



UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU

Jl. Mustafa Sari No 5 Tangkerang Selatan Pekanbaru. Telp (0761) 33815 Fax (0761) 863646
Email : Universitas@htp.ac.id Izn Mendiknas : 226/D/O/2002 Izn Mendikbud-Ristek : 73/E/O/2022 website : www.htp.ac.id

SURAT TUGAS

Nomor. 0094/Fak-Kes/Univ-HTP/VII/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru dengan ini memberi tugas kepada dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan & Profesi Ners (nama-nama terlampir) untuk membuat rancangan program perkuliahan/ pembelajaran dan Modul mata kuliah pada Semester Ganjil & Genap T.A 2022/ 2023 demi kelancaran proses belajar mengajar.

Demikian surat tugas ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : PEKANBARU

Pada tanggal : 7 Juli 2022

Dekan Fakultas Kesehatan,


Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep. Sp.Kep.Kom

No Reg. 10306112203

MEDIATOR MATA KULIAH SEMESTER GANJIL T.A 2022/2023
PRODI SI IIMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU

A. PROGRAM REGULER
SEMESTER I

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P		Nama Mediator MK
1	WU121013	Bahasa Indonesia	2	2			Ns. Dian Roza Adila, M.Kep
2	WP121013	Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia	4	3	1		Ns. Yecy Anggreny, M.Kep.
3	WP121023	Konsep Dasar Keperawatan	3	3			Sekani Niriya, S.Kep, Ners. M.Kep
4	WP 121033	Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis	3	3			Sekani Niriya, S.Kep, Ners. M.Kep
5	WP121043	Ilmu Biomedik Dasar	4	3	1		Ns. Susi Erianti, M.Kep.
6	WP121053	Falsafah dan Teori Keperawatan	3	3			Ns. Devi Eka Kartika, M.Kep
7	PP 121013	Pembangunan Karakter	2	2			Ns. Raja Fitriana Lestari, M.Kep
		Total SKS	21				

SEMESTER III

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WU321043	Kewarganegaraan	2	2			Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB.
2	WP321123	Keperawatan Dewasa, Sistem Kardiovaskuler, Respiratori dan Hematologi	4	3		1	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
3	WP321133	Keperawatan Maternitas	3	2	1		Ns. Vella Yovinna Tobing, M.Kep., Sp.Kep.Mat
4	WP321143	Komunikasi Terapeutik Keperawatan	3	2	1		Ners Dewi Kurnia Putri, M.Kep
5	WP321153	Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut	4	3	1		Ns. Riau Roslita, M.Kep., Sp.Kep. An.
6	WP321163	Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja	2	1	1		Ns. Imron Rosyadi, M.Kep
7	PP321033	<i>Transcultural Nursing</i>	2	2			Ns. Devi Eka Kartika, M.Kep
		Total SKS	20				

SEMESTER V

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WP5213	Keperawatan Medikal Bedah III	3	2	1		Ns. Bayu Saputra, M.Kep
2	WP5223	Keperawatan Anak II	2	2			Ns. Agnita Utami, M.Kep., Sp.Kep. An.
3	WP5233	Keperawatan Kesehatan Jiwa II	4	2	1	1	Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep.
4	WP5243	Keperawatan Menjelang Ajal dan Paliatif	3	2	1		Ns. Rezky Pradesetia, M.Kep
5	WP5253	Keperawatan Komunitas I	2	2			Ns. Eka Wisanti, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
6	WP5373	Bahasa Inggris III	3	2	1		Ns. Agnita Utami, M.Kep., Sp.Kep. An.
7	PP5023	Bahasa Jepang	3	2	1		Ns. Dian Roza Adila, M.Kep.
		Total SKS	20				

SEMESTER VII

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WP7303	Keperawatan Kritis	3	2	1		Ns. T. Abdur Rasyid, M.Kep.
2	WP7313	Biostatistik	3	2	1		Ns. Susi Erianti, M.Kep.
3	WP7323	Keperawatan Gerontik	4	3	1		Ns. Rezky Pradesetia, M.Kep
4	WP7333	Keperawatan Bencana	2	2			Ns. T. Abdur Rasyid, M.Kep.
5	WP7343	Praktik Keperawatan Medikal Bedah	3			3	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep.MB
6	WI7023	Kewirausahaan	3	2	1		Ns. Raja Fitriana Lestari, M.Kep.
7	WP7483	Bahasa Inggris V	2	1	1		Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
		Total SKS	20				

B. PROGRAM ALIH JENJANG (NON REGULER)**SEMESTER I**

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WPN121013	Keperawatan dewasa; sistem kardiovaskuler, respirasi & hematologi	4	3	1		Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB
2	WPN121023	Keperawatan maternitas	3	2	1		Ns. Vella Yovinna Tobing, M.Kep., Sp.Kep.Mat
3	WPN121033	Keperawatan anak sehat dan sakit akut	4	3	1		Ns. Riau Roslita, M.Kep., Sp.Kep. An.
4	WPN121043	Metodologi penelitian	2	2			Ns. Raja Fitriana Lestari, M.Kep
5	WPN121053	Bahasa Inggris keperawatan	2	2			Ns. Imron Rosyadi, M.Kep
6	WPN121063	Keperawatan kesehatan jiwa dan psikososial	2	1	1		Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
7	WPN121073	Konsep keperawatan komunitas	2	2			Ns. Eka Wisanti, M.Kep., Sp.Kep.Kom
8	PPN121013	IPTEK dalam keperawatan	2	2			Ns. Rezky Pradessetia, M.Kep
9	WPN121083	Keselamatan kesehatan kerja dalam keperawatan	2	2			Ns. Imron Rosyadi, M.Kep
		Total SKS	23				

Pekanbaru, 7 Juli 2022

Dekan Fakultas Kesehatan

Universitas Hang Tuah Pekanbaru



Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

No.Reg. 10306112203

MEDIATOR MATA KULIAH SEMESTER GENAP T.A 2022/2023
PRODI SI ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU

A. PROGRAM REGULER
SEMESTER II

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P		Nama Mediator MK
1	WU 221023	Pancasila	2	2			Ns. Riau Roslita, M.Kep., Sp.Kep.An
2	WU 221033	Agama	2	2			Ns. Bayu Saputra, M.Kep
3	WP 221063	Komunikasi Dasar Keperawatan	2	1	1		Sekani Niryah, S.Kep., Ners., M.Kep
4	WP221073	Keterampilan Dasar Keperawatan	3	1	2		Ns. Yecy Anggreny, M.Kep.
5	WP221083	Ilmu Dasar Keperawatan	3	2	1		Ns. Susi Erianti, M.Kep.
6	WP221093	Farmakologi Keperawatan	3	2	1		Ns. Devi Eka Kartika, M.Kep
7	WP221103	Pendidikan dan Promosi Kesehatan	3	2	1		Ns. Yecy Anggreny, M.Kep.
8	WP 221113	Psikososial dan Budaya dalam Keperawatan	2	2			Sekani Niryah, S.Kep., Ners., M.Kep
9	PP 221023	Bahasa Inggris Dasar	2	2			Ns. Riau Roslita, M.Kep., Sp.Kep.An
		Total	22				

SEMESTER IV

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WP421173	Sistem Informasi Keperawatan	2	1	1		Ns. Raja Fitrina Lestari, M.Kep
2	WP421183	Keperawatan Kesehatan Reproduksi	4	2	2		Ns. Dian Roza Adila, M.Kep.
3	WP421193	Keperawatan Dewasa Sistem Endokrin, Pencernaan, Perkemihan Dan Immunologi	4	2	1	1	Ns. Sandra, M.Kep., Sp.Kep. MB
4	WP421203	Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial	3	2	1		Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep.
5	WP421213	Keperawatan Anak Sakit Kronis dan Terminal	3			2 1	Ns. Agnita Utami, M.Kep., Sp.Kep.An
6	WP421223	Bahasa Inggris Keperawatan	2	1	1		Ns. Vella Yovinna Tobing, M.Kep., Sp.Kep.Mat
7	PP421043	Budaya Melayu dan Kesehatan	2	2			Ns. Imron Rosyadi, M.Kep
8	PP421053	IPTEK dalam Keperawatan	2	2			Ns. Rezky Pradesstia, M.Kep
		Total	22				

SEMESTER VI

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WP6263	Keperawatan Komunitas II	3	2	1		Ns. Eka Wisanti, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
2	WP6273	Keperawatan Keluarga	4	3	1		Ns. Eka Wisanti, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
3	WP6283	Metodologi Penelitian	4	3	1		Ns. Raja Fitrina Lestari, M.Kep.
4	WP6383	Bahasa Inggris IV	2	1	1		Ns. Vella Yovinna Tobing, M.Kep.Sp.Kep.Mat
5	WP6283	Keperawatan Gawat Darurat	5	3	1	1	Ns. T. Abdur Rasyid, M.Kep.
		Total	18				

SEMESTER VIII

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WI8033	Skripsi	4			4	Ns. Rani Lisa Indra, M.Kep., Sp.Kep.MB.
2	WI8353	Manajemen Keperawatan	4	3		1	Ns. Raja Fitrina Lestari, M.Kep
		Total	8				

**B. PROGRAM ALIH JENJANG (NON REGULER)
SEMESTER II**

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	PL	Nama Mediator MK
1	WPN221093	Keperawatan dewasa; sistem endokrin, pencernaan, perkemihan dan imunologi	4	3	1		Ns. Sandra, M.Kep.Sp.Kep.MB
2	WPN221103	Keperawatan kesehatan reproduksi	4	2	2		Ns. Dian Roza Adila, M.Kep
3	WPN221113	Keperawatan anak sakit kronis & terminal	3	2	1		Ns. Agnita Utami, M.Kep. Sp.Kep.An
4	WPN221123	Keperawatan psikiatri	3	2	1		Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
5	WPN221133	Keperawatan agregat komunitas	3	2	1		Ns. Eka Wisanti, M.Kep., Sp.Kep.Kom
6	WPN221143	Keperawatan Gawat Darurat	4	3	1		Ns. T. Abdur Rasyid, M.Kep
7	WPN221153	Biostatistik	2	2			Ns. Susi Erianti, M.Kep
		Total	23				

Pekanbaru, 7 Juli 2022

Dekan Fakultas Kesehatan
Universitas Hang Tuah Pekanbaru


Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

No.Reg. 10306112203

MEDIATOR MATA KULIAH SEMESTER GANJIL T.A 2022/2023
PRODI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU

A. PROGRAM REGULER
SEMESTER I

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	Nama Mediator MK
1	PPN1019	Keperawatan Dasar Profesi	2		2	Ns. Raja Filina Lestari, M.Kep
2	PPN1029	Keperawatan Medikal Bedah	6		6	Ns. Bayu Saputra, M.Kep
3	PPN1039	Keperawatan Anak	3		3	Ns. Agnita Uliani, M.Kep., Sp.Kep.An
4	PPN1049	Keperawatan Maternitas	3		3	Ns. Dian Roza Adila, M.Kep
5	PPN1059	Keperawatan Jiwa	3		3	Ners Dewi Kurnia Putri, M.Kep
		Total SKS	17			

Pekanbaru, 7 Juli 2022
Dekan Fakultas Kesehatan

Universitas Hang Tuah Pekanbaru
Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
No.Reg. 10306112203

MEDIATOR MATA KULIAH SEMESTER GENAP T.A 2022/2023
PRODI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU

A. PROGRAM REGULER
SEMESTER II

No	Kode MK	Mata Kuliah	SKS	T	P	Nama Mediator MK
1	PPN2019	Keperawatan Gawat Darurat	5		5	Ns. T. Abdur Rasvid, M.Kep
2	PPN2029	Manajemen Keperawatan	3		3	Ns.Susi Erianti, M.Kep
3	PPN2039	Keperawatan Keluarga dan Komunitas	5		5	Ns. Eka Wisanti, M.Kep., Sp.Kep.Kom
4	PPN2049	Keperawatan Gerontik	2		3	Ns. Eka Wisanti, M.Kep., Sp.Kep.Kom
5	PPN2059	Keperawatan Elektif	2		2	Sekani Niriyah, S.Kep., Ners., M.Kep
6	PPN2069	Karya Ilmiah Akhir	2		2	Ns. Vella Yovinna Tobing, M.Kep., Sp.Kep.Mat
		Total SKS	19			

Pekanbaru, 7 Juli 2022

Dekan Fakultas Kesehatan

Universitas Hang Tuah Pekanbaru

Ns. Abdurrahman Hamid, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
No.Reg. 10306112203

**MODULAJAR
MATA KULIAH**



FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

**EDISI REVISI PERTAMA
TAHUN 2022/2023**



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU
PEKANBARU
2022**

**MODUL AJAR MATA KULIAH
FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN**

EDISI REVISI PERTAMA

T.A 2022-2023

TIM PENYUSUN

Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
Eka Wisanti, Ners., M.Kep., Sp.Kep.Kom
Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep

Editor

Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU
PEKANBARU
2022**

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

**Modul Ajar Mata Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022-2023**

Tim Penyusun :

Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
Eka Wisanti, Ners., M.Kep., Sp.Kep.Kom
Ns. Yeccy Anggreny, M.Kep
Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep

Editor :

Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep

Penerbit: Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas
Hang Tuah Pekanbaru

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

**MODUL AJAR MATA KULIAH
FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN**

TIM PENGAJAR

Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
Eka Wisanti, Ners., M.Kep., Sp.Kep.Kom
Ns. Yecy Anggreny, M.Kep

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

HALAMAN PENGESAHAN
MODUL AJAR MATA KULIAH
FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN
EDISI REVISI PERTAMA T.A 2022-2023



Menyatakan dan menetapkan bahwa modul ini dapat digunakan untuk pembelajaran mata kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan pada Semester I (Satu) Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru.

Ditetapkan di Pekanbaru

Tanggal 30 Juli 2022

Ketua Program Studi

(Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep)

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

VISI DAN MISI PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU

VISI

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan tinggi ilmu keperawatan yang bermutu
2. Melaksanakan penelitian dan pengembangan bidang keperawatan serta pengabdian kepada masyarakat sebagai wujud kepedulian untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
3. Melaksanakan penjaminan mutu secara konsisten berkelanjutan
4. Mewujudkan atmosfer akademik yang kondusif serta menjalin kemitraan dengan institusi pendidikan dan pelayanan keperawatan
5. Menjalinkan kerjasama baik pada institusi pemerintah, swasta, dalam maupun luar negeri.

PRAKATA

Segala Puji bagi Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa, atas karunia-Nya sehingga Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan edisi revisi pertama kami terbitkan sebagai panduan bagi dosen dan mahasiswa. Mata kuliah ini membahas tentang tentang Falsafah, Paradigma dan Konseptual Model dan Teori Keperawatan serta Prinsip – Prinsip Pendekatan Holistik dalam Konteks Keperawatan yang akan diselesaikan dalam waktu enam belas kali pertemuan. Fokus pembelajaran pada mata kuliah ini meliputi sejarah perkembangan keperawatan, falsafah keperawatan, konsep paradigma keperawatan dan teori-teori dalam keperawatan dan konsep system dan berubah dalam keperawatan.

Setelah mempelajari mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan, diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan berkaitan perkembangan dunia keperawatan secara global. Mata kuliah ini akan mempelajari beberapa cabang ilmu secara terintegrasi yaitu keperawatan dasar. Berbagai metode pembelajaran akan diterapkan selama proses pembelajaran di mata kuliah falsafah keperawatan dengan kompetensi yang tetapkan, yaitu kuliah pakar dan seminar diskusi secara luring. Evaluasi dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi, dilakukan dengan menggunakan evaluasi formatif dan sumatif yang terdiri dari ujian Tengah semester (UTS), ujian akhir semester (UAS).

Pekanbaru, Juli 2022

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Prakata	vi
Daftar Isi.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Modul	1
B. Capaian pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)	1
C. Sub Capaian pembelajaran Mata Kuliah (Sub CPMK)	2
D. Diagram Alir Pembelajaran Mata Kuliah	3
E. Keterkaitan dengan Mata Kuliah Lain	4
BAB II PROGRAM PEMBELAJARAN.....	5
A. Rencana Program Pembelajaran Semester	5
B. Evaluasi Pembelajaran	17
1. Kriteria Penilaian	17
2. Nilai Lulus Mata Ajar.....	17
3. Kriteria Boleh Mengikuti Ujian.....	18
4. Jenis Soal MCQ	18
5. Keterkaitan Pembelajaran dengan Metode Pembelajaran dan Metode Evaluasi.....	19
6. Aktivitas Pembelajaran	20
7. Aktivitas Pembelajaran Mingguan	22
8. Rincian Penugasan	32
TOPIK 1. Konsep dalam Keperawatan.....	34
TOPIK 2. Jenis Atau Tingkatan Teori Keperawatan.....	41
TOPIK 3. Teori Keperawatan Terpilih	46
TOPIK 4. Analisis Teori Keperawatan	60

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan

Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

TOPIK 5. Konsep Holistic Care: Holism Humanism	65
TOPIK 6. Konsep Berubah	69
TOPIK 7. Konsep Sistem dan Pendekatan Sistem	82
TOPIK 9. Jaminan Kesehatan (BPJS).....	86
TOPIK 10. Konsep Sehat Sakit.....	89
TOPIK 11. Konsep Kesehatan Individu, Keluarga, Komunitas	93
TOPIK 12. Aspek Etnik dan Budaya dalam Keperawatan	111
TOPIK 13. Aspek Spiritual dalam Keperawatan	117
TOPIK 14. Aspek Seksualitas dalam Keperawatan	121
TOPIK 15. Aspek Psikososial dalam Keperawatan	126
Lampiran	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Modul

Mata kuliah Falsafah Keperawatan mahasiswa akan mempelajari konsep Mahasiswa akan mempelajari beberapa cabang ilmu secara terintegrasi yaitu pemenuhan kebutuhan dasar manusia Mata kuliah ini memiliki bobot 3 SKS teori, Berbagai pengalaman belajar akan diterapkan dalam mata kuliah ini, diantaranya *mini lecture*, *small group discussion (SGD)*, *discovery learning (DL)*. Mata kuliah ini memiliki bobot 3 SKS, dengan rincian 3 SKS teori. Berbagai pengalaman belajar akan diterapkan dalam mata kuliah ini, diantaranya *mini lecture*, *discovery learning (DL)*, *small group discussion (SGD)*.

B. CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH (CPMK)

Setelah mengikuti proses pembelajaran selama enam belas kali pertemuan mahasiswa diharapkan mampu memahami:

1. CPMK 1: Memahami falsafah keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)
2. CPMK 6: Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep sistem dan pendekatan system
3. Menerapkan konsep paradigma keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)
4. Menerapkan berbagai teori keperawatan terpilih dalam berbagai situasi (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9)
5. Menganalisis prinsip-prinsip pendekatan secara holistik dalam konteks

keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9

C. SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH (SUB CPMK)

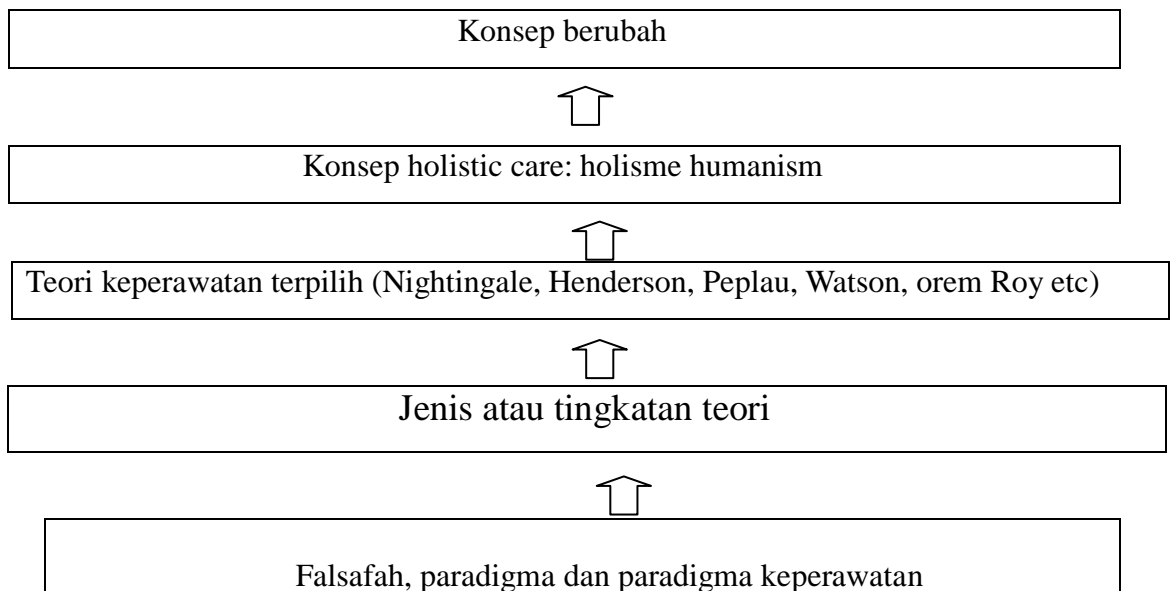
Setelah proses pembelajaran selama enam belas minggu/ pertemuan, mahasiswa diharapkan mampu:

1. Mahasiswa mampu memahami dan mengidentifikasi tentang falsafah dan paradigma keperawatan (C2, A3). (CPMK 1, 2)
2. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang jenis atau tingkatan teori. (C2, A3). (CPMK 3)
3. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang Teori keperawatan terpilih (Nightingale, Henderson, Peplau, Watson, orem Roy etc). (C4, A3). (CPMK 3)
4. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep *holistic care: holisme humanism* (C2, A3). (CPMK 4)
5. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep berubah. (C4, A3). (CPMK4)
6. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep sistem dan pendekatan sistem (C2, A3). (CPMK 4)
7. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang jaminan kesehatan (BPJS) (C2, A3). (CPMK 4)
8. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep sehat sakit, konsep kesehatan individu, keluarga, komunitas. (C4, A3). (CPMK 4)
9. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang aspek etnik dan budaya dalam keperawatan, aspek spiritual dalam keperawatan, aspek seksualitas dalam keperawatan serta aspek psikososial dalam keperawatan. (C4, A3). (CPMK 4)

10. Mahasiswa mampu memahami, mendemonstrasikan dan menilai tentang soft skill di perguruan tinggi (C2, A3). (CPMK4)

D. DIAGRAM ALIR PEMBELAJARAN MATA KULIAH





1. Memahami falsafah keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)
2. Menerapkan konsep paradigma keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9)
3. Menerapkan berbagai teori keperawatan terpilih dalam berbagai situasi (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9)
4. Menganalisis prinsip-prinsip pendekatan secara holistik dalam konteks keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9)



E. KETERKAITAN DENGAN MATA KULIAH LAIN

Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan berkaitan dengan mata kuliah Pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

BAB II
PROGRAM PEMBELAJARAN
A. RENCANA PROGRAM PEMBELAJARAN SEMESTER

 RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS) PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS HANG TUAH PEKANBARU						
MATA KULIAH	KODE MK	RUMPUN MK	BOBOT	SEMESTER	DIREVISI	DIBUAT
Falsafah Dan Teori Keperawatan	WP 121053	Keperawatan Dasar	3 SKS (3T)	I (Satu)	Revisi ke satu: 2022	September 2021
OTORITAS	KOORDINATOR MK	KOORDINATOR MK	KOORDINATOR RMK	Ka. PRODI		
	Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep 	Ns. Yeccy Angguny, M.Kep 	Ns. Siskha Mayang Sari, M.Kep 			
Capaian Pembelajaran MK	Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)					
	CPL1: Bertakwa kepada Tuhan YME, menunjukkan sikap profesional, prinsip etik, perspektif hukum dan budaya dalam keperawatan					
	CPL2: Mampu menguasai keterampilan umum pada bidang keilmuannya					

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	<p>CPL3: Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan proses keperawatan</p> <p>CPL4: Mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional pada tatanan laboratorium dan lapangan (klinik dan komunitas) untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan klien</p> <p>CPL9: Mampu meningkatkan keahlian profesional bidang keperawatan melalui pembelajaran seumur hidup</p> <p>Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)</p> <p>Setelah mengikuti perkuliahan ini diharapkan mahasiswa mampu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Memahami falsafah keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9) 7. Menerapkan konsep paradigma keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 9) 8. Menerapkan berbagai teori keperawatan terpilih dalam berbagai situasi (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9) 9. Menganalisis prinsip-prinsip pendekatan secara holistik dalam konteks keperawatan (CPL 1, CPL 2, CPL 3, CPL 4, CPL 5, CPL 9)
<p>Deskripsi Mata Kuliah, Sub CPMK dan Bahan Kajian</p>	<p>Deskripsi Singkat Mata Kuliah</p> <p>Mata kuliah ini membahas tentang Falsafah, paradigma dan konseptual model dan teori keperawatan, serta prinsip-prinsip pendekatan holistik dalam konteks keperawatan</p> <p>Sub CPMK</p>

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Setelah mengikuti mata kuliah ini, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mahasiswa mampu memahami dan mengidentifikasi tentang falsafah dan paradigma keperawatan (C2, A3). (CPMK 1, 2)
2. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang jenis atau tingkatan teori. (C2, A3). (CPMK 3)
3. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang Teori keperawatan terpilih (Nightingale, Henderson, Peplau, Watson, orem Roy etc). (C4, A3). (CPMK 3)
4. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep *holistic care: holisme humanism* (C2, A3). CPMK 4
5. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep berubah. (C4, A3). (CPMK4)
6. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep sistem dan pendekatan sistem (C2, P2, A3). (CPMK 4)
7. Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang jaminan kesehatan (BPJS) (C2, A3). (CPMK 4)
8. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep sehat sakit, konsep kesehatan individu, keluarga, komunitas. (C4, A3). (CPMK 4)
9. Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang aspek etnik dan budaya dalam keperawatan, aspek spiritual dalam keperawatan, aspek seksualitas dalam keperawatan serta aspek psikososial dalam keperawatan. (C4, A3). (CPMK 4)
10. Mahasiswa mampu memahami, mendemonstrasikan dan menilai tentang soft skill di perguruan tinggi (C2, A3). (CPMK4)

Bahan Kajian/Pokok Bahasan

1. Falsafah, paradigma dan paradigma keperawatan
 - a. Defenisi teori dan teori
 - b. Keperawatan

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	<ul style="list-style-type: none"> c. Komponen suatu teori d. Hubungan paradigma dan teori keperawatan <ol style="list-style-type: none"> 2. Jenis atau tingkatan teori 3. Teori keperawatan terpilih (Nightingale, Henderson, Peplau, Watson, orem Roy etc) 4. Konsep holistic care: holisme humanism 5. Konsep berubah 6. Konsep sistem dan pendekatan sistem 7. Jaminan kesehatan (BPJS) 8. Konsep sehat sakit 9. Konsep kesehatan individu, keluarga, komunitas 10. Aspek etnik dan budaya dalam keperawatan 11. Aspek spiritual dalam keperawatan 12. Aspek seksualitas dalam keperawatan 13. Aspek psikososial dalam keperawatan 14. Soft skill di perguruan tinggi
<p>PUSTAKA</p>	<p>Utama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alligood, M.R. (2014). Nursing Theorist and Their Work. 8th Edition. Mosby: Elsevier Inc 2. DeLaune & Ladner, D. (2002). Fundamental of Nursing. Mosby: Missouri Elsevier 3. Elfindri. dkk. (2009). Soft Skills Panduang Bidan dan Perawat. Baduose Media 4. Kozier, b. Erb, G, Berwan, A, J & Burke, K. (2008). Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice. Ner Jersey: Prentice Hall Health 5. Kozier, b. Erb, G, Berwan, A, J & Burke, K. (2008). Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice. Ner Jersey: Prentice Hall Health 6. Rubenfeld, M.G & Scheffer, B.K. (2010). Critical thingking Tactict For Nurses, 2nd Ed. Jones and Bartlett

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	<p data-bbox="199 1543 225 1682">Publishers</p> <hr/> <p data-bbox="304 1628 330 1778">Pendukung</p> <ol data-bbox="438 548 512 1729" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="438 548 464 1729">1. Chistensen, P. J. (2009). Proses Keperawatan: Aplikasi Model Konseptual. Jakarta, EGC <li data-bbox="480 967 505 1729">2. Kaipa, P., & Milus, T. (2005). Soft skill are Smart skills <p data-bbox="523 1420 549 1778">Media Pembelajaran Online</p> <ol data-bbox="593 219 979 1729" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="593 219 705 1729">1. www.googlebooks.com https://books.google.co.id/books?id=s39OEAQAQBAI&pg=PA25&hl=id&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false <li data-bbox="742 526 799 1729">2. www.google-schoolar.com http://eprints.undip.ac.id/83782/1/Teori_dan_Falsafah_Keperawatan_Muhamad_Rofii.pdf <li data-bbox="831 1438 857 1729">3. www.youtube.com <li data-bbox="873 1014 898 1729">4. Zoom.us <li data-bbox="954 1344 979 1729">5. https://elearning.htp.ac.id/ 				
<p data-bbox="997 1854 1054 2045">Media Pembelajaran</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="997 1189 1054 1789">Software</th> <th data-bbox="997 199 1054 1189">Hardware</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1066 1189 1248 1789"> <ul data-bbox="1072 1243 1241 1729" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1072 1444 1098 1729">• OS: MS Windows <li data-bbox="1106 1370 1131 1729">• MS. Office Power Point <li data-bbox="1139 1319 1165 1729">• MS. Windows Media Player <li data-bbox="1173 1243 1241 1729">• Internet Explorer/Firefox/Google-Crome </td> <td data-bbox="1066 199 1248 1189"> <ul data-bbox="1072 723 1214 1126" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1072 902 1098 1126">• Notebook PC <li data-bbox="1106 887 1131 1126">• LCD Proyektor <li data-bbox="1139 913 1165 1126">• White Board <li data-bbox="1173 723 1214 1126">• Buku Panduan Mata Kuliah </td> </tr> </tbody> </table>	Software	Hardware	<ul data-bbox="1072 1243 1241 1729" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1072 1444 1098 1729">• OS: MS Windows <li data-bbox="1106 1370 1131 1729">• MS. Office Power Point <li data-bbox="1139 1319 1165 1729">• MS. Windows Media Player <li data-bbox="1173 1243 1241 1729">• Internet Explorer/Firefox/Google-Crome 	<ul data-bbox="1072 723 1214 1126" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1072 902 1098 1126">• Notebook PC <li data-bbox="1106 887 1131 1126">• LCD Proyektor <li data-bbox="1139 913 1165 1126">• White Board <li data-bbox="1173 723 1214 1126">• Buku Panduan Mata Kuliah
Software	Hardware				
<ul data-bbox="1072 1243 1241 1729" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1072 1444 1098 1729">• OS: MS Windows <li data-bbox="1106 1370 1131 1729">• MS. Office Power Point <li data-bbox="1139 1319 1165 1729">• MS. Windows Media Player <li data-bbox="1173 1243 1241 1729">• Internet Explorer/Firefox/Google-Crome 	<ul data-bbox="1072 723 1214 1126" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1072 902 1098 1126">• Notebook PC <li data-bbox="1106 887 1131 1126">• LCD Proyektor <li data-bbox="1139 913 1165 1126">• White Board <li data-bbox="1173 723 1214 1126">• Buku Panduan Mata Kuliah 				

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

Dosen	Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep Eka Wisanti, Ners., M.Kep., Sp.Kep.Kom Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
Assessment	Penugasan Individu (25%), Penugasan Kelompok (20%), UTS (25%), UAS (25%) dan Softskill (5%)
Mata kuliah Syarat	Tidak ada Prasyarat

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

KULIAH

Pertemuan ke	Kemampuan akhir yang diharapkan	Indikator	Materi pokok (bahan kajian)	Bentuk pembelajaran (metode dan pengalaman belajar)	Penilaian				Daftar referensi	
					Jenis	Kriteria	UT	TI		TK
1	Mahasiswa mampu memahami dan mengidentifikasi tentang falsafah dan paradigma keperawatan (C2, P2)	Ketepatan <ul style="list-style-type: none"> Menjelaskan konsep falsafah & paradigma keperawatan 	Penjelasan Silabus Konsep dalam Keperawatan yang terdiri dari <ol style="list-style-type: none"> Defenisi teori dan teori Keperawatan Komponen suatu teori Hubungan 	<i>Mini lecture</i> <i>Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%			Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

2	Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang jenis atau tingkatan teori. (C2, P2, A3)	Ketepatan Jenis atau tingkatan teori keperawatan	paradigma dan teori keperawatan	<i>Mini lecture Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%	25%	20%	Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1
3	Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang Teori keperawatan	Ketepatan Teori Keperawatan	Mencari jurnal Keperawatan (Nightingale, Henderson, Peplau, Watson, Orem, Erikson)	<i>Small group discussion dan Collaborative learning</i>	Tugas kelompok Ujian	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%	25%	20%	Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

6	Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep berubah. (C4, P2, A3)	Ketepatan Konsep berubah	Konsep berubah	<i>Mini lecture Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%			Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1
7	Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang konsep sistem dan pendekatan sistem (C2, P2,A3).	Ketepatan Konsep system & pendekatan sistem	Konsep system dan pendekatan sistem	<i>Mini lecture Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%			Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1
8	Ujian Tengah Semester									
9	Mahasiswa mampu memahami, mengidentifikasi dan menilai tentang jaminan	Ketepatan Konsep jaminan kesehatan	Konsep jaminan kesehatan	<i>Mini lecture Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%			Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

13	etnik dan budaya dalam keperawatan, aspek spiritual dalam keperawatan,	Ketepatan Aspek spiritual dalam keperawatan	Aspek spiritual dalam keperawatan	<i>Mini lecture Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%			Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1
14	aspek seksualitas dalam keperawatan serta aspek psikososial dalam keperawatan. (C4, P2, A3).	Ketepatan Aspek seksualitas dalam keperawatan	Aspek seksualitas dalam keperawatan	<i>Mini lecture Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%			Utama 1,2,4,5,6 Pendukung 1
15	Mahasiswa mampu memahami, mendemonstrasikan dan menilai tentang soft skill di perguruan tinggi (C2, P2,A3)	Ketepatan Soft Skill di perguruan tinggi	Soft Skill di perguruan tinggi	<i>Mini lecture Brainstorming</i>	Ujian Tulis	Kesesuaian dengan konsep yang dipelajari	3.5%			Utama 1,2,3,4,5,6 Pendukung 1,2
16	Ujian Akhir Semester									

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

B. EVALUASI PEMBELAJARAN

I. KRITERIA PENILAIAN

Sistem penilaian pencapaian kompetensi yang dikembangkan mengacu pada aktivitas pembelajaran didasarkan pada pencapaian aspek kognitif, psikomotor, dan afektif yang terdiri dari:

a. Penilaian Teori

No.	Indikator Penilaian	Persentase Penilaian
1.	Penugasan : a. Kelompok b. Individu	20% 25%
2.	Ujian Tengah Semester (UTS)	25%
3.	Ujian Akhir Semester (UAS)	25%
4.	<i>Softskill</i>	5%
	TOTAL	100%

II. NILAI LULUS MATA AJAR

Sistem penilaian berdasarkan acuan Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru dalam nilai angka mutu, huruf mutu, dan bobot.

Nilai batas lulus untuk setiap mata ajar adalah C (55-59).

Taraf Penguasaan	Nilai Huruf	Nilai Numerik
85 - 100	A	4,00
80 - 84	A -	3,70
75 - 79	B +	3,30
70 - 74	B	3,00
65 - 69	B -	2,70
60 - 64	C +	2,30
55 - 59	C	2,00
50 - 54	C -	1,70
40 - 49	D	1,00
0 - 40	E	0,00

III. KRITERIA BOLEH MENGIKUTI UJIAN

1. Pencapaian kehadiran teori minimal 75%
2. Telah mengumpulkan semua tugas yang telah diberikan, baik dalam bentuk laporan tertulis, video dan dokumentasi lainnya .

IV. JENIS SOAL: MCQ

Ujian	Topik	Tujuan				Jumlah Soal
		C2	C3	C4	C5	
UTS	Konsep keperawatan		2	3		5
	Dimensi dalam keperawatan		3	2		5
	Paradigma dan falsafah dalam keperawatan dan komponen teori dalam keperawatan		2	3		5
	Teori sejarah keperawatan		4	4		8
	Filosofi keperawatan		2	3		5
	Model konseptual keperawatan		3	4		7
	Teori model keperawatan		4	3		7
	System pelayanan kesehatan dan konsep jaminan kesehatan		3	3		6
	Jumlah soal UTS					53
UAS	Konsep sehat sakit		3	4		5
	Konsep kesehatan individu, keluarga, dan komunitas		4	4		8
	Etnik budaya dalam keperawatan		2	3		5
	Aspek spiritual dalam keperawatan		3	2		5
	Aspek seksualitas dalam perawatan		3	3		6
	Aspek psikologis dalam keperawatan		3	3		6
	Konsep berubah dalam keperawatan		3	3		6
	Pembelajaran dan pengembangan soft skill di perguruan tinggi		3	3		6
Jumlah soal UAS					47	
	JUMLAH				100	

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

V. KERTERKAITAN CAPAIAN PEMBELAJARAN DENGAN METODE PEMBELAJARAN DAN METODE EVALUASI

No	Capaian Pembelajaran	Metode Pembelajaran				Evaluasi
		Mini lecture	DL	SGD	Makalah	
1	Mahasiswa mampu memahami konsep dalam keperawatan dan memahami dimensi dala keperawatan: prakterk, Pendidikan dan penelitian dalam keperawatan	√			√	√
2	Mahasiswa mampu memahami konsep paradigma dan falsafah dalam keperawatan dan komponen teori dalam keperawatan	√			√	√
3	Mahasiswa mampu menjelaskan dan memahami konsep model konseptual keperawatan dan berbagai teori keperawatan terpilih dalam berbagai situasi	√	√	√		
4	Mahasiswa mampu memahami terkait system pelayanan kesehatan	√				
5	Mahasiswa mampu memahami dalam kesehatan, sehat dan sakit	√				
6	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan kesehatan individu, keluarga dan komunitas	√				
7	Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan, bio, psiko, social, dan etnik budaya dalam keperawatan	√				

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

VI. AKTIVITAS PEMBELAJARAN

Mata kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan terdiri dari 14 (empat belas) kali pertemuan pembelajaran. Oleh karena itu, disiapkan aktivitas pembelajaran yang sesuai dengan tujuan pembelajaran yang akan dicapai. Aktivitas pembelajaran pada mata kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan yang akan digunakan untuk mencapai tujuan pembelajaran adalah :

1. Belajar mandiri (*discovery learning*)

Pada pembelajaran orang dewasa, mahasiswa dapat belajar secara mandiri dari berbagai sumber belajar eksternal seperti perpustakaan, *website* (internet & intranet), buku, artikel dan jurnal. Metode belajar mandiri berbentuk pelaksanaan tugas membaca atau kajian jurnal oleh mahasiswa tanpa bimbingan atau pengajaran khusus. Dalam metode ini mahasiswa akan terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang proses dan hasil yang diharapkan serta diberikan daftar bacaan sesuai kebutuhan. Dengan belajar mandiri diharapkan dapat meningkatkan kemampuan kerja dan memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk memperdalam pengetahuan secara aktif.

2. Kuliah pakar (*mini lecture*)

Metode kuliah pakar/ceramah pakar berbentuk penjelasan pengajar kepada mahasiswa melalui sistem daring atau dalam jaringan jarak jauh, dapat berupa *virtual class* dan *video conference* dan biasanya diikuti dengan tanya jawab tentang isi pelajaran yang belum jelas. Hal yang perlu dipersiapkan pengajar adalah daftar topik yang akan diajarkan dan media visual atau materi pembelajaran. Selama kuliah pakar, seluruh

dosen diwajibkan menggunakan pendekatan *Student Centered Learning* (SCL). Dalam kuliah pakar ini, mahasiswa juga diberikan kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas selama proses kuliah atau belajar mandiri.

