan untuk *curative*, perawat juga perlu memberi tahu individu alternatif pengobatan lain yang tersedia (mis., meditasi, relaksasi, atau kekuatan penyembuhan oleh diri sendiri atau secara spiritual). Dengan mengembangkan hubungan perawat-klien yang efektif, perawat memfasilitasi perasaan optimis, harapan, dan rasa percaya.
3. *Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain.* Seorang perawat dituntut untuk mampu meningkatkan sensitivitas terhadap diri pribadi dan orang lain serta bersikap lebih otentik. Perawat juga perlu memahami bahwa pikiran dan emosi seseorang merupakan jendela jiwanya.
4. *Membina hubungan saling percaya dan saling bantu (helping-trust).* Ciri hubungan *helping-trust* adalah harmonis, empati, dan hangat. Hubungan yang harmonis haruslah hubungan yang dilakukan sejara jujur dan terbuka, tidak dibuat-buat. Perawat

bantuan (*seeking*) ketika individu kesulitan memenuhi kebutuhan dasarnya.

10. Mengembangkan faktor kekuatan eksistensial-fenomenologis. Kedua faktor ini (eksistensial dan fenomenologis) membantu seseorang untuk mengerti kehidupan dan kematian. Selain itu, keduanya dapat membantu seseorang untuk menemukan kekuatan atau keberanian untuk menghadapi kehidupan dan kematian.

Hildegard E. Peplau

Hildegard E. Peplau lahir pada tanggal 1 September 1909 di Reading, Pennsylvania. Peplau lulus dari Hospital School of Nursing di Pottstown, Pennsylvania pada tahun 1931. Gelar B.A. dalam bidang psikologi interpersonal diperolehnya dari Bennington University, Vermont pada tahun 1943. Peplau meraih gelar M.A. dalam bidang keperawatan psikiatri dari Teacher's College, Columbia, New York pada tahun 1947 dan gelar Ed.D. dalam bidang pengembangan kurikulum pada tahun 1953.

Keperawatan Psikodinamik

Kontribusi Peplau dalam bidang keperawatan, khususnya keperawatan psikiatri, sangat banyak. Tahun 1952, ia meluncurkan bukunya yang berjudul *Interpersonal Relations in Nursing*. Peplau membuat model keperawatan dengan istilah keperawatan psikodinamik. Menurutnya, keperawatan psikodinamik merupakan kemampuan seseorang (perawat) untuk memahami tingkah lakunya guna membantu orang lain, mengidentifikasi kesulitan yang dirasakannya, dan untuk menerapkan prinsip hubungan manusia pada permasalahan yang timbul di semua level pengalaman.

Peplau mengembangkan modelnya dengan memerinci konsep struktural dari proses antar-personal—di sinilah letak fase hubungan perawat-klien (*nurse-patient relationship*). Peplau menjelaskan tentang empat fase hubungan perawat-klien, yaitu fase orientasi, identifikasi, eksploitasi, dan resolusi. Keempat fase tersebut saling berkaitan. Di setiap fase diperlukan peran yang berbeda sesuai dengan kebutuhan klien.

Fase Orientasi

Pada fase ini, perawat dan klien bertindak sebagai dua individu yang belum saling mengenal. Selama fase orientasi, klien merupakan seseorang yang memerlukan bantuan profesional dan perawat berperan membantu klien mengenali dan memahami masalahnya serta menentukan apa yang klien perlukan saat itu. Jadi, fase orientasi ini merupakan fase untuk menentukan adanya masalah.

Fase orientasi dipengaruhi langsung oleh sikap perawat dan klien dalam memberi atau menerima pertolongan. Selain itu, fase ini juga dipengaruhi oleh ras, budaya, agama, pengalaman, latar belakang, dan harapan klien maupun perawat. Akhir dari fase ini adalah perawat dan klien bersama-sama mengidentifikasi adanya masalah serta menumbuhkan rasa saling percaya sehingga keduanya siap untuk melangkah ke fase berikutnya.

Fase Identifikasi

Pada fase ini, klien memberikan respons atau mengidentifikasi persoalan yang ia hadapi bersama orang yang dianggap memahami masalahnya. Respons setiap klien berbeda satu sama lain. Di sini, perawat melakukan eksplorasi perasaan dan membantu klien menghadapi penyakit yang ia rasakan sebagai sebuah pengalaman yang mengorientasi ulang perasaannya dan menguatkan kekuatan positif pada pribadi klien serta memberi kepuasan yang diperlukan.