3. Seminar (*small group discussion*)

Metode seminar berbentuk kegiatan belajar bekerja sama dengan sesama anggota kelompoknya dalam mengerjakan tugas/membahas topik sesuai dengan yang diberikan dosen dalam bentuk tugas makalah yang akan dipresentasikan sesuai dengan kelompok masing-masing melalui sistem hybrid learning menggunakan *virtual class* dan *video conference*.

VII. AKTIVITAS PEMBELAJARAN MINGGUAN

1. Rincian Aktivitas Pembelajaran Mingguan (Teori)

Pertemuan ke	Hari/tanggal	Waktu	Topik	Metode	Dosen
1	Kelas B Senin 12-9-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB	- Konsep dalam Keperawatan	- Mini lecture, Brainstorming	Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
	Kelas D Selasa/13-9-2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			
	Kelas A Kamis/15-9-2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/16-9-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
	Kelas B Senin 19-9-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB			
2	Kelas D		- Jenis atau tingkatan teori keperawatan	Mini lecture Brainstorming,	Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

3	<p>Selasa/20-9-2022</p> <p>Kelas A Kamis/22-9-2022</p> <p>Kelas C Jumat/23-9-2022</p> <p>Kelas B Senin 26-9-2022</p> <p>Kelas D Selasa/27-9-2022</p> <p>Kelas A Kamis/29-9-2022</p> <p>Kelas C Jumat/30-9-</p>	<p>Kelas D 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas A 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas C 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas B 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas D 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas A 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas C</p>	<p>Mencari jurnal Keperawatan EBN</p> <p>- (Nightingale, Henderson, Peplau, Watson, Orem, Erikson)</p>	<p>- small group discussion, discovery learning,</p>	<p>Ns. Yecy Anggreny, M.Kep</p>	

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	2022	08.00-09.40 WIB	Mencari jurnal Keperaw atan EBN - (Roy, Roger, Orlando, King, Jhonson, Newman,)		Ns. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
4	Kelas B Senin 3-10-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB		- Small group discussion	
	Kelas D Selasa/4-10- 2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			
	Kelas A Kamis/6-10- 2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
5	Kelas C Jumat/7-10- 2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB		- konsep holistic care: holisme humanism	Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
	Kelas B Senin 10-10- 2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB			
	Kelas D Selasa/11-10- 2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	Kelas A Kamis/13-10-2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/14-10-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
6	Kelas B Senin 17-10-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB	- Konsep berubah	- Mini lecture, Brainstorming.	Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep
	Kelas D Selasa/18-10-2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			
	Kelas A Kamis/20-10-2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/21-10-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
7	Kelas B	Kelas B	- Konsep system dan	- Mini lecture,	Ns. Yecy Anggreny,

Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	Senin 24-10-2022	08.00-09.40 WIB	pendekatan sistem	Brainstorming.	M.Kep
	Kelas D Selasa/25-10-2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			
	Kelas A Kamis/27-10-2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/28-10-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
UTS Ns. Yecy Anggreny, M.Kep (31 Oktober – 5 November 2022)					
9	Kelas B Senin 7-11-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB	- Konsep jaminan kesehatan	<i>Mini lecture Brainstorming.</i>	Ns. Yecy Anggreny, M.Kep
	Kelas D Selasa/8-11-2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			
	Kelas A Kamis/10-11-	Kelas A 08.00-09.40 WIB			

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	2022	Kelas C Jumat/11-11-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
10	Kelas B Senin 14-11-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB	- Konsep sehat sakit	<i>Mini lecture, Brainstorming.</i>	Eka Wisanti, Ners., M.Kep., Sp.Kep.Kom	
	Kelas D Selasa/15-11-2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB				
	Kelas A Kamis/17-11-2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB				
	Kelas C Jumat/18-11-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB				
11	Kelas B Senin 21-11-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB	- Konsep Kesehatan individu, keluarga, komunitas	<i>Mini lecture, Brainstorming.</i>	Eka Wisanti, Ners., M.Kep., Sp.Kep.Kom	
	Kelas D Selasa/22-11-	Kelas D 08.00-09.40				

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	2022	WIB			
	Kelas A Kamis/24-11- 2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/25-11- 2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
12	Kelas B Senin 28-11- 2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB	- Aspek etnik dan budaya dalam keperawatan	<i>Mini lecture, Brainstorming.</i>	Ns. Yeccy Anggreny, M.Kep
	Kelas D Selasa/29-11- 2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			
	Kelas A Kamis/1-12- 2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/2-12- 2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

13	<p>Kelas B Senin 5-12-2022</p> <p>Kelas D Selasa/6-12-2022</p> <p>Kelas A Kamis/8-12-2022</p> <p>Kelas C Jumat/9-12-2022</p>	<p>Kelas B 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas D 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas A 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas C 08.00-09.40 WIB</p>	- Aspek spiritual dalam keperawatan	<i>Mini lecture, Brainstorming.</i>	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep
14	<p>Kelas B Senin 12-12-2022</p> <p>Kelas D Selasa/13-12-2022</p> <p>Kelas A</p>	<p>Kelas B 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas D 08.00-09.40 WIB</p> <p>Kelas A</p>	Aspek seksualitas dalam keperawatan	- <i>Mini lecture, Brainstorming.</i>	Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

	Kamis/15-12-2022	08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/16-12-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
15	Kelas B Senin 19-12-2022	Kelas B 08.00-09.40 WIB	Soft Skill di perguruan tinggi	Mini lecture, Brainstorming.	Ners. Dewi Kurnia Putri., M.Kep
	Kelas D Selasa/20-12-2022	Kelas D 08.00-09.40 WIB			
	Kelas A Kamis/22-12-2022	Kelas A 08.00-09.40 WIB			
	Kelas C Jumat/23-12-2022	Kelas C 08.00-09.40 WIB			
UAS Ners. Dewi Kurnia Putri, M.Kep (2-14 Januari 2023)					

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

NO HP :

1. Ns. Defi Eka Kartika, M.Kep (082172488861)
2. Ners. Dewi Kumia Putri., M.Kep (081385193355)
3. Ns. Yecy Anggreny, M.Kep (081378531111)
4. Eka Wisanti, Ners., M.Kep., Sp.Kep.Kom (085292384432)

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

VIII. Rincian Penugasan

Pertemuan ke	Capaian pembelajaran/akhir yang diharapkan	Metode	Materi	Kegiatan dosen	Kegiatan mahasiswa	Kriteria penilaian	Media	Waktu	Bobot nilai
III	Mahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang Teori keperawatan terpilih	- <i>Small group discussion</i> - <i>Discovery learning</i>	- JURNAL (Nightingale, handerson, Peplau, Watson, orem, erikson)	- Memberikan feedback dan menilai laporan	- Mahasiswa membagi diri menjadi 6 kelompok, kelompok 1, 2 dan 3 membahas Nightingale, handerson, Peplau, kelompok 4, 4 dan 6 membahas Watson, orem, erikson. -Membuat penugasan sesuai ketentuan -Mengumpulkan penugasan melalui	- Kesesuaian pembahasan dengan konsep yang dipelajari	- Format penilaian makalah dan presentasi, laptop, hp	1 minggu	20%

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

IV	ahasiswa mampu menganalisis, mengidentifikasi dan menilai tentang Teori keperawatan terpilih	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Small group discussion</i> - <i>Discovery learning</i> - <i>Case study</i> 	- JURNAL (Roy, Roger, Orlando, King, Jhonson, Newman)	- Memberikan feedback dan menilai laporan	<p>SPADA (https://e-learning.htp.ac.id dengan format file pdf, contoh penamaan file: Klp 1A_Nightingale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mahasiswa membagi diri menjadi 6 kelompok, kelompok 7, 8 & 9 Roy, Roger, Orlando, kelompok 10, 11 dan 12 membahas -Membuat penugasan sesuai ketentuan -Mengumpulkan penugasan melalui SPADA (https://e-learning.htp.ac.id dengan format file pdf, contoh penamaan file: Klp 7_ROY 	- Kesesuaian pembahasan dengan konsep yang dipelajari	- Format penilaian makalah dan presentasi, laptop, hp	1 minggu	10%
----	--	---	---	---	---	---	---	----------	-----

**Modul Ajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan
Edisi Revisi Pertama T.A 2022/2023**

Terwujudnya pusat pendidikan Ners yang unggul, berkarakter, menguasai, IPTEK dan menjunjung kearifan lokal serta berdaya saing di tingkat ASEAN tahun 2036

TOPIK 1

KONSEP DALAM KEPERAWATAN

A. Konsep dalam Keperawatan

Konsep teori keperawatan disusun berdasarkan ilmu dan seni yang merangkum berbagai konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu. Keilmuan keperawatan terlihat unik karena asuhan keperawatan yang dilakukan berfokus pada respon klien baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Seiring dengan perkembangan zaman digital yang semakin canggih memberikan tantangan tersendiri bagi profesi keperawatan dalam menjalankan tugasnya. Menjawab tantangan ini perawat perlu berbenah secara eksternal dan juga secara internal. Para perawat dalam menjalankan peran, fungsi dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan, dituntut untuk memiliki ketrampilan dan keahlian serta disiplin yang tinggi.

Keahlian dan keterampilan dalam keperawatan merupakan hasil dari ilmu pengetahuan dan pengalaman klinik yang dijalaninya. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik dan membuat keputusan yang kompleks dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan berkualitas karena adanya tuntutan masyarakat serta perubahan kebutuhan kesehatan dan berbagai kebijakan pemerintah terkait dengan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Berdasarkan kebutuhan ini keilmuan seorang perawat harus dikembangkan seiring perkembangan ilmu pengetahuan dan tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan khususnya keperawatan.

B. Definisi Keperawatan

Menurut UU RI. No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Taylor (1989) mendefinisikan perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dengan melindungi seseorang karena sakit, luka dan proses penuaan.

ICN (*International Council of Nursing*, 1965) mengatakan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat

serta berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan pelayanan penderita sakit. Sedangkan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1239/MenKes/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, pada pasal 1 ayat 1 yang berbunyi “Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku”. Dengan demikian, seorang dapat dikatakan sebagai perawat dan mempunyai tanggung jawab sebagai perawat manakala yang bersangkutan dapat membuktikan bahwa dirinya telah menyelesaikan pendidikan perawat baik di luar maupun didalam negeri yang biasanya dibuktikan dengan ijazah atau surat tanda tamat belajar. Dengan kata lain orang disebut perawat bukan dari keahlian turun temurun, melainkan dengan melalui jenjang pendidikan perawat.

C. Definisi Ilmu Keperawatan

Ilmu biasanya identik dengan pengetahuan atau disebut ilmu pengetahuan adalah seluruh upaya sadar manusia untuk menyelidiki, menemukan dan meningkatkan pemahaman manusia dari berbagai aspek realitas di alam. Ilmu tidak hanya pengetahuan (knowledge) namun meringkas satu set teori berbasis pengetahuan yang disepakati dan dapat diuji secara sistematis dengan seperangkat metode yang diakui dalam bidang ilmu tertentu. Ilmu biasanya dipadankan dengan kata science, sedang pengetahuan dengan *knowledge*. Dalam bahasa Indonesia kata science (berasal dari bahasa latin dari kata Scio, Scire yang berarti tahu) umumnya diartikan ilmu tapi sering juga diartikan dengan ilmu pengetahuan, meskipun secara konseptual mengacu pada makna yang sama. Untuk lebih memahami pengertian ilmu (*science*) berikut ini akan dikemukakan beberapa ahli mendefinisikan tentang pengertian ilmu.

Kamus Besar Bahasa Indonesia menjelaskan ilmu sebagai pengetahuan tentang sesuatu bidang yang disusun secara sistematis menurut metode-metode tertentu yang dapat digunakan untuk menerangkan gejala-gejala tertentu di bidang (pengetahuan) itu. Menurut The Liang Gie menyatakan dilihat dari ruang lingkungannya pengertian ilmu adalah sebagai berikut :

- a. Ilmu merupakan sebuah istilah umum untuk menyebutkan segenap pengetahuan ilmiah yang dipandang sebagai suatu kebulatan. Jadi ilmu mengacu pada ilmu seumumnya.

- b. Ilmu menunjuk pada masing-masing bidang pengetahuan ilmiah yang mempelajari pokok soal tertentu, ilmu berarti cabang ilmu khusus.

Selain itu The Liang Gie mengemukakan tiga sudut pandang berkaitan dengan pemaknaan ilmu atau ilmu pengetahuan yaitu:

- a. Ilmu sebagai pengetahuan, artinya ilmu adalah sesuatu kumpulan yang sistematis, atau sebagai kelompok pengetahuan teratur mengenai pokok soal atau subject matter. Dengan kata lain bahwa pengetahuan menunjuk pada sesuatu yang merupakan isi substantif yang terkandung dalam ilmu.
- b. Ilmu sebagai aktivitas, artinya suatu aktivitas mempelajari sesuatu secara aktif, menggali, mencari, mengejar atau menyelidiki sampai pengetahuan itu diperoleh. Jadi ilmu sebagai aktivitas ilmiah dapat berwujud penelaahan (*study*), penyelidikan (*inquiry*), usaha menemukan (*attempt to find*), atau pencarian (*search*).
- c. Ilmu sebagai metode, artinya ilmu pada dasarnya adalah suatu metode untuk menangani masalah-masalah, atau suatu kegiatan penelaahan atau proses penelitian yang mana ilmu itu mengandung prosedur, yakni serangkaian cara dan langkah tertentu yang mewujudkan pola tetap.

Harsoyo mendefinisikan ilmu dengan melihat pada sudut proses historis dan pendekatannya yaitu:

- a. Ilmu merupakan akumulasi pengetahuan yang disistematiskan atau kesatuan pengetahuan yang terorganisasikan.
- b. Ilmu dapat pula dilihat sebagai suatu pendekatan atau suatu metode pendekatan terhadap seluruh dunia empiris, yaitu dunia yang terikat oleh faktor ruang dan waktu, dunia yang pada prinsipnya dapat diamati oleh pancaindra manusia.

Berdasarkan pengertian dapat disimpulkan bahwa ilmu memang mengandung pengetahuan yang tersusun secara sistematis dalam menyajikan penjelasan dan bukti-bukti ilmiah. Sesuatu pengetahuan dapat disebut sebagai ilmu jika telah disusun secara sistematis dan menggunakan metode yang jelas pada keilmuannya yang dikembangkan dari akumulasi dari pengalaman/pengetahuan manusia yang terus difikirkan, disistematisasikan, serta diorganisir sehingga terbentuk menjadi suatu disiplin yang mempunyai objek khusus.

D. Definisi Praktek Keperawatan

Praktik keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Adapun praktik keperawatan ini ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup proses kehidupan manusia. Perawat sebagai pelaksana praktik keperawatan berperan sebagai pelaksanaasuhan keperawatan, pengelola, pendidik dan peneliti yang dilaksanakan secara mandiri dan kolaborasi (kerjasama). Praktek keperawatan ini diselenggarakan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan secara dinamis.

E. Definsi Pelayanan Keperawatan

Berdasarkan Haris health (2018) bentuk pelayanan keperawatan professional terdiri dari tiga komponen penyusun seperti yang terlihat pada :

a. Stuktur Layanan Keperawatan (*Nursing Care Delivery Structure*)

Pemberian layanan keperawatan dilakukan dengan mempertimbangkan hasil dari pengkajian perawat-pasien, menetapkan kriteria hasil yang sesuai dengan pengkajian perawat- pasien dan alat manajemen informasi. Adapun model pemberian asuhan keperawatan adalah dengan pengaturan rawat inap dan rawat jalan berdasarkan profil pasien dan kompleksitas persyaratan perawatan

b. Patient Information Management and *Decision Support Systems*

Pemberian informasi kepada pasien dikembangkan dalam catatan kesehatan elektronik yang meliputi standard praktik yang bagus dan penyusunan rencana keperawatan yang sesuai berdasarkan evidence-based practiceserta berpusat pada pasien. Penggunaan catatan keperawatan elektronik digunakan secara terintegrasi diseluruh ruang rawat inap dan rawat jalan termasuk area khusus seperti kebidanan, ruang operasi, dan IGD.

c. *Nursing Quality and Outcomes Management*

Standar kualitas asuhan keperawatan dan manajemen outcome disusun berdasarkan untuk pemberian pelayanan keperawatan yang efektif.



Nursing Professional Practice - Care Delivery System

F. RINGKASAN

Konsep teori keperawatan disusun berdasarkan ilmu dan seni yang merangkum berbagai konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu. ICN (1965) mengatakan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat serta berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan pelayanan penderita sakit.

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat-kiat keperawatan yang ditujukan kepada klien baik itu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik yang sehat maupun dalam keadaan sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Asuhan keperawatan adalah proses rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem klien disarana dan tantangan kesehatan lainnya dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan. Praktik keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Adapun praktik keperawatan ini ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup proses kehidupan manusia.

G. TEST

1. Menurut UU RI. No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah...
 - a. Bekerja dirumah sakit
 - b. Belajar di sekolah yang mengajarkan ilmu keperawatan

- c. Memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan askep
- d. Memiliki keinginan belajar asuhan keperawatan

2. Menurut Liang Gie berdasarkan ruang lingkup pengertian ilmu adalah sebagai berikut kecuali...

- a. Istilah umum untuk semua pengetahuan
- b. Suatu kebulatan dari pengetahuan
- c. Sebagai bidang pengetahuan ilmiah
- d. Sebuah wajah untuk menghilangkan kebodohan

H. Daftar Pustaka

Asmadi. (2008). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC.

Hidayat, A. Aziz Alimul. (2007). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, ed.2 Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, A. Aziz, A. (2004). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC

Kozier, Erb, Berman & Snyder. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses & Praktik, ed.7. Vol.1. Jakarta: EGC.

Kusnanto. (2004). Pengantar Profesi dan praktek keperawatan profesional. Jakarta: EGC

TOPIK 2

TINGKATAN TEORI KEPERAWATAN

A. 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).

B. Middle Range Nursing Theories

Middle Range Theory didefinisikan sebagai suatu gagasan atau ide yang memiliki keterkaitan dan berfokus pada satu dimensi terbatas yaitu pada realitas keperawatan. Teori ini terdiri atas beberapa konsep yang memiliki hubungan dan dapat dikembangkan pada tatanan praktek dan riset sebagai pedoman dalam praktik dan riset atau riset yang berfokus dalam bidang keperawatan. Teori *Middle Range*

memiliki hubungan yang lebih kuat dengan penelitian dan praktik. Hubungan antara penelitian dan praktik menurut Merton (1968), menunjukkan bahwa teori *Middle Range* amat penting dalam disiplin praktik. Selain itu, Walker dan Avant (1995) mempertahankan bahwa *Middle Range Theories* menyeimbangkan kespesifikan dengan konsep secara normal yang nampak dalam *Grand Theory*.

Middle Range Theory ini dapat memberikan manfaat bagi perawat karena mudah untuk diaplikasikan baik dalam praktik maupun abstrak secara ilmiah. Teori *Middle Range* tingkat keabstrakannya pada level pertengahan, inklusif, diorganisasi dalam lingkup terbatas, memiliki sejumlah variabel terbatas, dapat diuji secara langsung. Kramer (1995) mengatakan *mid-range theory* sesuai dengan lingkup fenomena yang relatif luas tetapi tidak mencakup keseluruhan fenomena yang ada dan merupakan masalah pada disiplin ilmu. Bila dibandingkan dengan *Grand Theory*, *Middle Range Theory* ini lebih konkrit. Merton (1968) yang berperan dalam pengembangan *middle range*, mendefinisikan teori ini sebagai sesuatu yang minor tetapi penting dalam penelitian dan pengembangan suatu teori.

Sependapat dengan Merton, beberapa penulis keperawatan mengemukakan *middle range theory* jika dibandingkan dengan *grand theory*:

- 1) Ruang lingkupnya lebih sempit
- 2) Lebih konkrit, fenomena yang disajikan lebih spesifik
- 3) Terdiri dari konsep dan proposisi yang lebih sedikit
- 4) Merepresebtasikan bidang keperawatan yang lebih spesifik/terbatas
- 5) Lebih dapat diuji secara empiris
- 6) Lebih dapat diaplikasikan secara angsung dalam tatanan praktik

C. RINGKASAN

Setelah Anda mempelajari Topik 1 tentang Sejarah Perkembangan Keperawatan, maka dapat dirangkum sebagai berikut:

- 1) Sejarah perkembangan keperawatan telah mengalami perubahan yang sangat pesat sebagai respon dari perkembangan kebutuhan manusia. Berbagai aspek peristiwa dapat mempengaruhi perkembangan sejarah dan praktik keperawatan. Seperti perkembangan keperawatan di Indonesia yang sangat dipengaruhi oleh sejarah perjuangan kemerdekaan Indonesia.
- 2) Sejarah perkembangan keperawatan zaman dahulu dipengaruhi oleh beberapa hal

seperti peran dan sikap, status wanita, nilai agama dan kepercayaan, perang dan kepemimpinan dalam keperawatan yang berwawasan masa depan.

- 3) Sejarah perkembangan keperawatan pada zaman sekarang ini, ditandai dengan lahirnya tokoh keperawatan yang sangat mashur yang dikenal sampai sekarang ini yang membawa perubahan dalam konsep berpikir yang berpengaruh besar terhadap praktik keperawatan. seperti perubahan dalam ruang lingkup tatanan layanan keperawatan, standar praktik keperawatan sampai munculnya undang-undang praktik keperawatan.
- 4) Beberapa tokoh-tokoh terkenal mulai dari benua Asia sampai benua Eropa yang sangat berjasa dalam perkembangan keperawatan, seperti Rufaidah, Florence Nightingale, Hildegard E. Peplau, Ida Jean Orlando, Virginia Handerson, Sister Calista Roy, Martha E Roger, dab lain-lain.
- 5) Perkembangan sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia tidak terlepas dari sejarah kemerdekaan bangsa Indonesia itu sendiri, yaitu ketika bangsa Indonesia masih berada dalam penjajahan bangsa asing serti bangsa Inggris, Belanda dan Jepang. Oleh karena itu, sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia sangat dipengaruhi oleh perkembangan kebangsaan Indonesia, secara umum sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia dapat dikelompokan menjadi dua periode yaitu: masa sebelum kemerdekaan dan masa setelah kemerdekaan bangsa Indonesia.
- 6) Dampak sejarah perkembangan keperawatan terhadap profil keperawatan di Indonesia pada masa sebelum dan sesudah kemerdekaan. Profil perawat sebelum masa kemerdekaan dimana Indonesua sebagai negara yang terjajah (subaltern) menyebabkan kita selalu berada pada kondisi yang tertekan, lemah, dan tidak berdaya. Kita cenderung menuruti apa saja yang menjadi keinginan penjajah. Perawat sebagai subaltern yang tunduk dan patuh mengikuti apa keinginan penjajah lama-kelamaan menjadi bagian dari karakter pribadi perawat, sehingga perawat pada masa itu, kurang percaya diri, merasa rendah diri dan cenderung menganggap bahwa profesi keperawatan adalah pembantu dokter. Setelah masa kemerdekaan terjadinya proses perubahan yang sangat luar biasa di bidang keperawatan setelah didirikan sekolah perawat setingkat dipolma pada tahun 1962 dan di ikuti berdirinya pendidikan keperawatan setingkat sarjana pada 1985. Dengan berdirinya pendidikan keperawtan ini, profesi keperawatan berkembang

menjadi sebuah profesi yang mandiri tidak lagi tergantung dengan profesi lain. Sejak tahun itu profesi keperawatan telah mendapatkan pengakuan dari profesi lain.

D. TEST

1. Suatu kejadian atau peristiwa yang terjadi pada masa lampau baik peristiwa itu menyenangkan maupun tidak menyenangkan bagi mereka yang terlibat langsung maupun tidak langsung disebut
 - A. Etika
 - B. Norma
 - C. Budaya
 - D. Sejarah
2. Ciri-ciri keperawatan pada zaman dahulu atau sebelum Abad 19 adalah
 - A. Pekerjaan perawat banyak dilakukan oleh laki-laki
 - B. Pekerjaan perawat banyak oleh dukun atau pemuka agama
 - C. Pekerjaan perawat banyak dilakukan oleh para wanita dan tahanan
 - D. Pekerjaan perawat banyak dilakukan oleh para bangsawan

E. DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad. 2016. Definisi Teori Keperawatan. Diterbitkan oleh Universitas Muhammadiyah Malang
- Aini Nur. 2018. Teori Model Keperawatan. Malang. Universitas Muhammadiyah Malang
- Arora. 2015. Definisi Teori Keperawatan. Malang oleh Universitas Muhammadiyah Malang
- DeLaune and Ladner. 2011. Definisi Teori Keperawatan. Diterbitkan oleh Universitas Muhammadiyah Malang
- Insani Rahmi Putri. 2014. Paradigma Teori Keperawatan
- Nur Aini. 2018. Teori Model Keperawatan. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang
- Risnah. 2016. Sejarah Teori dan Model Keperawatan. Makassar: Pusaka Amalia Makassar
- Risnah. 2018. Sejarah Teori dan Model Keperawatan. Makassar: Pusaka Al Maida.

]

TOPIK 3

ANALISIS TEORI KEPERAWATAN

A. NIGHTINGALE



Florence Nightingale (1860) dengan teori lingkungannya menjelaskan bahwa lingkungan merupakan faktor eksternal yang mempengaruhi individu baik yang sehat maupun sakit. Jika kebutuhan lingkungan tidak terpenuhi dengan baik atau lingkungan berada dalam kondisi tidak higienik, maka lingkungan tersebut akan dapat menyebabkan suatu penyakit pada individu (Lynn & Oliver, 2006). Kebutuhan lingkungan

menurut Florence Nightingale yaitu kebutuhan udara murni, air murni, drainase efisien, kebersihan, dan pencahayaan. Selain itu, Florence Nightingale juga menekankan pentingnya menjaga kehangatan pasien, ketenangan dan nutrisi (Kozier, 2010).

1) Sejarah 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 1951 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 (Alligood, 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).

2) **Filosofi Keperawatan**

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.

3) Konsep Paradigma Keperawatan dengan Teori 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.

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. 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, Henderson 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 peperangan. Henderson 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).

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. 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).

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

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. OREM



Dorothea Elisabeth Orem lahir di Amerika Serikat, 22 Juli 1914 di Baltimore 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, Detroit. 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 (SelfCare 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).

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 (Alligood, 2014 ; Taylor & Renpenning, 2011).

F. ERIKSON

Banyak teori mengenai perkembangan psikososial, yang paling banyak dianut adalah teori psikososial dari Erik Erikson. Teori psikososial dari Erik Erikson meliputi delapan

tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap tergantung dari hasil tahapan sebelumnya, dan resolusi yang sukses dari tiap krisis ego adalah penting bagi individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kesanggupan yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat.

G. TAHAPAN PERKEMBANGAN PSIKOSOSIAL

Berikut adalah delapan tahapan perkembangan psikososial menurut Erik Erikson :

1. Tahap I: *Trust versus Mistrust* (0-1 tahun) Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memenuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa (hope). Jika krisis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu meyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.
2. Tahap II: *Autonomy versus Shame and Doubt* (1-3 tahun) Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturan-aturan sosial tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.
3. Tahap III: *Initiative versus Guilt* (3-6 tahun) Pada periode inilah anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.
4. Tahap IV: *Industry versus Inferiority* (6-12 tahun) Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh.

Ketrampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Di sisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa inferior.

5. Tahap V: *Identity versus Role Confusion* (12-18 tahun) Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontraindikasi bahwa di lain pihak ia dianggap dewasa tetapi di sisi lain ia dianggap belum dewasa. Tahap ini merupakan masa stansarisasi diri yaitu anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.
6. Tahap VI: *Intimacy versus Isolation* (masa dewasa muda) Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cara berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk membentuk ikatan sosial yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cinta.
7. Tahap VII: *Generativity versus Stagnation* (masa dewasa menengah) Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka ketrampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.
8. Tahap VIII: *Ego Integrity versus Despair* (masa dewasa akhir) Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan menyebabkan munculnya rasa putus asa.

H. 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. 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 psikososial dari Erik Erikson meliputi delapan tahap yang saling berurutan sepanjang hidup. Hasil dari tiap tahap tergantung dari hasil tahapan sebelumnya, dan resolusi yang sukses dari tiap krisis ego adalah penting bagi individu untuk dapat tumbuh secara optimal. Ego harus mengembangkan kesanggupan yang berbeda untuk mengatasi tiap tuntutan penyesuaian dari masyarakat

I. TEST

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.

J. DAFTAR PUSTAKA

- Israfil, Arief, Y.S. & Krisnana, I. (2014). Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita berdasarkan pendekatan Teori Florence Nightingale di Wilayah Kerja Puskesmas Alak Kota Kupang NTT. *Indonesian Journal Community Health Nursing*. Vol. 2 (2).
<http://journal.unair.ac.id/downloadfull/IJCHN6937-a223c829ddfabstract.pdf>
- Lestari, L. & Ramadhaniyati. (2018). *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

TOPIK 4

ANALISIS TEORI KEPERAWATAN

A. SISTER CALLISTA ROY



Seorang perawat, guru, dan ahli teori agama yang dilahirkan di Los Angeles, California, Amerika pada tanggal 14 Oktober 1939. Tumbuh di lingkungan religious dengan latar belakang katolik. Dibaptis kemudian diberi nama yang memiliki arti “orang suci” yang dirayakan dihari kelahirannya, Santo Callisto. Ibunya juga seorang perawat yang bekerja dan memiliki andil dalam mengajar anaknya mengenai perawatan yang diperlukan oleh orang sakit serta bagaimana seharusnya seorang perawat berperilaku altruistik dengan cara yang sepenuhnya. Callista sudah mulai bekerja pada rumah sakit besar ketika masih berusia 14 tahun. Awalnya, dia hanya bertanggung jawab atas pekerjaan di sebuah toko makanan, tetapi segera dipromosikan menjadi seorang asisten perawat. Callista mempunyai panggilan pada aspek agama yang kuat. Setelah melakukan meditasi, maka diputuskannya untuk bergabung dengan Kongregasi Suster-suster San José de Carondelet di tempat tinggalnya. Pada tahun 1963, Sister Callista Roy menamatkan pendidikan keperawatan di Mount Saint Mary's College di Los Angeles tahun 1966. Selanjutnya ia lalu menyelesaikan gelar masternya dalam disiplin ilmu yang sama di University of California. Selain dari gelar itu, Roy juga mempunyai gelar master lain dalam bidang ilmu sosiologi di tahun 1973 dan meraih gelar doktor dalam bidang yang sama pada tahun 1977, kedua gelar itu diperoleh pada University of California. Pada saat studi meraih gelar master pada bidang keperawatan, dia menerima sebuah misi yang pada akhirnya mengubah kehidupannya. Salah seorang gurunya, yaitu Dorothy E. Johnson memberikan tugas agar ia mengembangkan sebuah model keperawatan yang baru. Sementara itu ia juga sedang bekerja menjadi perawat di ruangan bangsal anak. Dengan memperhatikan lingkungannya, maka ia melihat kemampuan anak untuk beradaptasi terhadap perubahan, baik secara fisik maupun mental. Hal ini menemukan sebuah dampak yang sangat besar sehingga Roy mempergunakannya sebagai dasar konseptual proyeknya. Dengan menggunakan cara ini maka Roy memperkenalkan model keperawatannya pada tahun 1968. Setelah dua tahun, ia mendirikan sebuah yayasan dalam *Nursing Outlook for Nursing*. Yang berprinsip dasar bahwa manusia, merupakan sebuah sistem holistik (kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai sisi) dan mampu beradaptasi baik secara individu atau kelompok. Setelah keberhasilan yang telah dicapai dengan modelnya, maka Callista Roy mulai melihat

kondisi karirnya yang mulai lepas landas. Roy juga telah menerbitkan banyak artikel dan buku tentang hal tersebut. Dia juga telah menawarkan banyak sekali kegiatan konferensi di seluruh dunia. Pada tahun 1978, Roy diterima di American Academy of Nursing. Diantara tahun 1983 dan 1985, Roy juga bekerja sebagai perawat di klinik neurologi milik University of California. Pada tahun 1991 Roy mendirikan sebuah organisasi yang kemudian mengadopsi namanya yakni Roy Adaptation Associations. Pada tahun 2007, Roy diakui sebagai sosok legenda hidup oleh American Academy of Nursing. Saat itu, Roy memegang posisi professor dan ahli teori di School of Nursing di Boston College.

B. MARTHA ELIZABETH ROGER



Martha E. Rogers lahir pada 12 Mei 1914 di Dallas, Texas dan wafat pada tanggal 13 Maret 1994 di Phoenix, Arizona, Amerika. Pada tahun 1936, ia memperoleh gelar diploma pada ilmu keperawatan dari General Hospital School of Nursing. Tahun 1937, ia menerima B.S dari George Peabody College di Nashville, Tennessee. Gelar sarjana lainnya adalah M.A di bidang supervisi keperawatan kesehatan masyarakat (*public health nursing supervision*) dari *Teacher's College*, University of Columbia, New York tahun 1945. Gelar M.P.H dan Sc.D, ia peroleh dari John Hopkins University di Baltimore masing-masing pada tahun 1952 dan tahun 1954 (Asmadi, 2008).

C. IDA JEAN ORLANDO PELLETIER



Ida Jean Orlando-Pelletier dilahirkan pada tanggal 12 Agustus 1926, dari imigran Italia. Wafat pada tanggal 28 November 2007 di Boston. Ia dibesarkan selama Depresi dan menerima diploma keperawatan pada tahun 1947 dari Fakultas Kedokteran New York, Sekolah Perawat Rumah Sakit Flower Fifth Avenue. Dia mendapat gelar B.S. dalam keperawatan kesehatan masyarakat pada tahun 1951 dari St. John's University di Brooklyn, New York. Pada tahun 1954, Orlando-Pelletier meraih gelar M.A dalam konsultasi kesehatan mental dari Columbia University Teachers College. Selama tahun-tahun perkembangan pendidikannya, Orlando-Pelletier bekerja di berbagai tempat perawatan. Setelah menyelesaikan gelar M.A., Orlando-Pelletier mengajar selama 8 tahun di Yale School of Nursing di New Haven, Connecticut. Ketika berada di Yale, Orlando-Pelletier adalah rekan peneliti dan penyelidik utama dari hibah

proyek federal yang berjudul "Integrasi Konsep Kesehatan Mental dalam Kurikulum Dasar," selama waktu itu ia mengumpulkan data sambil mengamati siswa berinteraksi dengan pasien dan anggota pendidikan lainnya dan tim kesehatan. Setelah menganalisis data ini, Orlando-Pelletier melaporkan temuannya dalam sebuah buku yang diterbitkan di tahun 1961 dengan judul *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function dan Principles of Profesional Nursing Practice* (1990). Sejak publikasi awal, buku ini telah diterbitkan dalam lima bahasa lain selain bahasa Inggris. Informasi dalam buku ini membentuk dasar dari teori Proses Keperawatan Orlando Pelletier (Tomey & Alligood, 2002).

D. IMOGENE M. KING



Imogene M. King dilahirkan di West Point Iowa pada tanggal 30 januari 1923 wafat pada tanggal 24 Desember 2007 di Santo Petersburg, Florida, Amerika. Imogene memulai karir dalam keperawatan setelah ia lulus pada tahun 1945 dari St John's Hospital School of Nursing, St Louis, Missouri. Saat tahun 1948 telah bekerja sebagai seorang staf perawat medis bedah dan masih kuliah di Bachelor of Science dalam keperawatan di St Louis University. King kemudian melanjutkan pendidikannya pada tahun 1959 di Columbia University, New York. Kemudian pada tahun 1961 ia pun mendapat gelar dokter sebagai pendidikan. King kemudian mengembangkan karirnya di Loyola University of Chicago sebagai pengajar mahasiswa pascasarjana pada tahun 1972, selain itu ia juga menerbitkan teori terkait dunia keperawatan mengenai sistem, konsep dan proses pada tahun 1981. Butuh waktu beberapa tahun hingga King dapat dikenal, ia dikenal dengan kepeloporannya dalam gerakan teori keperawatan pada tahun 2005. King juga telah menerbitkan sebuah artikel yang berjudul perawatan teori: Masalah dan kemajuan yang telah diedit oleh Rogers. Berikut beberapa buku yang telah dibuat oleh Dr. King yang diterbitkan pada tahun 1961 hingga 1981 di antaranya sebagai berikut: *Curriculum and Instruction In Nursing* (1986), *A Theory for Nursing: Sistem, Concept, Process* (1981), *General Concept of Human Behavior* (1961-1966).

E. DOROTHY E. JOHNSON



Dilahirkan pada tanggal 21 Agustus 1919 di Savannah, Georgia dan wafat di bulan February 1999. Johnson menerima gelar A.A pada tahun 1933 dari Armstrong junior College di Savannah, Georgia. Pada tahun 1949-1978, menjadi instruktur dan asisten profesor dalam perawat kesehatan anak-anak (pediatric nursing) di Vanderbilt University School of Nursing. Pada tahun 1955-1956 menjadi penasehat perawatan anak yang diberi tugas di Vellore - India Selatan pada Sekolah kesehatan Kristen bidang keperawatan. Johnson memperoleh apresiasi tertinggi yakni Faculty Award. Kemudian tahun 1975 dari Asisi kembali memperoleh apresiasi sebagai Lulu Hassenplug Distinguished Achievement Award. Keyakinannya pada teori Nightingale menumbuhkan Teori sistem perilaku Johnson bahwa membantu mencegah atau mengobati dari penyakit atau cedera pada individu merupakan tujuan perawatan. Ilmu dan seni merawat bukan hanya pada entitas yang spesifik, namun harus berpusat pada pasien sebagai individu. Johnson dalam membangun teorinya, Johnson menggunakan hasil kerja ilmu perilaku dari psikologi, sosiologi dan etnologi. Menyandarkan sepenuhnya pada teori sistem-sistem dan menggunakan konsep dan definisi dari A. Rapoport, R. Chin dan W. Buckley. Struktur dari teori sistem perilaku dibuatkan pola setelah model sistem, sistem dinyatakan dan terdiri dari bagian yang saling berhubungan untuk melaksanakan fungsi bersama-sama dalam membentuk keseluruhan. Johnson mengkonsepkan manusia sebagai sebuah sistem perilaku pada karya yang ia tuliskan. Fungsi ialah observasi perilaku dari teori sistem biologi yang menyatakan bahwa manusia merupakan sebuah sistem biologi yang terdiri dari bagian biologi dan penyakit merupakan hasil dari adanya gangguan pada sistem biologi.

F. BETTY NEUMAN



Betty Neuman dilahirkan pada tanggal 11 September 1924 di Lowell, Ohio. Merupakan anak dari ayah yang bekerja sebagai petani dan ibu yang hanya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Beliau sangat mencintai desanya sebagai tanah kelahirannya dan oleh sebab itu ia bercita-cita ingin membangun desanya tersebut. Betty Neuman untuk pertama kalinya mendapatkan pendidikan pada tahun 1947 di Ohio tepatnya di People Hospital School of Nursing atau saat ini lebih dikenal dengan nama General Hospital Akron di Akron. Beliau lalu pindah ke daerah Los Angeles (California) dengan maksud ingin tinggal bersama keluarga. Di California, beliau kemudian bekerja menjadi staf keperawatan rumah sakit dan menduduki jabatan penting. Selanjutnya, beliau kemudian melanjutkan studinya di jurusan psikologi University of California. Pendidikannya selesai dan meraih gelar sarjana muda di tahun 1957. Beberapa tahun berikutnya, beliau meraih gelas master pada bidang kesehatan mental tepatnya di tahun 1966. Pada University of California menjadi seorang konsultan kesehatan masyarakat dan selanjutnya melanjutkan pendidikan tinggi program administrasi di Ohio University. Beberapa pengalaman telah banyak beliau dapatkan seperti menjadi dosen di bidang keperawatan jiwa, pemimpin konseling model Whole Person Approach, berperan sebagai konsultan dan beliau juga menyusun sebuah model keperawatan di UCLA yang fokus terkait masalah keperawatan. Tahun 1972, pada publikasi edisi pertama model Whole Person Approach akhirnya dipublikasikan dengan topik a model of teaching total person approach to patient problem dalam riset keperawatan (Nur Aini, 2018).