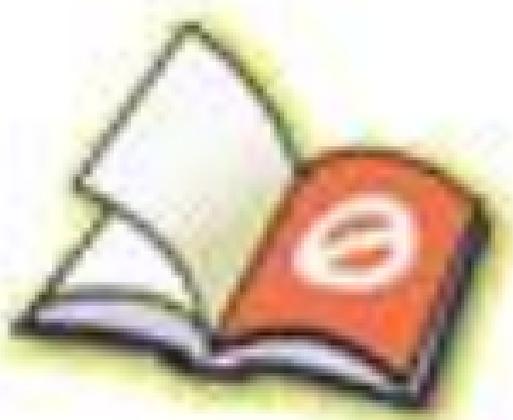
Selama fase identifikasi, klien diharapkan mulai memiliki perasaan terlibat dan mulai memiliki kemampuan untuk mengatasi masalahnya dengan mengurangi perasaan tidak berdaya dan putus asa. Upaya ini akan menumbuhkan sikap positif pada diri klien guna melaju ke fase selanjutnya. Jadi, fase identifikasi merupakan fase penentu bantuan apa yang diperlukan oleh klien. Pada fase ini, perawat juga memberi beberapa alternatif untuk mengatasi masalah klien.

Fase Eksploitasi

Pada fase ini, perawat memberi layanan keperawatan berdasarkan kebutuhan klien. Di sini, masing-masing pihak mulai merasa menjadi bagian integral dari proses interpersonal. Selama fase eks-



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



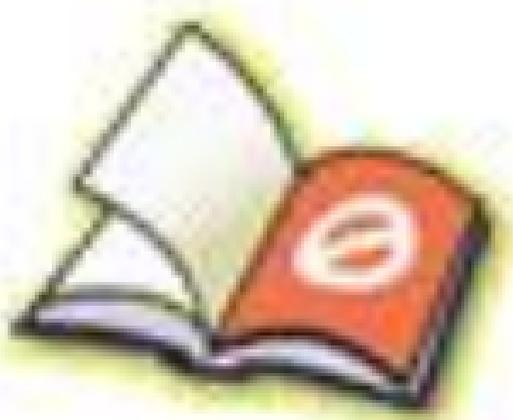
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Gambar 5.9. Peran perawat dalam teori keperawatan transkultural. (Sumber: Tomey & Alligood, 1998)

2. *Culture care accommodation/negotiation*, yaitu prinsip membantu, memfasilitasi, atau memerhatikan fenomena budaya ada, yang merefleksikan cara-cara untuk beradaptasi, bernegosiasi, atau mempertimbangkan kondisi kesehatan dan gaya hidup individu atau klien.
3. *Culture care repatterning/restructuring*, yaitu prinsip merekonstruksi atau mengubah desain untuk membantu memperbaiki kondisi kesehatan dan pola hidup klien ke arah yang lebih baik.

Hasil akhir yang diperoleh melalui pendekatan keperawatan transkultural pada asuhan keperawatan adalah tercapainya *culture congruent nursing care health and well being*, yaitu asuhan keperawatan yang kompeten berdasarkan budaya dan pengetahuan kesehatan yang sensitif, kreatif, serta cara-cara yang bermakna guna mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan bagi masyarakat.

Tingginya tingkat stres yang disebabkan oleh berbagai faktor menyebabkan tingginya kasus yang berkaitan dengan aspek kejiwaan. Dampak stres yang saat ini menggejala adalah meningkatnya kasus bunuh diri. Ironisnya kasus bunuh diri akibat stres ini tidak hanya dialami oleh orang dewasa. Anak-anak yang semestinya menikmati masa-masa indah bermain, justru mengalami stres berat yang berujung pada perilaku bunuh diri. Penyebab perilaku bunuh diri pada anak disebabkan oleh sejumlah faktor, di antaranya adalah depresi yang dialaminya. Depresi ini tidak terjadi secara mendadak, melainkan suatu bentuk akumulasi dari berbagai penyebab (mis., kondisi keluarga, pergaulan, penolakan, komunikasi yang tidak berjalan, dan sebagainya). Dengan adanya akumulasi tersebut, anak cenderung melakukan hal yang berbahaya ketika menemui faktor pemicu, bahkan sampai melakukan bunuh diri. Kebanyakan kasus bunuh diri pada anak dipicu oleh faktor yang sepele, seperti tidak mampu membayar iuran Rp2.500,00 untuk kegiatan ekstrakurikuler di sekolah. Jumlah kasus bunuh diri pada anak cenderung meningkat tiap tahunnya.