TOPIK 5

HOLISTIC CARE

A. KEPERAWATAN HOLISTIK

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dan landasan dalam pemberian asuhan keperawatan yang harus tertanam baik pada individu, keluarga ataupun masyarakat. Falsafah keperawatan memandang individu secara holistik yang memandang individu sebagai satu kesatuan yang utuh dan kompleks, yang memiliki dimensi biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual (Asmadi,2005). Dimensi yang ada saling berkaitan satu dengan yang lainnya. Kelima dimensi tersebut merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi. Kegagalan pemenuhan salah satu dimensi mempengaruhi pemenuhan kebutuhan di keempat dimensi yang lain (Barry, 2002).

Konsep keperawatan holistik ini juga diperkuat dengan pernyataan WHO yang menyatakan sehat adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial tidak hanya terbebas dari penyakit ataupun kelemahan (Jacob,2003). Arti sehat yang dipandang secara utuh seperti pernyataan WHO, harus didukung dengan konsep, pengetahuan, dan juga aplikasi holistik dalam pemberian asuhan keperawatan kepada klien. Pengetahuan dalam keperawatan pada dasarnya mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia serta upaya mencapai pemenuhan kebutuhan tersebut (Asmadi,2005).

B. HOLISME

Holisme menegaskan bahwa organisme selalu bertingkahtaku sebagai kesatuan yang utuh, bukan sebagai rangkaian bagian atau komponen berbeda. Jiwa dan tubuh bukan dua unsur terpisah tetapi bagian dari satu kesatuan dan apa yang terjadi dibagian satu akan mempengaruhi bagian lain. Hukum inilah yang semestinya ditemukan agar dapat dipahami berfungsinya setiapkomponen

Pandangan holistik dalam kepribadian, yang terpenting adalah :

1. Kepribadian normal ditandai oleh unitas, integrasi, konsistensidan koherensi (*unity, integrationn, consistency, dan coherence*).Organisasi adalah keadaan normal dan disorganisasi berartipatologik.

2. Organisme dapat dianalisis dengan membedakan tiapbagiannya, tetapi tidak ada bagian yang dapat dipelajari dalam isolasi. Keseluruhan berfungsi menurut hukum-hukum yang tidak terdapat dalam bagian-bagian.
3. Organisme memiliki satu dorongan yang berkuasa, yakni aktualisasi diri (*self actualization*). Orang berjuang tanpa henti (*continuous*) untuk merealisasikan potensi inheren yang dimilikinya pada ranah maupun terbuka baginya.
4. Pengaruh lingkungan eksternal pada perkembangan normal bersifat minimal. Potensi organisme, jika terkuak di lingkungan yang tepat, akan menghasilkan kepribadian yang sehat dan integral.
5. Penelitian komprehensif terhadap satu orang lebih berguna daripada penelitian ekstensif terhadap

C. HUMANISME

1) Pengertian Humanisme

Dalam teori humanisme lebih melihat pada sisi perkembangan kepribadian manusia. Pendekatan ini melihat kejadian yaitu bagaimana dirinya untuk melakukan hal-hal yang positif. Kemampuan positif ini disebut sebagai potensi manusia dan para pendidik beraliran humanisme biasanya menfokuskan pengajarannya pada pembangunan kemampuan yang positif. Kemampuan positif tersebut erat kaitannya dengan pengembangan emosi positif yang terdapat dalam domain afektif. Emosi merupakan karakteristik sangat kuat yang nampak dari para pendidik beraliran humanisme.

Dalam teori pembelajaran humanistik, belajar merupakan proses yang dimulai dan ditujukan untuk kepentingan memanusiakan manusia. Dimana memanusiakan manusia di sini berarti mempunyai tujuan untuk mencapai aktualisasi diri, pemahaman diri serta realisasi diri orang yang belajar secara optimal.

2) Ciri- Ciri Teori Humanisme

Pendekatan humanisme dalam pendidikan menekankan pada perkembangan positif. Pendekatan yang berfokus pada potensi manusia untuk mencari dan menemukan kemampuan yang mereka punya dan mengembangkan kemampuan tersebut. Hal ini mencakup kemampuan interpersonal sosial dan metode untuk pengembangan diri ditujukan untuk memperkaya diri, menikmati keberadaan

hidup dan masyarakat. Keterampilan atau kemampuan membangun diri secara positif ini menjadi sangat penting dalam pendidikan karena keterkaitannya dengan keberhasilan akademik.

3) Contoh teori humanistic :

Dalam *teori belajar* humanistik, belajar dianggap berhasil jika siswa memahami lingkungannya dan dirinya sendiri. Siswa dalam proses belajarnya harus berusaha agar lambat laun ia mampu mencapai aktualisasi diri dengan sebaik-baiknya. Teori belajar ini berusaha memahami perilaku belajar dari sudut pandang pelakunya, bukan dari sudut pandang pengamatnya. Tujuan utama para pendidik adalah membantu si siswa untuk mengembangkan dirinya yaitu membantu masing-masing individu untuk mengenal diri mereka sendiri sebagai manusia unik dan membantu dalam mewujudkan potensi-potensi yang ada dalam diri mereka.

Dalam keperawatan, humanisme merupakan suatu sikap dan pendekatan yang memperlakukan pasien sebagai manusia yang mempunyai kebutuhan lebih dari sekedar nomor tempat tidur atau sebagai seorang berpenyakit tertentu. Perawat yang menggunakan pendekatan humanistik dalam prakteknya memperhitungkan semua yang diketahuinya tentang pasien yang meliputi pikiran, perasaan, nilai-nilai, pengalaman, kesukaan, dan bahasa tubuh.

D. RINGKASAN

Model kesehatan hollistik mencoba menciptakan kondisi yang mempromosikan kesehatan optimal. Pada model ini, klien dilibatkan pada proses penyembuhannya sehingga mereka memiliki unsure tanggung jawab dalam menjaga kesehatan (Edelman dle, 2006). Perawat yang menggunakan model hollistik menyadari kemampuan pemulihan alami dari tubuh menyertakan intervensi alternative seperti terapi music nostalgia, terapi relaksasi, sentuhan terapiotik, dan imajinasi, karena hal-hal ini efektif, ekonomis, noninvasif, dan nonfarmakologi.

E. TEST

1. Membangun manusia yang utuh dan sehat, dan seimbang terkait dengan seluruh aspek dalam pembelajaran; seperti spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, estetika, emosi, dan fisik adalah pengertian dari...
 - a. Holistic
 - b. Holistic care
 - c. Nilai -nilai holistic
 - d. Makna holistic

2. Pengobatan yang menekankan untuk membangkitkan system imun pasien, dan memperbaiki secara menyeluruh dari faktor pencetus penyakit, sehingga definisi kesembuhan cenderung permanen disebut.
 - a. Pengobatan dokter
 - b. Pengobatan konvensional
 - c. Pengobatan tradisional
 - d. Pengobatan holistik

F. DAFTAR PUSTAKA

- Ulfah, R. & Sulisno, M. (2012). Pengetahuan perawat tentang konsep keperawatan holistik. *Jurnal Nursing Studies*. Vol.1 (1).
<https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnursing/article/view/444>

TOPIK 6

KONSEP BERUBAH

A. Sifat Proses Berubah

Perubahan adalah proses dinamis dimana yang terjadi pada tingkah laku dan fungsi seseorang, keluarga, kelompok atau komunitas (Potter dan Perry, 2005). Proses berubah juga dapat diartikan sebagai proses beranjaknya seseorang dari keadaan status quo menjadi keadaan keseimbangan semu. Status quo *“Is a situation or state of affairs as it is now, or as it was before a recent change”* atau keadaan dimana seseorang belum bergerak dari keadaan semula.

Keseimbangan semu adalah keadaan yang dirasakan belum memadai dalam waktu tertentu. Perubahan yang baik dapat dijalani manusia bertahap dan memerlukan waktu sesuai dengan kemampuan manusia itu sendiri. Sehingga perubahan yang terjadi secara radikal biasanya akan menemui banyak hambatan.

Macam-macam proses berubah ditinjau dari sifatnya, yaitu :

- a. Perubahan spontan (Samson, 1971)
 - 1) Perubahan sebagai respon terhadap kejadian alamiah dan terkontrol/alamiah.
 - 2) Perubahan yang terjadi tidak diramalkan atau diprediksi sebelumnya.
 - 3) Perkembangan, yaitu perubahan yang berbentuk kemajuan / peningkatan penambahan yang terjadi pada individu, kelompok dan organisasi.
 - 4) Perubahan yang direncanakan yaitu sebagai upaya yang bertujuan untuk mencapai tingkat yang lebih baik.
- b. Perubahan ditinjau dari keterlibatan:
 - 1) Melalui penyediaan informasi yang cukup.
 - 2) Adanya sikap positif terhadap perubahan sesuatu atau inovasi.
 - 3) Timbulnya komitmen diri untuk berubah.
- c. Perubahan ditinjau dari sifat pengelolaan:
 - 1) Menurut Duncan
 - a) Perubahan berencana.
 - (1) Menyesuaikan kegiatan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.
 - (2) Adanya titik mula yang jelas dan dipersiapkan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.
 - (3) Adanya persiapan yang matang.
 - b) Perubahan acak/kacau.

(1) Tidak ada titik awal perubahan.

(2) Tidak ada upaya mempersiapkan kegiatan-kegiatan untuk tercapainya tujuan

2) Horsey Dan Blancard

a) Partisipatif

Yaitu individu/klien diikutkan dalam proses perubahan tersebut. Misalnya ketika bidan membangkitkan motivasi klien.

b) Paksaan

c) Yaitu perubahan yang total menggunakan kekuatan misalnya instruksi dari atasan.

B. Teori-Teori Perubahan

a. Teori Perubahan Lippit

Lippit ingin menunjukkan langkah-langkah yang harus ditempuh untuk mengadakan pembaharuan.

Langkah-langkahnya meliputi :

1) Menentukan diagnosa terlebih dahulu pada masalah yang ada

2) Mengadakan penilaian terhadap motivasi dan kemampuan dalam perubahan

3) Melakukan penilaian terhadap motivasi pasien/agen dan sumber daya.

4) Memilih tujuan perubahan yang progresif

5) Menetapkan peran dari pembaharuan sebagai agen perubahan (pendidik, peneliti, pemimpin)

6) Mempertahankan hasil dari perubahan yang telah dicapainya

7) Melakukan penghentian bantuan supaya harapan peran dan tanggungjawab dapat tercapai secara bertahap

b. Teori Perubahan Kurt Lewin

Teori perubahan Lewin menjelaskan bahwa seseorang yang akan mengadakan suatu perubahan harus memiliki konsep tentang perubahan yang tercantum agar proses perubahan tersebut terarah dan mencapai tujuan yang ada. Ia berkesimpulan bahwa kekuatan tekanan (driving forces) akan berhadapan dengan penolakan (resistences) untuk berubah. Perubahan dapat terjadi dengan

memperkuat driving forces dan melemahkan resistences to change.

Tahapan perubahan menurut Lewin antara lain:

1) *Unfreezing* (Tahap Pencairan)

Pada tahap awal ini, seseorang mencari sesuatu yang baru baik dari sisi nilai, sikap maupun kepercayaan. Seseorang dapat mengadakan proses perubahan jika memiliki motivasi yang kuat untuk berubah dari keadaan semula.

2) *Changing* (Tahap Mengubah)

Pada tahap ini, *Changing* merupakan langkah tindakan, baik memperkuat driving forces maupun memperlemah resistences. Bisa dikatakan juga tahap menstabilkan norma-norma yang sudah ada.

3) *Refreezing* (Tahap Pembekuan)

Pada tahap ini merupakan tahap pembekuan di mana seseorang yang mengadakan perubahan telah mencapai tahapan yang baru dengan keseimbangan yang baru.

4) *Action Research* (Tahap Penelitian Tindakan)

Tahap penelitian tindakan menjelaskan bahwa hasil penelitian yang ada langsung diaplikasikan ke kegiatan-kegiatan yang ada. Kemudian, lebih fokus menaruh penelitian terhadap suatu tindakan yang berfokus pada masalah yang nyata. Penelitian itu dikembangkan dari pengetahuan atau teori dan logat yang dapat di ambil.

c. Teori Perubahan Rogers E

Menurut Rogers E, perubahan sosial adalah proses di mana suatu inovasi dikomunikasikan melalui saluran tertentu dari waktu ke waktu antara anggota suatu sistem social.

Langkah-langkah untuk mengadakan perubahan menurut Rogers antara lain:

1) Tahap Awareness

Tahap awal yang menyatakan bahwa untuk mengadakan perubahan diperlukan adanya kesadaran untuk berubah.

2) Tahap Interest

Tahap ini menyatakan untuk mengadakan perubahan harus timbul perasaan suka / minat terhadap perubahan. Timbulnya minat akan mendorong dan menguatkan kesadaran untuk berubah.

3) Tahap Evaluasi

Pada tahap ini terjadi penilaian terhadap sesuatu yang baru agar tidak ditemukan hambatan selama mengadakan perubahan.

4) Tahap Trial

Tahap ini merupakan tahap uji coba terhadap hasil perubahan dengan harapan sesuatu yang baru dapat diketahui hasilnya sesuai dengan situasi yang ada.

5) Tahap adoption

Tahapan terakhir yaitu proses perubahan terhadap sesuatu yang baru setelah ada uji coba dan merasakan ada manfaatnya sehingga mampu mempertahankan hasil perubahan.

Rogers juga membagi karakter dari adopsi yaitu:

- (1) Relative advantage
- (2) Compatibility
- (3) Complexity
- (4) Trialability
- (5) Observability

Rogers dan sejumlah ilmuwan komunikasi lainnya mengidentifikasi 5 kategori pengguna inovasi :

1) Innovators

Adalah kelompok orang yang berani dan siap untuk mencoba hal-hal baru. Hubungan sosial mereka cenderung lebih erat dibanding kelompok sosial lainnya.

2) Early Adopters

Kategori adopter seperti ini menghasilkan lebih banyak opini dibanding kategori lainnya, serta selalu mencari informasi tentang inovasi.

3) Early Majority

Kategori pengadopsi seperti ini merupakan mereka yang tidak mau menjadi kelompok pertama yang mengadopsi sebuah inovasi. Sebaliknya, mereka akan dengan berkompromi secara hati-hati sebelum membuat keputusan dalam mengadopsi inovasi, bahkan bisa dalam kurun waktu yang lama.

4) Late Majority

Kelompok yang ini lebih berhati-hati mengenai fungsi sebuah inovasi.

Mereka menunggu hingga kebanyakan orang telah mencoba dan mengadopsi inovasi sebelum mereka mengambil keputusan.

5) Laggards

Kelompok ini merupakan orang yang terakhir melakukan adopsi inovasi. Mereka bersifat lebih tradisional, dan segan untuk mencoba hal hal baru. Kelompok ini biasanya lebih suka bergaul dengan orang-orang yang memiliki pemikiran sama dengan mereka.

Tabel 1 Perbangingan Perubahan Berdasarkan Tiga Teori Perubahan

Lewin	Roger	Lipitts
Pencairan	Kesadaran, Tertarik, Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> · Mendiagnosa masalah · Mengkaji motivasi, kemampuan untuk berubah · Megkaji motivasi agen pembaru dan berbagai sumber saran
Bergerak	Mencoba	<ul style="list-style-type: none"> · Menetapkan tujuan pembaharuan · Menetapkan peran agen pembaharu
Pembekuan	Penerimaan	<ul style="list-style-type: none"> · Mempertahankan perubahan · Mengakhiri bantuan.

C. Tipe Perubahan

Apabila dipandang dari tipe perubahan, menurut bennis tahun 1995, perubahan itu sendiri memiliki tujuh tipe diantaranya :

- a. Tipe indoktrinasi, suatu peubahan yang dilakukan oleh sekelompok atau masyarakat yang menginginkan pencapaian tujuan yang diharapkan dengan cara memberi doktrim atau menggunakan kekuatan sepihak untuk dapat berubah.

- b. Tipe paksaan atau kekerasan, merupakan tipe perubahan dengan melakukan pemaksaan atau kekerasan pada anggota atau seseorang dengan harapan tujuan yang dicapai dapat terlaksana.
- c. Tipe teknokratik, merupakan tipe perubahan dengan melibatkan kekuatan lain dalam mencapai tujuan yang diharapkan terdapat satu pihak merumuskan tujuan dan pihak lain untuk membantu mencapai tujuannya.
- d. Tipe interaksional, merupakan perubahan dengan menggunakan kekuatan kelompok yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan yang diharapkan dari perubahan.
- e. Tipe sosialisasi, merupakan suatu perubahan dalam mencapai tujuan dengan menggunakan kerja sama dengan kelompok lain tetapi masih menggunakan kekuatan untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai.
- f. Tipe emultif, merupakan suatu perubahan dengan menggunakan kekuatan unilateral dengan tidak merumuskan tujuan terlebih dahulu secara sungguh sungguh, perubahan ini dapat dilakukan pada sistem diorganisasi yang bawahannya berusaha menyamai pimpinan atau atasannya.
- g. Tipe alamiah, merupakan perubahan yang terjadi akibat sesuatu yang tidak disengaja tetapi dalam merumuskan dilakukan secara tidak sungguh, seperti kecelakaan, maka seseorang ingin mengadakan perubahan untuk lebih berhati-hati dalam berkendara dan lain sebagainya.

D. Proses Terjadinya Perubahan

Suasana pelayanan kesehatan pada tahun 1990an adalah suatu tantangan. Tekanan dari pemerintah, perusahaan asuransi, serikat kerja, para pegawai, dan konsumen mengenai pelayanan kesehatan, diarahkan kembali pada perawatan diri dan pencegahan. Teknologi mengalami perubahan dan focus biaya perawatan perioperatif bergeser ke arah yang lebih efektif pada situasi yang sama. Keperawatan mempunyai kesempatan baru untuk menjadi bagian dari perubahan, selama seluruh system mengalami pergeseran biaya saat kualitas perawatan klien meningkat. Kreatifitas dan tinjauan tekanan kekuatan eksternal yang luas akan memungkinkan perawat melakukan perubahan.

Perubahan dapat dijabarkan dengan beberapa cara, termasuk perubahan yang direncanakan atau yang tidak direncanakan. Perubahan yang tidak direncanakan adalah

perubahan yang terjadi tanpa suatu persiapan, sebaliknya perubahan yang direncanakan adalah perubahan yang direncanakan dan dipikirkan sebelumnya, terjadinya dalam waktu yang lama, dan termasuk adanya suatu tujuan yang jelas. Perubahan terencana lebih mudah dikelola daripada perubahan yang terjadi pada perkembangan manusia atau tanpa persiapan anat karena suatu ancaman. Untuk alasan tersebut, perawat harus dapat mengelola perubahan.

Proses perencanaan terjadi karena adanya perubahan yang sangat kompleks dan melibatkan interaksi banyak orang, faktor, dan tekanan. Secara umum, perubahan terencana adalah suatu proses di mana ada pendapat baru yang dikembangkan dan dikomunikasikan kepada semua orang, walaupun akhirnya akan diterima atau ditolak. Perubahan perencanaan, sebagaimana proses keperawatan, memerlukan suatu pemikiran yang matang tentang keterlibatan individu atau kelompok. Penyelesaian masalah, pengambilan keputusan, pemikiran kritis, pengkajian, dan efektivitas penggunaan keterampilan interpersonal, termasuk kemampuan komunikasi, kolaborasi, negosiasi, dan persuasi, adalah kunci dalam perencanaan perubahan. Orang yang mengelola perubahan harus mempunyai visi yang jelas di mana proses akan dilaksanakan dengan arah yang terbaik untuk mencapai tujuan tersebut. Proses perubahan memerlukan tahapan yang berurutan di mana orang akan terlibat dalam sebuah proses perubahan dan arah perubahan yang akan dilaksanakan. Oleh karena itu, koalisi perlu dan harus dibentuk untuk mendukung perubahan.