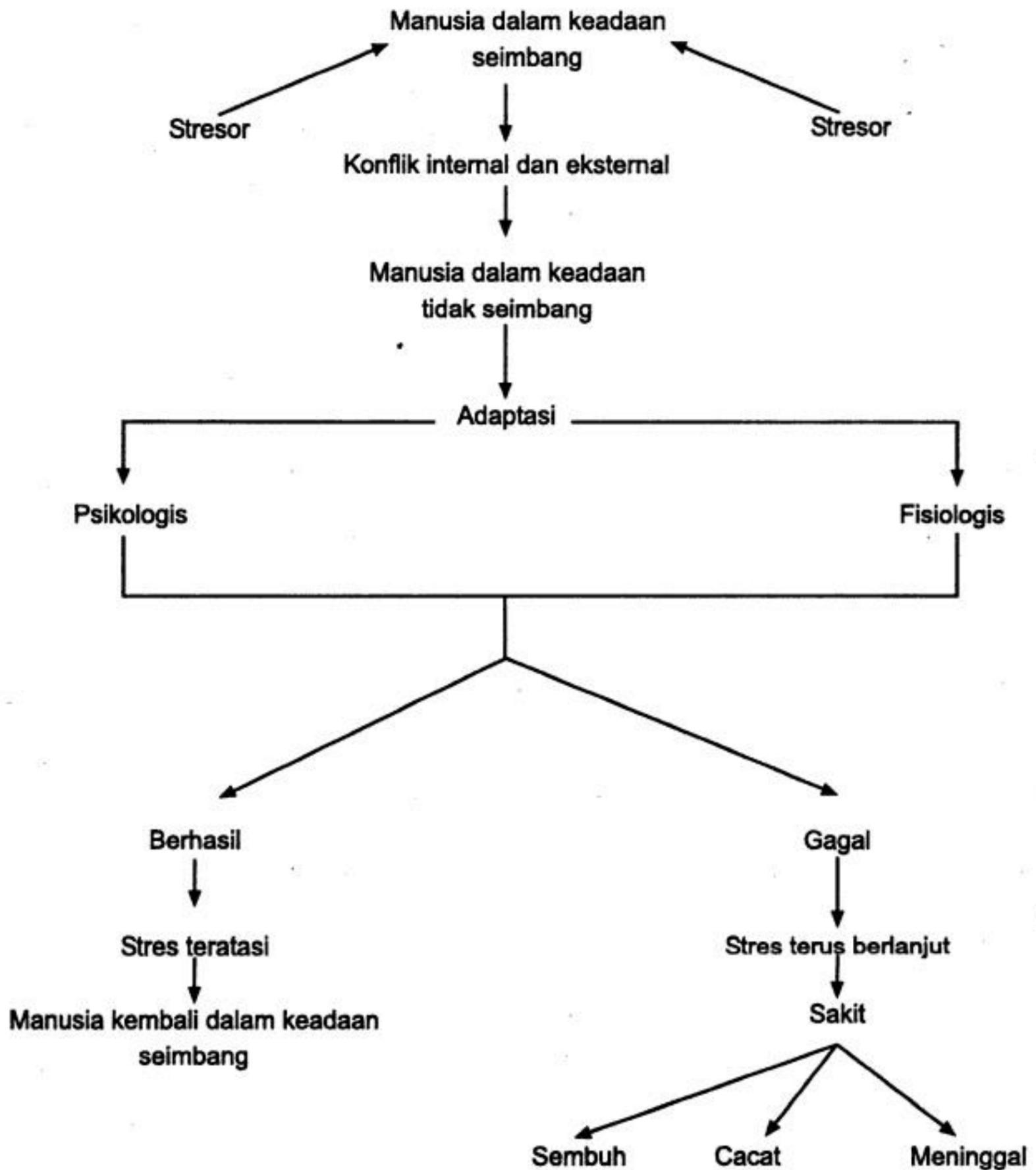
Secara umum sumber stres terbagi atas dua faktor, yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik adalah faktor yang berasal dari dalam diri individu dan bersifat fisiologis atau psikologis, sedangkan faktor ekstrinsik adalah faktor yang berasal dari luar diri individu, seperti kultur, alam/iklim/suhu, mikroorganisme, trauma, zat kimia, racun, dan lain sebagainya.

Homeostasis

Setiap ada stressor, betapapun kecilnya akan menimbulkan respons dari tubuh dalam upayanya mempertahankan keseimbangan. Keseimbangan ini dikenal dengan nama homeostasis. Homeostasis, menurut Cannon (1926) adalah kemampuan proses fisiologis tubuh dalam mempertahankan keseimbangan dan kecenderungan semua jaringan hidup guna memelihara dan mempertahankan kondisi setimbang atau ekuilibrium.