Dalam literature yang lain disebutkan bahwa proses terjadinya perubahan terdiri dari beberapa tahap diantaranya: Mencairkan: melibatkan penghancuran cara normal orang yang melakukan sesuatu-memutuskan pola,kebiasaan,dan rutinitas sehingga orang siap untuk menerima alternatifbaru(hersey, Blanchard) atau mengurangi kekuatan untuk mengurangi status quo, menciptakan kebutuhan akan perubahan, meminimalisasi tantangan terhadap perubahan seperti memberikan masalah proaktif.

Contoh:Refresing,kegiatan_kegiatan baru. Memindahkan: mengembangkan perilaku, nilai dan sikap yang baru. Membekukan kembali: akan terjadi jika perilaku baru sudah menjadi bagian dari kepribadian seseorang.dengan cara memperkuat, mengevaluasi, dan membuat modifikasi konstruktif.

E. Motivasi Dalam Perubahan

Motivasi itu timbul karena tuntutan kebutuhan dasar manusia, sedangkan kebutuhan dasar manusia yang dimaksud antara lain:

- a. Kebutuhan fisiologis (makan, minum, tidur, oksigen dll) berdasarkan kebutuhan tersebut maka manusia akan selalu ingin mempertahankan hidupnya dengan jalan memenuhinya atau mengadakan perubahan.
- b. Kebutuhan keamanan. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan manusia agar mendapatkan jaminan keamanan atau perlindungan dari berbagai ancaman bahaya yang ada.
- c. Kebutuhan social. Kebutuhan ini mutlak diperlukan karena manusia tidak akan dapat hidup sendiri tanpa bantuan dari orang lain.
- d. Kebutuhan penghargaan dan dihargai. Setiap manusia selalu ingin mendapatkan penghargaan dimata masyarakat akan prestasi, status, dan lain-lain. Untuk itu manusia akan termotivasi untuk mengadakan perubahan.
- e. Kebutuhan aktualisasi diri. Kebutuhan perwujudan diri agar di akui masyarakat akan kemampuannya dan potensi yang dimiliki.
- f. Kebutuhan interpersonal yang meliputi kebutuhan untuk berkumpul bersama untuk melakukan control dalam mendapatkan pengaruh dari lingkungan.

F. Strategi Dalam Perubahan

Dalam perubahan dibutuhkan cara yang tepat agar tujuan dalam perubahan dan tercapai secara tepat, efektif dan efisien, untuk itu dibutuhkan strategi khusus dalam perubahan diantaranya:

- a. Strategi Rasional Empirik

Strategi ini didasarkan karena manusia sebagai komponen dalam perubahan memiliki sifat rasional untuk kepentingan diri dalam berperilaku. Untuk mengadakan suatu perubahan strategi rasional dan empirik yang didasarkan dari hasil penemuan atau riset untuk diaplikasikan dalam perubahan manusia yang memiliki sifat rasional akan menggunakan rasionalnya dalam menerima sebuah perubahan. Langkah dalam perubahan atau kegiatan yang diinginkan dalam strategi rasional empirik ini dapat melalui penelitian atau adanya desiminasi melalui pendidikan secara umum sehingga melalui desiminasi akan diketahui secara rasional bahwa perubahan yang akan dilakukan benar-benar sesuai

dengan rasional. Strategi ini juga dilakukan pada penempatan sasaran yang sesuai dengan kemampuan dan keahlian yang dimiliki sehingga semua perubahan akan menjadi efektif dan efisien, selain itu juga menggunakan sistem analisis dalam pemecahan masalah yang ada.

b. Strategi Redukatif normative

Strategi ini dilaksanakan berdasarkan standar norma yang ada di masyarakat. Perubahan yang akan dilaksanakan melihat nilai-nilai normatif yang ada di masyarakat sehingga tidak akan menimbulkan permasalahan baru di masyarakat. Standar norma yang ada di masyarakat ini di dukung dengan sikap dan sistem nilai individu yang ada di masyarakat. Pendekatan ini dilaksanakan dengan mengadakan intervensi secara langsung dalam penerapan teori-teori yang ada. Strategi ini dilaksanakan dengan cara melibatkan individu, kelompok atau masyarakat dan proses penyusunan rancangan untuk perubahan. Pelaku dalam perubahan harus memiliki kemampuan dalam berkolaborasi dengan masyarakat. Kemampuan ilmu perilaku harus dimiliki dalam pembaharu.

c. Strategi Paksaan- Kekuatan

Dikatakan strategi paksaan-kekuatan karena adanya penggunaan kekuatan atau kekuasaan yang dilaksanakan secara paksa dengan menggunakan kekuatan moral dan kekuatan politik. Strategi ini dapat dilaksanakan dalam perubahan sistem kenegaraan, penerapan sistem pendidikan dan lain-lain.

G. Model Dalam Perubahan

Model dalam perubahan terbagi menjadi 3 tahap :

a. *Research And Development Model* (Model Penelitian dan Pengembangan).

Model perubahan perubahan ini didasarkan atas penelitian dan perencanaan dalam pengembangan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam menggunakan model ini dapat dilakukan dengan cara melakukan identifikasi atas perubahan yang akan dilakukan dalam perubahan.

b. *Social Interaction Model* (Model Interaksi Sosial).

Model perubahan dengan interaksi sosial ini dilakukan berdasarkan atas saling kerjasama dalam sistem dengan memfokuskan pada persepsi dan respons dari perubahan. Roger diantaranya, menyadari akan perubahan, adanya minat dalam perubahan, melakukan evaluasi tentang hal-hal yang akan dilakukan perubahan,

melalui uji coba sesuatu hal yang akan dilakukan perubahan serta menerima perubahan.

c. *Problem Solving Model* (Model Penyelesaian Masalah).

Model ini menekankan pada penyelesaian masalah dengan menggunakan langkah mengidentifikasi kebutuhan yang menjadi masalah, mendiagnosis masalah, menemukan cara penyelesaian masalah yang akan digunakan, melakukan uji coba dan melakukan evaluasi dari hasil uji coba untuk digunakan dalam perubahan.

H. Hambatan Dalam Perubahan

Perubahan tidak selalu mudah untuk dilaksanakan akan tetapi banyak hambatan yang akan diterimanya baik hambatan dari luar maupun dari dalam diantaranya hal yang menjadi hambatan dalam perubahan adalah sebagai berikut :

a. Ancaman Kepentingan Pribadi

Ancaman kepentingan pribadi ini merupakan hambatan dalam perubahan karena adanya kekhawatiran adanya perubahan segala kepentingan dan tujuan diri contohnya dalam melaksanakan standarisasi perawat profesional dimana yang diakui sebagai profesi perawat minimal D III Keperawatan, sehingga bagi lulusan SPK yang dahulu dan tidak ingin melanjutkan pendidikan akan terancam bagi kepentingan dirinya sehingga hal tersebut dapat menjadikan hambatan dalam perubahan.

b. Persepsi yang Kurang Tepat

Persepsi yang kurang tepat atau informasi yang belum jelas ini dapat menjadi kendala proses perubahan. Berbagai informasi yang akan dilakukan dalam sistem perubahan jika tidak dikomunikasikan dengan jelas atau informasinya kurang lengkap, maka tempat yang akan dijadikan perubahan akan sulit menerimanya sehingga timbul kekhawatiran dari perubahan tersebut.

c. Reaksi Psikologis

Reaksi psikologis ini merupakan faktor yang menjadi hambatan dalam perubahan karena setiap orang memiliki reaksi psikologis yang berbeda dalam merespons perbedaan sistem adaptasi pada setiap orang juga dapat menimbulkan reaksi psikologis yang berbeda sehingga bisa menjadi hambatan dalam perubahan, contohnya bila akan dilakukan perubahan dalam sistem

praktek keperawatan mandiri bagi perawat. Jika perawat belum bisa menerima secara psikologis, akan timbul kesulitan karena ada perasaan takut sebagai dampak dari perubahan.

d. Toleransi terhadap Perubahan

Toleransi terhadap ini tergantung dari individu, kelompok atau masyarakat. Apabila individu, kelompok atau masyarakat tersebut memiliki toleransi yang tinggi terhadap perubahan, maka akan memudahkan proses perubahan tetapi apabila toleransi seseorang terhadap perubahan sangat rendah, maka perubahan tersebut akan sulit dilaksanakan.

e. Kebiasaan

Pada dasarnya seseorang akan lebih senang pada sesuatu yang sudah diketahui sebelumnya atau bahkan dilaksanakan sebelumnya dibandingkan sesuatu yang baru dikenalnya, karena keyakinan yang dimiliki sangat kuat. Faktor kebiasaan ini yang menjadikan hambatan dalam perubahan.

f. Ketergantungan

Ketergantungan merupakan hambatan dalam proses perubahan karena ketergantungan menyebabkan seseorang tidak dapat hidup secara mandiri dalam mencapai tujuan tertentu. Suatu perubahan akan menjadi masalah bagi seseorang yang selalu menggantungkan diri sehingga perubahan sulit dilakukan.

g. Perasaan tidak Aman

Perasaan tidak aman juga merupakan faktor penghambat dalam perubahan karena adanya ketakutan terhadap dampak dari perubahan yang juga akan menambah ketidakamanan pada diri, kelompok atau masyarakat.

h. Norma

Norma merupakan segala aturan yang didukung oleh anggota masyarakat dan tidak mudah dirubah. Apabila akan mengadakan proses perubahan namun perubahan tersebut akan menghadapi hambatan. Sebaliknya jika norma tersebut sesuai dengan prinsip perubahan, maka akan sangat mudah dalam perubahan.

I. RINGKASAN

Dalam kehidupan manusia, perubahan tidak dapat di hindari. Dimulai oleh dunia usaha yang lebih dulu menyadari pentingnya perubahan bagi peningkatan kualitas

produksi yang dihasilkan, sampai ke administrasi pemerintah. Berbagai upaya dan pendekatan telah dilakukan untuk memecahkan masalah yang timbul akibat adanya perubahan. Oleh karena perubahan memang selalu terjadi dan pasti akan selalu terjadi, pimpinan organisasi baik organisasi pemerintah maupun non-pemerintah disamping harus memiliki kepekaan terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di luar organisasi yang dipimpinnya dan mampu memperhitungkan dan mengakomodasikan dampak dari perubahan-perubahan yang terjadi itu, mutlak perlu pula untuk mempunyai keterampilan dan keberanian untuk melakukan perubahan di dalam organisasi demi peningkatan kemampuan organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Diantara para pakar menurut Wibowo memberikan terminologi yang berbeda-beda tentang jenis-jenis perubahan. Pertama, membedakan jenis perubahan dalam *planned change* (perubahan terencana) dan *unplanned change* (perubahan tidak terencana). Kedua, membandingkan tipologi perubahan menjadi *adaptive change*, *innovative change*, *radically innovative change*. Ketiga, membagi menurut sifatnya menjadi *incremental change* dan *fundamental change*. Tidak banyak orang yang suka akan perubahan, namun walau begitu perubahan tidak bisa dihindari. Harus dihadapi. Karena hakikatnya memang seperti itu maka diperlukan satu manajemen perubahan agar proses dan dampak dari perubahan tersebut mengarah pada titik positif.

J. TEST

1. Menurut pakar Wibowo menjelaskan tentang jenis perubahan salah satunya adalah
 - a. perubahan terencana
 - b. *adaptive change*
 - c. *innovative change*
 - d. *radically innovative change*
2. Model dalam perubahan terbagi menjadi beberapa macam salah satunya adalah...
 - a. *Research And Development Model*
 - b. *adaptive change*
 - c. *innovative change*
 - d. *radically innovative change*

K. DAFTAR PUSTAKA

Aziz Alimul Hidayat. Konsep Dasar Keperawatan. Edisi 3, Jakarta, Salemba Medika, 2008.

Hidayat, Aziz Alimul A.2007, Edisi 2. Pengantar konsep dasar keperawatan. Penerbit:Salemba medika.Surabaya.

TOPIK 7

KONSEP SISTEM DAN PENDEKATAN SISTEM

A. PENGERTIAN SISTEM

Kata sistem menjadi sangat populer dengan munculnya pendekatan sistem yang digunakan dalam berbagai bidang ilmu. Sistem secara teknis berarti seperangkat komponen yang saling berhubungan dan bekerja bersama-sama untuk mencapai suatu tujuan. Kata sistem berasal dari bahasa latin (syst dan ema) dan bahasa Yunani (sust dan ema) adalah suatu kesatuan yang terdiri dari komponen atau elemen yang dihubungkan bersama untuk memudahkan aliran informasi, materi, atau energi. Istilah ini sering digunakan untuk menggambarkan suatu set kesatuan yang berinteraksi, ketika suatu model matematika sering kali dapat dibuat. Sistem juga merupakan kesatuan bagian-bagian yang saling berhubungan yang berada dalam suatu wilayah serta memiliki item-item penggerak.

Misalnya, negara yang merupakan suatu kumpulan dari beberapa elemen kesatuan lain seperti provinsi yang saling berhubungan sehingga membentuk suatu negara dengan rakyat sebagai penggerakannya. Kata “sistem” sering digunakan baik dalam percakapan sehari-hari, forum diskusi maupun dokumen ilmiah. Kata ini digunakan untuk banyak hal dan berbagai bidang, sehingga memiliki makna yang beragam. Sistem merupakan suatu kerangka kerja yang berhubungan dengan keseluruhan aspek sosial manusia, struktur, masalah-masalah organisasi, serta perubahan hubungan internal dan lingkungan disekitarnya. Sistem tersebut terdiri atas tujuan, proses dan isi. Tujuan adalah sesuatu yang harus dilaksanakan sehingga tujuan dapat memberikan arah pada sistem. Proses berfungsi dalam memenuhi tujuan yang hendak dicapai, dan Isi terdiri atas bagian yang membentuk suatu sistem.

B. KOMPONEN SISTEM

1. Manusia

Manusia adalah makhluk bio-psikososial yang utuh dan unik yang mempunyai kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual. Manusia dipandang secara menyeluruh dan holistik mempunyai siklus kehidupan meliputi tumbuh kembang, memberi keturunan, memiliki kemampuan untuk mengatasi perubahan dengan menggunakan berbagai mekanisme yang dibawa sejak lahir maupun yang didapat bersifat biologis, psikologis dan sosial. Manusia selalu mencoba memenuhi kebutuhannya melalui serangkaian peristiwa yang mencakup belajar, menggali, serta menggunakan sumber-sumber yang

diperlukan berdasarkan potensi dan keterbatasannya.

2. Lingkungan

Manusia selalu hidup dalam suatu lingkungan tertentu, lingkungan meliputi lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan merupakan tempat dimana manusia berada, yang selalu mempengaruhi dan dipengaruhi manusia sepanjang hidupnya. Setiap lingkungan mempunyai karakteristik tersendiri dan memberikan dampak yang berbeda pada setiap manusia, dalam menanggapi dampak lingkungan ini, manusia selalu berespon untuk mengadakan adaptasi agar keseimbangan dirinya tetap terjaga. Adaptasi dapat bersifat positif, dapat pula negatif (apabila manusia beradaptasi secara negatif pada pengaruh lingkungan maka akan menimbulkan masalah).

3. Kesehatan

Sehat merupakan suatu persepsi yang sangat individual, beberapa definisi tentang sehat adalah:

- a. WHO (1947): Sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental, sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit atau cacat.
- b. Parson (1972): Sehat adalah kemampuan individu secara optimal untuk eran dan tugasnya secara efektif.
- c. Dubois (1978): Sehat adalah suatu proses yang kreatif individu secara aktif dan terus menerus beradaptasi dengan lingkungannya. Kesehatan adalah suatu proses yang dinamis, terus menerus berubah sebagai interaksi antara individu dengan perubahan lingkungan baik internal maupun eksternal.

4. Keperawatan

Tindakan keperawatan berdasarkan pada kebutuhan manusia, keperawatan dilaksanakan secara universal terjadi pada semua tingkat manusia. Tingkah laku dalam keperawatan meliputi rasa simpati, empati, menghargai orang lain, tenggang rasa. Keperawatan menghargai kepercayaan dan nilai-nilai yang dianut manusia. Keperawatan membantu klien mengenal dirinya, sebagai makhluk yang memiliki kebutuhan yang unik. Pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan keperawatan adalah salah satu bentuk “pelayanan profesional sebagai integral dari pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologis, psikologi sosial, dan spiritual secara komprehensif diajukan kepada individu, keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit, mencakup siklus hidup manusia”.

C. TIPE SISTEM

Ada dua jenis sistem, yaitu sistem terbuka dan sistem tertutup. Sistem terbuka, seperti organ tubuh manusia atau suatu proses seperti proses keperawatan, interaksi dengan lingkungan, serta perubahan antara sistem dan lingkungan. Sistem tertutup, seperti reaksi kimia dalam suatu tabung uji tidak berhubungan dengan lingkungan. Layaknya semua sistem, proses keperawatan mempunyai tujuan khusus.

Tujuan proses keperawatan adalah untuk mengatur dan menyampaikan pendekatan individual kepada asuhan keperawatan. Perbedaan antara sistem terbuka dan sistem tertutup, antara lain :

1) Type Sistem Terbuka.

1. Terjadi proses interaksi.
2. Terdapat masukan dari lingkungan.
3. Terdapat proses transformasi
4. Keluaran (hasil) dikembalikan ke lingkungan.
5. Bersifat dinamis
6. Terdapat proses terus menerus dalam mengadakan penyesuaian.
7. Hasil yang dicapai sesuai dengan kebutuhan.
8. Mempunyai daya adaptasi terhadap lingkungan & dipengaruhi oleh perubahan lingkungan.
9. Masukan terus berubah dengan akibat proses terus berubah
10. Menggunakan umpan balik

2) Type Sistem Tertutup

1. Tidak dipengaruhi dan mempengaruhi lingkungan
2. Tak ada masukan dari dan ke lingkungan.
3. Proses tidak mengadakan penyesuaian.
4. Tak ada alur umpan balik.
5. Tak ada adaptasi terhadap lingkungan

D. RINGKASAN

Dalam pengertian yang paling umum, sebuah sistem adalah sekumpulan alat yang memiliki hubungan diantara mereka. Sistem secara sederhana dapat didefinisikan sebagai sesuatu kesatuan dari berbagai elemen atau bagian-bagian yang mempunyai hubungan fungsional dan berinteraksi secara dinamis untuk mencapai hasil yang diharapkan. Dengan

demikian keperawatan, dapat diartikan sebagai satu keseluruhan karya insani yang terbentuk dari bagian-bagian yang mempunyai hubungan fungsional dalam upaya mencapai tujuan akhir.

E. TEST

1. Tubuh manusia tersusun atas sel, jaringan, organ, sistem organ, dan individu. setiap unsur penyusun tubuh manusia saling berinteraksi satu sama lain dengan lingkungan sekitar. Hal ini termasuk dalam konsep sistem...
 - a. Sistem terbuka tertutup
 - b. Sistem terbuka
 - c. Sistem tertutup
 - d. Sistem integrasi
 - e. Konsep sistem

2. Interaksi antara individu dengan lingkungan sekitar menimbulkan beberapa dampak dalam status kesehatan individu atau manusia, salah satunya adalah menurunnya status kesehatan individu. Hal ini merupakan bentuk adaptasi sistem dengan tipe....
 - a. Adaptasi morfologis
 - b. Adaptasi Negatif
 - c. Adaptasi Positif
 - d. Adaptasi Sistem
 - e. Kemampuan adaptasi menurun

F. DAFTAR PUSTAKA

Aziz, A. Halimul Hidayat. 2008. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Catatan ketiga Jakarta: Salemba Medika

Haryanto. 2007. Konsep Dasar Keperawatan Dengan Pemetaan Konsep. Jakarta : Salemba Medika.