Menurut Dubois (1965), homeostasis adalah kemampuan untuk beradaptasi dengan/terhadap lingkungan internal dan eksternal yang senantiasa berubah sebagai suatu kunci keberhasilan, bertahan dan tetap hidup; atau suatu keadaan seimbang yang

fungsi, maupun aktivitas tubuh. Mekanisme tubuh dalam beradaptasi terhadap stres dapat digambarkan melalui diagram berikut.



Gambar 6.1. Mekanisme adaptasi.

dialami. *Others* (orang lain); jika tidak mampu mengatasi masalah seorang diri, minta bantuan dari orang lain. *Pray and patient* (berdoa dan bersabar); selalu berdoa kepada Tuhan sebab Dia-lah Zat yang Maha Mengetahui segala sesuatu yang ada di dunia ini. Dia pula yang memberi jalan terbaik bagi umat manusia sebab manusia memiliki banyak keterbatasan. Dengan berdoa, hati, jiwa, dan pikiran kita akan menjadi tenang dan tenteram. Selain itu, kita harus sabar dan berlapang dada dalam menerima kenyataan yang ada. Penerimaan apa adanya terhadap diri akan membantu seseorang untuk lebih menikmati hidup dan akan meringankan beban psikologisnya.

Mekanisme Pertahanan Diri

Mekanisme pertahanan diri merupakan mekanisme penyesuaian ego, yaitu usaha untuk melindungi diri dari perasaan tidak adekuat. Mekanisme pertahanan diri ini mempunyai beberapa ciri, di antaranya (Maramis, 1990):

- a. Berfungsi hanya untuk melindungi atau bertahan dari hal-hal yang tidak mengenakkan dan tidak secara langsung mengatasi masalah. Jadi, sifatnya hanya sementara.
- b. Individu tidak menyadari bahwa mekanisme pertahanan diri tersebut sedang terjadi. Jadi, mekanisme pertahanan diri bisa terjadi di luar kesadaran.
- c. Mekanisme pertahanan diri sering kali tidak berorientasi pada kenyataan.

Di bawah ini ada beberapa mekanisme pertahanan diri yang sering digunakan:

1. **Penyangkalan.** Menghindar atau menolak untuk melihat kenyataan yang tidak diinginkan dengan cara mengabaikan atau menolak kenyataan tersebut. Misalnya, individu yang telah terdeteksi secara akurat menderita AIDS akan mengatakan bahwa dirinya hanya sakit flu biasa. Penyangkalan terhadap kenyataan merupakan pembelaan ego yang paling sederhana dan primitif.
2. **Proyeksi.** Menyalahkan orang lain atas ketidakmampuan dirinya atas kesalahan yang ia perbuat. Mekanisme ini digunakan untuk menghindari celaan dan hukuman yang mungkin akan

ditimpakan pada dirinya. Akan tetapi, mekanisme pembelaan diri ini tidak realistis. Misalnya, seorang mahasiswa yang tidak lulus ujian, ia mengatakan bahwa dirinya tidak lulus karena dosennya *sentimen* terhadap dirinya.

3. **Represi.** Menekan ke alam tidak sadar dan sengaja melupakan pikiran, perasaan, dan pengalaman yang menyakitkan. Individu yang menggunakan mekanisme represi sebenarnya tengah menipu dirinya sendiri sebab ia hanya melindungi diri dari masalah yang sebenarnya dapat diatasi secara lebih realistis. Misalnya, seorang remaja yang diputuskan cintanya oleh kekasihnya sengaja melupakan peristiwa tersebut seolah tidak pernah terjadi. Setiap ada orang yang menanyakan hal itu, ia biasanya akan menjawab dengan perkataan: "Sudahlah tidak usah menanyakan itu lagi."
4. **Regresi.** Kemunduran dalam hal tingkah laku yang dilakukan seseorang dalam menghadapi stres. Misalnya, pengantin baru yang mengalami masalah dalam rumah tangganya biasanya lari pulang ke rumah orang tuanya masing-masing. Dalam mekanisme regresi, secara tidak sadar individu mencoba berperilaku seperti anak kecil dan bergantung kepada orang lain serta tidak mau berpikir susah.
5. **Rasionalisasi.** Berusaha memberi alasan yang masuk akal terhadap perbuatan yang dilakukannya. Meski tahu bahwa perbuatan yang ia lakukan sebenarnya tidak baik, ia berusaha agar perbuatan/perilakunya tersebut dapat diterima. Misalnya, mahasiswa yang terlambat datang ujian mengatakan bahwa jalanan macet total. Rasionalisasi, menurut Maramis (1990), mempunyai dua segi pembelaan, yaitu membantu kita membenarkan yang kita lakukan dan menolong kita melunakkan kekecewaan yang berhubungan dengan cita-cita yang tidak tercapai.
6. **Fantasi.** Keinginan yang tidak tercapai cenderung dipuaskan dalam imajinasi yang diciptakan sendiri. Misalnya, seorang mahasiswa yang kurang pandai senang berfantasi akan mendapat *cum laude*. Fantasi dapat menjadi produktif, bisa juga sebaliknya. Fantasi yang produktif dapat menjadi motivasi yang



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



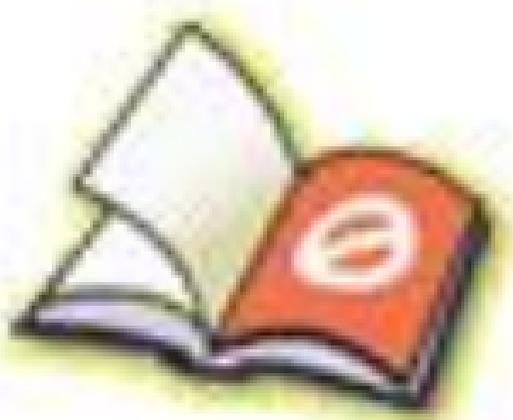
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



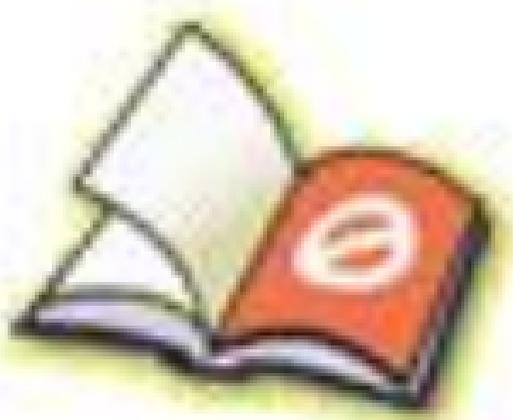
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



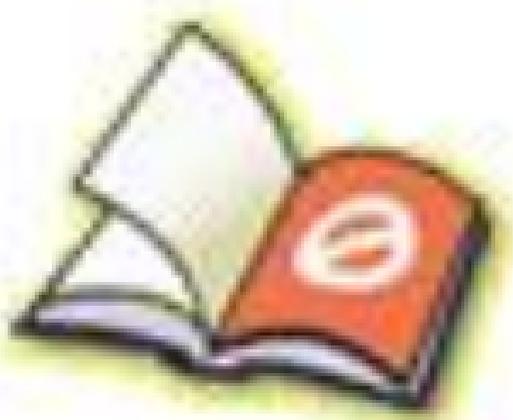
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



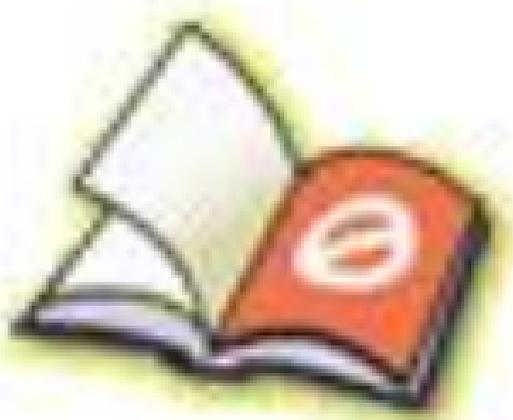
You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



You have either reached a page that is unavailable for viewing or reached your viewing limit for this book.



Penulis lahir di Indramayu, 14 Agustus 1975. Setelah lulus Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Indramayu pada tahun 1994, penulis melanjutkan pendidikan di Akademi Keperawatan Bhakti Kencana Bandung dan lulus pada tahun 1997. Penulis menyelesaikan S1 Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (PSIK FK UNPAD) (2002) dan Program Profesi Ners pada PSIK FK UNPAD (2003). Pendidikan informal yang pernah penulis lalui antara lain belajar di Pondok Pesantren Al-Ihsan, Cibiruhilir, Bandung (1999-2002). Saat ini, penulis tengah melanjutkan pendidikan pascasarjana (S2) Keperawatan Komunitas di Universitas Indonesia.

Sejak tahun 2005, penulis menjadi Dosen Kopertis Wilayah IV Jawa Barat-Banten yang bertugas di Akper Dharma Husada Cirebon, sebelumnya di Sekolah Tinggi Kesehatan Indonesia (STKINDO) Wirautama, Bandung. Penulis juga mengajar pada beberapa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) di Cirebon, Kuningan, dan Indramayu.



9 789794 489147
ISBN 978-979-448-914-7

Kep9197-14T