TOPIK 9

JAMINAN KESEHATAN

A. JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah suatu tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh beberapa Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial. Jaminan Sosial meliputi Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian. Jaminan Kesehatan di Indonesia secara nasional diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, yaitu badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan, dimana BPJS Kesehatan mulai melakukan kegiatan operasional mulai tanggal 1 Januari 2014 (Kementerian Kesehatan, 2014; Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, 2019).

B. PENYELENGGARAAN JAMINAN KESEHATAN

Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) diatur dalam UU No. 40 Tahun 2011, yang menyatakan bahwa BPJS menyelenggarakan SJSN berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dananya dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta (Kemensekneg, 2011). Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema –skema tersebut masih terfragmentasi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali (Kementerian Kesehatan, 2014).

C. IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN

Dari aspek standar dan sasaran kebijakan dalam suatu kebijakan memiliki standardansasaran kebijakan yang harus di capai, tentang program mengenai jaminan kesehatan nasional (JKN). Berdasarkan hasil penelitian mengenai program pemerintah tentang jaminan kesehatan memiliki tujuan bahwa Indonesia sehat pada tahun 2019 dan semua masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan dengan baik. Kebijakan merupakan tindakan pemerintah yang didesain untuk mencapai sejumlah hasil. Dalam suatu kebijakan yang dibuat oleh pemerintah, perlu memperhitungkan apakah suatu kebijakan sesuai dengan apa yang menjadi kebutuhan oleh masyarakat. Maka dari pada itu dalam suatu proses pembuatan kebijakan perlu diperhatikan bukan saja dalam hal bagaimana mengimplementasikannya, akan tetapi perlu memperhatikan apakah dalam proses formulasi, sesuai dengan apa yang menjadi kebutuhan.

D. RINGKASAN

Masih banyak masyarakat yang belum mengikut sertakan diri sebagai peserta jaminan kesehatan disebabkan karena masih kurangnya sosialisasi pemerintah terhadap masyarakat. Dalam kebijakan mengimplementasikan kebijakan ini ada beberapa hal yang dapat di menjadi hambatan yaitu: masih kurangnya fasilitas penunjang dan masih kurangnya sumber daya manusia yang tersedia untuk memberikan pelayanan, hal lain yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan kebijakan ini adalah implementor belum memahami dengan baik, Standar operasional prosedur dalam memberikan pelayanan, dan terkadang komunikasi dan koordinasi yang di bangun antara pihak BPJS dan mitra kerjanya belum berjalan dengan baik.

E. TEST

1. Cakupan jaminan kesehatan masih dalam kategori kurang apabila dibandingkan dengan target capaian. Hal yang menjadi penyebab kurangnya cakupan jaminan kesehatan antara lain adalah kecuali....
 - a. Struktur politik yang berubah-ubah
 - b. Kurangnya sosialisasi di tengah masyarakat
 - c. Kurang memadai fasilitas yang tersedia
 - d. Komunikasi dan koordinasi pihak BPJS dengan mitra yang belum berjalan baik
 - e. SOP yang belum tersedia

2. Kegiatan sosialisasi yang dilakukan pemerintah kepada masyarakat dalam memperkenalkan jaminan kesehatan memiliki manfaat sebagai berikut....
 - a. Memaksa masyarakat untuk mengikuti sistem jaminan kesehatan
 - b. Membantu masyarakat dalam melakukan pembayaran tagihan
 - c. Meningkatkan motivasi menabung bagi masyarakat
 - d. Meningkatkan cakupan pengguna jaminan kesehatan
 - e. Memberikan gambaran manfaat dan dampak jaminan kesehatan

F. DAFTAR PUSTAKA

Djiko, R. Arimawa, P. & Tangkau, C. (2018). Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Halmahera Utara. *PUBLISIA: Jurnal Ilmu Administrasi Publik*. Vol. 3 (2). <https://jurnal.unmer.ac.id/index.php/jkpp/article/view/2348>.

TOPIK 10

KONSEP SEHAT SAKIT

A. Definisi Sehat

WHO (2015) menyatakan bahwa "*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity*".

Arti kesehatan menurut para pakar kesehatan yaitu suatu situasi dan kondisi sejahtera dimana tubuh manusia, jiwa, serta sosial yang sangat memungkinkan tiap-tiap orang hidup produktif dengan cara sosial dan juga ekonomis. Sehat mengandung 4 komponen, yaitu:

- Sehat Jasmani
- Sehat Mental
- Kesejahteraan Sosial
- Sehat Spiritual

Sehat berarti kekuatan dan ketahanan, dimana setiap individu mempunyai daya tahan terhadap penyakit, mengalahkan stres dan kelelahan atau kelesuan. UU No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan menyatakan bahwa, "kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental atau psikis, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi" (dikutip dari UU Kesehatan No. 36 tahun 2009) yakni fungsi secara efektif dari setiap sumber perawatan diri yang menjaminkannya suatu tindakan perawatan diri secara adekuat. UU No.23 Tahun 1992 menyatakan sehat sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang untuk hidup produktif atau baik dalam ruang lingkup ekonomi dan sosial. Kesehatan harus dilihat sebagai suatu perpaduan secara utuh yang terdiri dari unsur-unsur fisik, mental, dan sosial dimana didalamnya ada kesehatan jiwa yang menjadi bagian dari integral kesehatan. Parson (dalam Asmadi, 2008) menyimpulkan bahwa sehat adalah kemampuan seorang individu untuk menjalankan tugas dan perannya secara efektif dengan kondisi yang optimal.

B. Definisi Sakit

Sakit (*illness*) adalah penilaian tiap-tiap individu terhadap pengalamannya menderita suatu penyakit. Sakit menimbulkan dimensi fisiologis yang bersifat subjektif atau perasaan yang terbatas yang lebih dirasakan oleh orang yang bersangkutan, yang ditandai dengan perasaan yang tidak menyenangkan (*unfeeling well*), lemah (*weakness*), pusing (*dizziness*), kaku dan mati rasa (*numbness*). Mungkin

saja melalui pemeriksaan secara medis individu terserang suatu penyakit dan fungsi dari salah satu organ tubuhnya terganggu, namun tidak merasakan sakit dan tetap menjalankan aktivitas sehari-harinya. Senada dengan penjelasan tersebut, Sarwono (dalam Yunindyawati, 2004) mendefinisikan bahwa sakit merupakan suatu keadaan yang kurang menyenangkan yang dirasakan seseorang serta menghambat aktifitas, baik secara jasmani dan rohani sehingga seseorang tersebut tidak bisa menjalankan fungsi dan perannya secara normal dalam masyarakat.

Tolak ukur atau acuan yang paling mudah untuk menentukan kondisi sakit atau penyakit adalah jika terjadi perubahan dari nilai batas normal yang telah ditetapkan, akan tetapi ada beberapa definisi mengenai sakit yang dapat dijadikan acuan (Asmadi, 2008), antara lain:

1. Menurut Parson, sakit adalah kondisi dimana terjadi ketidakseimbangan dari fungsi normal tubuh manusia, termasuk sistem biologis dan kondisi penyesuaian.
2. Menurut Borman, ada 3 kriteria keadaan sakit, yaitu adanya gejala, persepsi terhadap kondisi sakit yang dirasakan serta menurunnya kemampuan dalam beraktivitas sehari-hari.
3. Menurut batasan medis, ada 2 bukti adanya sakit, yaitu tanda dan gejala.
4. Perkins mengemukakan pula bahwa, sakit adalah suatu kondisi yang kurang menyenangkan yang dialami seseorang sehingga menimbulkan gangguan pada aktivitas sehari-hari, baik jasmani maupun sosial.

Penyakit memiliki perbedaan dengan rasa sakit. Penyakit bersifat objektif karena bisa dilihat dari parameter tertentu, sedangkan rasa sakit bersifat subjektif karena merupakan keluhan yang dirasakan seseorang, karena memiliki perbedaan maka implikasinya juga berbeda. Seseorang yang menderita penyakit belum tentu merasakan sakit, sebaliknya yang mengeluh sakit belum tentu menderita penyakit (Asmadi, 2008).

1) **Model Sehat Sakit**

1. Kontinum sehat sakit atau rentang sehat sakit

Sehat dalam suatu rentang adalah tingkat kesejahteraan individu pada jangka waktu tertentu, dimana individu berada dalam kondisi sejahtera yang optimal, dengan kualitas energi yang paling maksimum, sampai pada kondisi kematian, yang menandakan habisnya energi individu secara total (Neuman, 1990 dalam Maulana, 2014). Menurut model kontinum sehat sakit, sehat adalah sebuah

keadaan yang bersifat dinamis dan dapat berubah terusmenerus sesuai dengan adaptasi dari individu terhadap perubahan suatu lingkungan baik internal dan eksternal dan mampu mempertahankan keadaan fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan dan spiritual yang sehat, sedangkan sakit adalah sebuah proses perubahan atau penurunan fungsi dari individu bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya, karena sehat dan sakit merupakan bagian yang mempunyai beberapa tingkat dan kualitas yang bersifat relatif, maka keakuratannya harus ditentukan sesuai dengan titik tertentu pada skala kontinum sehat sakit (Maulana, 2014).

2. Model kesejahteraan tingkat tinggi

Model kesejahteraan tingkat tinggi adalah model kesejahteraan yang orientasinya ialah memaksimalkan potensi sehat yang ada pada setiap individu untuk mampu mempertahankan rentang keseimbangan dan arah yang memiliki tujuan tertentu dalam lingkungan. Model ini berusaha untuk memajukan tingkat fungsi ke arah yang lebih tinggi, dimana individu mampu hidup dengan potensi yang paling maksimal, dan merupakan suatu proses yang dinamis, bukan suatu keadaan yang statis dan pasif (Maulana, 2014)

3. Model agen-penjamu-lingkungan

Model agen-penjamu-lingkungan adalah model yang tingkat sehat sakit dari individu atau kelompok tersebut ditentukan oleh hubungan antara ketiga variabel yakni agen, penjamu dan lingkungan secara dinamis (Maulana, 2014).

4. Model keyakinan kesehatan

Model ini menyatakan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkannya. Terdapat 3 komponen dalam model keyakinan kesehatan, yaitu:

- Komponen pertama adalah persepsi individu tentang dirinya yang rentan terhadap suatu penyakit. Contohnya, klien atau individu perlu mengenal adanya penyakit yang diderita melalui riwayat keluarganya. Apabila dalam keluarga memiliki riwayat diabetes melitus dan dalam empat dekade ada keluarga yang meninggal karena penyakit tersebut, maka klien memiliki kemungkinan mengalami penyakit diabetes melitus.

- Komponen kedua adalah persepsi individu terhadap keseriusan penyakit tertentu. Variabel demografi dan sosiopsikologis merupakan hal utama yang mempengaruhinya, rasa terancam oleh penyakit dan tandatanda untuk bertindak.
- Komponen ketiga dimana individu berusaha mengambil tindakan preventif, contohnya mengubah gaya hidup.

Model keyakinan kesehatan sangat membantu perawat dalam memahami tentang berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi, keyakinan, perilaku klien serta membantu perawat dalam merancang rencana paling efektif sehingga klien dapat memelihara atau memperoleh kembali status kesehatannya dan mencegah terjadinya penyakit (Maulana, 2014).

5. Model peningkatan kesejahteraan

Menurut Pender, peningkatan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesehatan klien. Model peningkatan kesejahteraan adalah model yang mengidentifikasi beberapa faktor seperti demografi dan sosial. Faktor dalam model tersebut dapat meningkatkan atau menurunkan partisipasi, sehingga terjadi peningkatan kesehatan serta mengatur berbagai tanda yang muncul menjadi sebuah pola yang dapat menjelaskan kemungkinan munculnya partisipasi individu dalam perilaku peningkatan kesehatan.

TOPIK 11

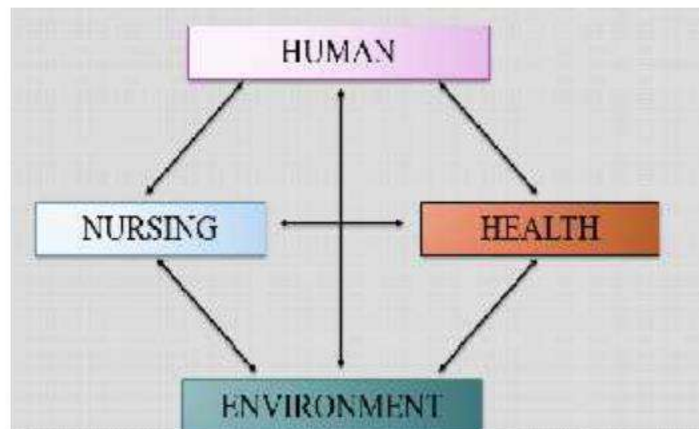
KONSEP KESEHATAN INDIVIDU, KELUARGA, KOMUNITAS

A. KONSEP KESEHATAN INDIVIDU, KELUARGA, KOMUNITAS

Paradigma keperawatan terbentuk atas empat unsur, yaitu: manusia atau klien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Empat komponen ini saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lainnya yaitu:

1. Manusia atau penerimaan asuhan keperawatan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat)
2. Lingkungan (keadaan internal dan eksternal yang mempengaruhi klien)
3. Kesehatan
4. Keperawatan (karakteristik dan tindakan dari asuhan keperawatan)

Hubungan keempat komponen tersebut dapat dilihat pada Gambar berikut:



B. Konsep Kesehatan Individu

Manusia dalam konsep paradigma keperawatan, dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang terdiri dari bio-psiko-sosio spiritual. Manusia merupakan unsur kedua dalam paradigma keperawatan. Manusia bertindak atau berperilaku secara verbal dan nonverbal, kadang-kadang dalam situasi tertentu manusia dalam memenuhi kebutuhannya membutuhkan pertolongan, dan akan mengalami distress jika mereka tidak dapat melakukannya. Hal ini dijadikan dasar pernyataan bahwa perawat profesional harus berhubungan dengan seseorang yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya, dan manusia harus dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang tidak bisa dipisah-pisahkan.

Manusia sebagai makhluk hidup (bio) memiliki ciri-ciri sebagai berikut: memiliki sekumpulan organ tubuh beserta fungsinya, berkembangbiak dan berkembang. Manusia sebagai makhluk psiko mempunyai sifat-sifat yang tidak dimiliki oleh makhluk lain. Manusia mempunyai kemampuan berpikir, kesadaran pribadi dan kata hati (perasaan). Sebagai makhluk sosial, manusia tidak bisa lepas dari orang lain, berinteraksi dengan orang lain dan tidak dapat terlepas dari lingkungannya. Sedangkan sebagai makhluk spiritual, manusia mempunyai hubungan dengan kekuatan di luar dirinya, hubungan dengan Tuhannya, dan mempunyai keyakinan dalam kehidupannya.

Berdasarkan kompleksitas manusia yang terdiri dari aspek bio-psiko-sosio dan spiritual, manusia memiliki kebutuhan yang berbeda dengan makhluk lainnya yang dirumuskan dalam kebutuhan dasar. Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga dan mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia mempunyai karakteristik kebutuhan yang unik, oleh karena itu perawat harus mengetahui karakteristik kebutuhan dasar manusia untuk memudahkan dalam memberikan bantuan layanan keperawatan. Kebutuhan manusia yang kompleks dapat dilihat dalam piramida kebutuhan dasar



Abraham Maslow (1908-1970), merumuskan suatu teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Beberapa kebutuhan manusia tertentu lebih dasar daripada kebutuhan lainnya. Sehingga beberapa kebutuhan harus dipenuhi sebelum memenuhi kebutuhan lainnya, urutan

kebutuhan ini dapat dilihat dari piramida yang menggambarkan lima tingkat kebutuhan prioritas (five hierarchy of needs) diatas, yaitu:

a) Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis dalam hierarki Maslow menempati urutan yang paling dasar, arti dalam pemenuhan kebutuhan manusia yang lainnya tidak terpenuhi sebelum kebutuhan fisiologisnya terpenuhi. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia yang meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat-tidur, seksual dan lain-lain.

b) Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

Prioritas kedua setelah kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan akan keselamatan dan keamanan. Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Ancaman keselamatan fisik meliputi ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis. Sedangkan keamanan psikologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang secara psikologis. Contoh, seseorang yang menjalani operasi radang amandel dapat berpikir bahwa hal ini akan membahayakan keamanannya.

c) Kebutuhan Cinta dan Rasa Memiliki

Prioritas selanjutnya adalah kebutuhan cinta dan rasa memiliki yang menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga, teman dan masyarakat sekitarnya. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan saat seseorang berkeinginan menjalin hubungan yang efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Kebutuhan ini juga meliputi kebutuhan untuk memberi dan menerima cinta serta kasih sayang, menjalani peran yang memuaskan, serta diperlakukan dengan baik. Oleh karena itu, perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien harus bekerja sama dengan keluarga untuk menyesuaikan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan akan cinta dan rasa memiliki pasien.

d) Kebutuhan Harga Diri

Kebutuhan harga diri ini identik akan kebutuhan terhadap penghargaan, penghormatan dan pengakuan diri. Apabila kebutuhan harga diri tidak terpenuhi,

orang tersebut mungkin merasa tidak berdaya dan merasa rendah diri. Kebutuhan ini juga berkaitan dengan kebutuhan cinta dan dicintai dan rasa keamanan. Jika kebutuhan cinta dan dicintai atau keamanan maka kebutuhan ini tidak dapat terpenuhi secara memuaskan. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat perlu memenuhi kebutuhan ini dengan melakukan semua tindakan dengan persetujuan pasien terlebih dahulu. Selain itu, juga perlu memberikan penghargaan atas kemajuan dan kerja sama pasien, sekecil apapun hasilnya.

e) Kebutuhan Aktualisasi Diri

Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan paling tinggi dalam kebutuhan Maslow. Aktualisasi diri adalah kemampuan *Discovery Learning*: Coba Anda berikan contoh lain tentang kebutuhan keselamatan-keamanan psikologis, dan akibatnya jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi? seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri serta bebas dari tekanan luar.

Menurut Maslow kebutuhan kelima kebutuhan ini akan senantiasa muncul, meskipun mungkin tidak secara berurutan. Pada sebagian orang tertentu memiliki hirarki kebutuhan yang berbeda dibandingkan dengan yang lain. Semakin tinggi hierarki kebutuhan yang dapat terpuaskan, semakin mudah seseorang mencapai derajat kemandirian yang optimal. Menurut Maslow pemenuhan kebutuhan ini didorong oleh dua kekuatan (motivasi), yaitu motivasi kekurangan (*deficiency motivation*) dan motivasi pertumbuhan/perkembangan (*growth motivation*) (Hasyim, 2002).

a. Sehat-sakit

Pengertian sehat pada setiap individu berbeda-beda dan setiap orang mempunyai konsep yang tergantung dari sudut pandang dan latar belakang dan tingkat sosial seseorang dalam mengartikan sehat. Untuk memudahkan dan memahami tentang konsep sehat sangat diperlukan memberikan arti sehat secara luas yang sering dinamai sebagai paradigma sehat. Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir seseorang tentang kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penyakit agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan yang sakit.

Secara umum kebanyakan individu dalam masyarakat beranggapan bahwa

sehat adalah tidak sakit, maksudnya apabila tidak ada gejala penyakit yang terasa berarti tubuh kita sehat. Padahal pendapat yang demikian itu kurang tepat, karena ada beberapa penyakit tidak menimbulkan gejala terlebih dahulu, setelah penyakit cukup parah baru muncul atau menimbulkan gejala, seperti penyakit kanker yang diketahui setelah stadium lanjut.

a. Definisi Sehat

Sehat merupakan suatu keadaan yang dinamis dimana individu dapat menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (psikologis, spritual dan penyakit) dan eksternal (lingkungan fisik, sosial dan ekonomi) dalam mempertahankan kesehatannya. Menurut WHO (1974), sehat adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Definisi sehat ini mempunyai tiga karakter yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle, 1994), yaitu:

- i. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
- ii. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
- iii. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

Sedangkan pengertian sehat menurut UU No. 23 Tahun 1992 adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan (Depkes RI, 1992).

Keadaan sehat individu dapat dimanifestasikan dalam dan terlihat dalam beberapa aspek sebagai berikut :

- a) Kesehatan fisik: Individu merasa terbebas dari sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit.
- b) Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni pikiran, emosional, dan spritual. Pikiran sehat terlihat dari cara berpikir atau jalan pikiran. Emosional sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih

dan sebagainya. Spiritual sehat tercermin dari caramengekspresikan rasa syukur, pujian kepada Tuhan Yang Maha Esa.

- c) Kesehatan sosial: seseorang mampu berhubungan baik dengan orang lain atau kelompok lain tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai. d) Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif (mampu menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong kehidupannya atau keluarganya secara finansial).

b. Definisi Sakit

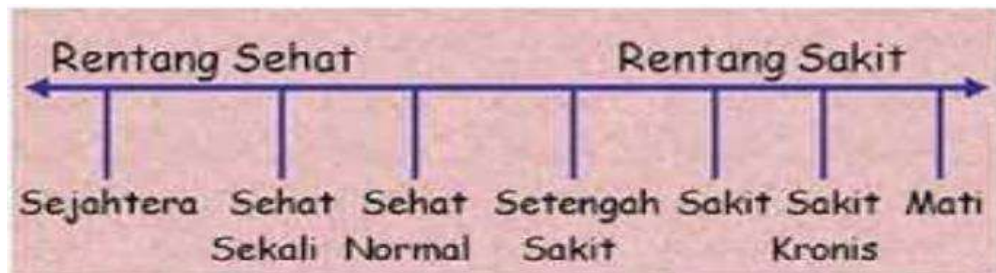
Pengertian sakit menurut etiologi naturalistik dapat dijelaskan dari segi impersonal dan sistematik, yaitu bahwa sakit merupakan satu keadaan yang disebabkan karena adanya gangguan terhadap sistem tubuh manusia. Seseorang dikatakan sakit apabila ia menderita penyakit atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas kerja/kegiatannya terganggu.

Berdasarkan pengertian diatas terlihat perbedaan sakit dengan penyakit. Keadaan ini terlihat pada beberapa penyakit memungkinkan pasien untuk berfungsi seperti biasa dan sebaliknya, sehingga lebih lanjut kita mengenal konsep perilaku sakit. Perilaku sakit merupakan cara seseorang memantau tubuhnya; mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami; melakukan upaya penyembuhan; dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan.

c. Rentang Sehat-Sakit

Rentang sehat-sakit merupakan skala ukur secara relatif dalam mengukur keadaan sehat/ kesehatan seseorang yang bersifat individual. Jarak dalam skala ukur yakni keadaan sehat secara optimal pada satu titik dan kematian pada titik yang lain karena dipengaruhi oleh faktor pribadi dan lingkungan. Pada skala ini, sewaktu-waktu seseorang bisa berada dalam keadaan sehat, namun di lain waktu bisa bergeser keadaan sakit.

Sehat dan sakit merupakan kualitas yang relatif dan mempunyai tingkatan sehingga akan lebih akurat jika ditentukan setiap titik–titik tertentu pada skala Sehat-Sakit seperti gambar berikut:



Neuman (1990) menggambarkan rentang sehat sakit merupakan tingkat kesejateraan klien pada waktu tertentu, yang terdapat dalam rentan dan kondisi sejahtera yang optimal, dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total. Berdasarkan gambar diatas seorang perawat dapat menentukan pada tingkatan kesehatan kliennya dan memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan tujuan dan meningkatkan status kesehatan klien. Hanya saja dengan model ini perawat biasanya sulit menentukan tingkat kesehatan klien jika berada diantara dua titik ekstrim pada rentang ini.

Status kesehatan klien dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

- a) Faktor Internal, beberapa faktor internal yang mempengaruhi status kesehatan yaitu: tahap perkembangan (usia), pendidikan (tingkat pengetahuan/ keyakinan terhadap kesehatan) persepsi tentang fungsi fisik (tingkat keletihan, sesak napas, atau nyeri), faktor emosional dan aspek spiritual
- b) Faktor Eksternal, faktor internal yang mempengaruhi diantaranya: praktik di keluarga (cara keluarga menggunakan pelayanan kesehatan), faktor sosio- ekonomi dan latar belakang.

d. Tahapan Sakit

Sakit dalam rentang sehat sakit dimulai dari keadaan setengah sakit, sakit, sakit kronis dan kematian. Sakit pada dasarnya merupakan keadaan terganggunya seseorang dalam proses tumbuh kembang fungsi tubuh secara keseluruhan atau sebagian, serta terganggunya proses penyesuaian diri manusia. Adapun tahapantahapan yang terjadi selama sakit adalah sebagai berikut:

- i. Tahap Gejala Tahap ini merupakan tahap awal seseorang mengalami proses sakit dengan ditandai adanya perasaan tidak nyaman terhadap

dirinya sendiri. Rasa ketidaknyamanan terjadi karena disebabkan oleh gejala dari penyakit seperti gejala fisik.

- ii. Tahap Asumsi terhadap Sakit Pada tahap ini seseorang akan melakukan interpretasi terhadap sakit yang dialaminya dan akan merasakan keraguan pada kelainan atau gangguan yang dirasakan pada tubuh.
- iii. Tahap Kompak dengan Pelayanan Kesehatan Tahap ini seseorang telah melakukan hubungan dengan pelayanan kesehatan dengan meminta nasehat dari profesi kesehatan seperti dokter, perawat atau lainnya yang dilakukan atas inisiatif dirinya sendiri.
- iv. Tahap Ketergantungan Tahap ini terjadi setelah seseorang dianggap mengalami suatu penyakit yang tentunya akan mendapatkan bantuan pengobatan sehingga kondisi seseorang sudah mulai ketergantungan terhadap pengobatan. Tingkat ketergantungan antar pasien terhadap pengobatan berbeda-beda berdasarkan tingkat kebutuhannya.
- v. Tahap Penyembuhan Tahap ini merupakan tahap terakhir menuju proses kembalinya kemampuan untuk beradaptasi. Pasien akan melakukan proses belajar untuk melepaskan perannya selama sakit dan kembali berperan seperti sebelum sakit.

e. Perilaku Sakit

Apabila seseorang mengalami sakit atau menderita suatu penyakit akan mengalami berbagai perubahan terutama perubahan perilaku, beberapa faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku ketika seseorang menderita sakit:

- i. Faktor Internal
 - Persepsi individu terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami klien akan segera mencari pertolongan jika gejala tersebut dapat mengganggu rutinitas kegiatan sehari-hari. Akan tetapi, persepsi seperti itu dapat pula mempunyai akibat yang sebaliknya. Bisa saja orang yang takut mengalami sakit yang serius akan bereaksi dengan cara menyangkalnya dan tidak mau mencari bantuan.
 - Asal atau jenis penyakit pada penyakit akut dimana gejala relatif singkat dan berat serta mungkin mengganggu fungsi pada seluruh dimensi yang ada. Maka klien biasanya akan segera mencari

pertolongan dan mematuhi program terapi yang diberikan. Sedangkan pada penyakit kronik biasanya berlangsung lama (>6 bulan) sehingga jelas dapat mengganggu fungsi di seluruh dimensi yang ada. Jika penyakit kronik itu tidak dapat disembuhkan dan terapi yang diberikan hanya menghilangkan sebagian gejala yang ada, maka klien mungkin tidak akan termotivasi untuk memenuhi rencana terapi yang ada.

ii. Faktor Eksternal

- Gejala yang dapat Dilihat Gejala yang terlihat dari suatu penyakit dapat mempengaruhi citra tubuh dan perilaku sakit.
- Kelompok Sosial Kelompok sosial klien akan membantu mengenali ancaman penyakit, atau justru meyangkal potensi terjadinya suatu penyakit.
- Latar Belakang Budaya Latar belakang budaya dan etik mengajarkan seseorang bagaimana menjadi sehat, mengenal penyakit, dan menjadi sakit. Dengan demikian, perawat perlu memahami latar belakang budaya yang dimiliki klien.
- Ekonomi Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang ia rasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.
- Kemudahan Akses Terhadap Sistem Pelayanan Dekatnya jarak klien dengan RS, klinik atau tempat pelayanan medis lain sering mempengaruhi kecepatan mereka dalam memasuki sistem pelayanan kesehatan. Demikian pula beberapa klien enggan mencari pelayanan yang kompleks dan besar dan mereka lebih suka untuk mengunjungi puskesmas yang tidak membutuhkan prosedur yang rumit.

f. Tahap-tahap Perilaku Sakit

Perilaku sakit pada klien dimanifestasikan dalam beberapa perilaku tertentu sesuai dengan tahapan perjalanan penyakit. Adapun tahapan perilaku tersebut adalah sebagai berikut:

i. Tahap I (Mengalami Gejala)

- Pada tahap ini pasien menyadari bahwa” ada sesuatu yang salah”.
- Mereka mengenali sensasi atau keterbatasan fungsi fisik tetapi belum menduga adanya diagnosa tertentu.
- Persepsi individu terhadap suatu gejala meliputi: (a) Kesadaran terhadap perubahan fisik (nyeri, benjolan, dan lain-lain) (b) Evaluasi terhadap perubahan yang terjadi dan memutuskan apakah hal tersebut merupakan suatu gejala penyakit; (c) Respon emosional.
- Jika gejala itu dianggap merupakan suatu gejala penyakit dan dapat mengancam kehidupannya maka ia akan segera mencari pertolongan.

ii. Tahap II (Asumsi tentang Peran Sakit)

- Terjadi jika gejala menetap atau semakin berat.
- Orang yang sakit akan melakukan konfirmasi kepada keluarga, orang terdekat atau kelompok sosialnya bahwa ia benar-benar sakit sehingga harus diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya.
- Menimbulkan perubahan emosional seperti: menarik diri/ depresi, dan juga perubahan fisik. Perubahan emosional yang terjadi bisa kompleks atau sederhana tergantung beratnya penyakit, tingkat ketidak mampuan, dan perkiraan lama sakit.
- Seseorang awalnya menyangkal pentingnya intervensi dari pelayanan kesehatan, sehingga ia menunda kontak dengan sistem pelayanan kesehatan. Akan tetapi, jika gejala itu menetap dan semakin memberatkan maka ia akan segera melakukan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan dan berubah menjadi seorang klien.

iii. Tahap III (Kontak dengan Pelayanan Kesehatan)

- Pada tahap ini klien mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli, mencari penjelasan mengenai gejala yang dirasakan, penyebab penyakit, dan implikasi penyakit terhadap kesehatan di masa yang akan datang.
- Profesi kesehatan mungkin akan menentukan bahwa mereka tidak menderita suatu penyakit atau justru menyatakan jika mereka

menderita penyakit yang bisa mengancam kehidupannya. Klien bisa menerima atau menyangkal diagnosa tersebut.

- Bila klien menerima diagnosa mereka akan mematuhi rencana pengobatan yang telah ditentukan, akan tetapi jika menyangkal mereka mungkin akan mencari sistem pelayanan kesehatan lain, atau berkonsultasi dengan beberapa pemberi pelayanan kesehatan lain sampai mereka menemukan orang yang membuat diagnosa sesuai dengan keinginannya atau sampai mereka menerima diagnosa awal yang telah ditetapkan.
- Klien yang merasa sakit tetapi dinyatakan sehat oleh profesi kesehatan, mungkin ia akan mengunjungi profesi kesehatan lain sampai ia memperoleh diagnosa yang diinginkan.
- Klien yang sejak awal didiagnosa penyakit tertentu, terutama yang mengancam kelangsungan hidup, ia akan mencari profesi kesehatan lain untuk meyakinkan bahwa kesehatan atau kehidupan mereka tidak terancam. Misalnya: klien yang didiagnosa mengidap kanker, maka ia akan mengunjungi beberapa dokter sebagai usaha klien menghindari diagnosa yang sebenarnya.

iv. Tahap IV (Peran Klien Dependen)

- Pada tahap ini klien menerima keadaan sakitnya, sehingga klien bergantung pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada.
- Klien menerima perawatan, simpati, atau perlindungan dari berbagai tuntutan dan stress hidupnya.
- Secara sosial klien diperbolehkan untuk bebas dari kewajiban dan tugas normalnya semakin parah sakitnya, semakin bebas.
- Pada tahap ini klien juga harus menyesuaikannya dengan perubahan jadwal sehari-hari. Perubahan ini jelas akan mempengaruhi peran klien di tempat ia bekerja, rumah maupun masyarakat.

v. Tahap V (Pemulihan dan Rehabilitasi)

- Merupakan tahap akhir dari perilaku sakit, dan dapat terjadi secara tiba-tiba, misalnya penurunan demam.

- Penyembuhan yang tidak cepat, menyebabkan seorang klien butuh perawatan lebih lama sebelum kembali ke fungsi optimal, misalnya pada penyakit kronis.

Tidak semua klien melewati tahapan yang ada, dan tidak setiap klien melewatinya dengan kecepatan atau dengan sikap yang sama. Pemahaman terhadap tahapan perilaku sakit akan membantu perawat dalam mengidentifikasi perubahan-perubahan perilaku sakit klien dan bersama-sama klien membuat rencana perawatan yang efektif.

C. Konsep Kesehatan Keluarga

Terdapat beberapa dampak dari sakit terhadap klien. Dampak ini dapat berupa perubahan secara fisik maupun non fisik seperti berikut ini:

a. Terhadap Perilaku dan Emosi

Klien Reaksi pasien terhadap penyakitnya berbeda-beda antara satu dengan yang lainnya tergantung pada asal penyakit, reaksi orang lain terhadap penyakit yang dideritanya, dan lain-lain. Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupannya akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi klien dan keluarga. Misalnya seorang ayah yang mengalami demam, mungkin akan mengalami penurunan tenaga atau kesabaran untuk menghabiskan waktunya dalam kegiatan keluarga dan mungkin akan menjadi mudah marah dan lebih memilih menyendiri. Sedangkan penyakit berat, apalagi jika mengancam kehidupannya dapat menimbulkan perubahan emosi dan perilaku yang lebih luas, seperti ansietas, syok, penolakan, marah, dan menarik diri. Perawat berperan dalam mengembangkan coping klien dan keluarga terhadap stress, karena stressor sendiri tidak bisa dihilangkan.

b. Terhadap Peran Keluarga

Setiap individu memiliki peran berbeda-beda dalam kehidupannya, seperti pencari nafkah, pengambil keputusan, seorang profesional, atau sebagai orang tua. Saat mengalami penyakit, peran-peran klien tersebut dapat mengalami perubahan. Perubahan tersebut mungkin tidak terlihat dan berlangsung singkat atau terlihat secara drastis dan berlangsung lama. Individu/ keluarga lebih mudah beradaptasi dengan perubahan yang berlangsung singkat dan tidak terlihat. Perubahan jangka pendek yakni klien tidak mengalami tahap penyesuaian yang

berkepanjangan. Akan tetapi pada perubahan jangka panjang, klien memerlukan proses penyesuaian yang sama dengan tahap berduka. Peran perawat adalah melibatkan keluarga dalam pembuatan rencana keperawatan.

c. Terhadap Citra Tubuh

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang terhadap penampilan fisiknya. Beberapa penyakit dapat menimbulkan perubahan dalam penampilan fisiknya, dan klien/ keluarga akan bereaksi dengan cara yang berbeda-beda terhadap perubahan tersebut. Reaksi klien/ keluarga terhadap perubahan gambaran tubuh itu tergantung pada:

- 1) Jenis perubahan (mis: kehilangan tangan, alat indera tertentu, atau organ tertentu)
- 2) Kapasitas adaptasi
- 3) Kecepatan perubahan
- 4) Dukungan yang tersedia

d. Terhadap Konsep Diri

Konsep diri adalah citra mental seseorang terhadap dirinya sendiri, mencakup bagaimana mereka melihat kekuatan dan kelemahannya pada seluruh aspek kepribadiannya. Konsep diri tidak hanya bergantung pada gambaran tubuh dan peran yang dimilikinya tetapi juga bergantung pada aspek psikologis dan spiritual diri. Perubahan konsep diri akibat sakit mungkin bersifat kompleks dan kurang bisa terobservasi dibandingkan perubahan peran. Konsep diri berperan penting dalam hubungan seseorang dengan anggota keluarganya yang lain. Klien yang mengalami perubahan konsep diri karena sakitnya mungkin tidak mampu lagi memenuhi harapan keluarganya, yang akhirnya menimbulkan ketegangan dan konflik. Akibatnya anggota keluarga akan merubah interaksi mereka dengan klien.

Misalnya klien tidak lagi terlibat dalam proses pengambilan keputusan di keluarga atau tidak akan merasa mampu memberi dukungan emosi pada anggota keluarganya yang lain atau kepada teman-temannya sehingga klien akan merasa kehilangan fungsi sosialnya. Perawat seharusnya mampu mengobservasi perubahan konsep diri klien, dengan mengembangkan rencana perawatan yang membantu mereka menyesuaikan diri dengan akibat dan kondisi yang dialami klien.

e. Terhadap Dinamika Keluarga

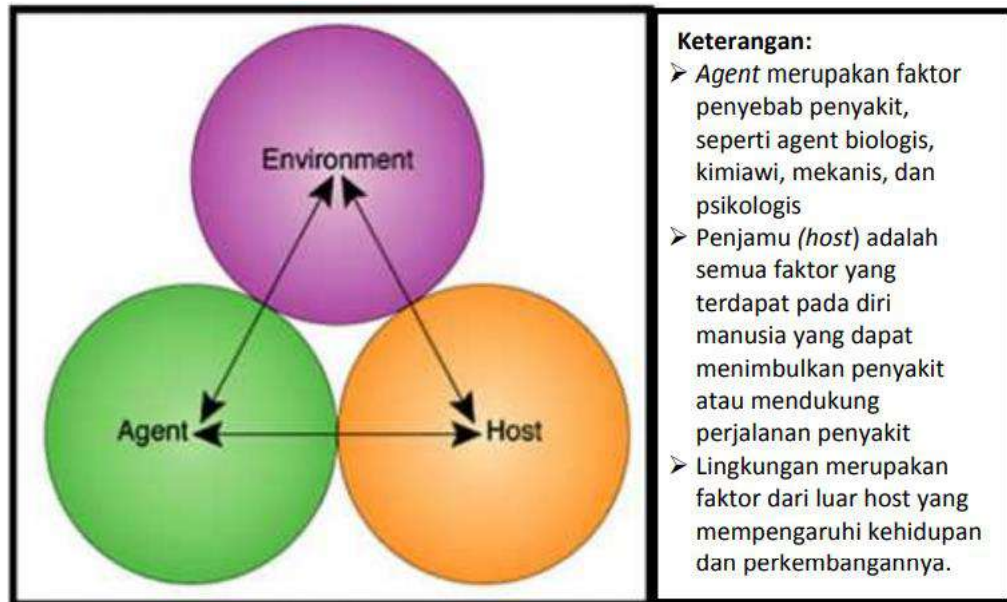
Dinamika Keluarga merupakan proses dimana keluarga melakukan fungsi, mengambil keputusan, memberi dukungan kepada anggota keluarganya, dan melakukan koping terhadap perubahan dan tantangan hidup sehari-hari. Misalnya jika salah satu orang tua sakit maka kegiatan dan pengambilan keputusan akan tertunda sampai mereka sembuh. Jika penyakitnya berkepanjangan, seringkali keluarga harus membuat pola fungsi yang baru sehingga bisa menimbulkan stres emosional. Misal: anak kecil akan mengalami rasa kehilangan yang besar jika salah satu orang tuanya tidak mampu memberikan kasih sayang dan rasa aman pada mereka. Atau jika anaknya sudah dewasa maka seringkali ia harus menggantikan peran mereka sebagai mereka termasuk kalau perlu sebagai pencari nafkah.

D. Konsep Kesehatan Komunitas

Lingkungan adalah unsur keempat dari paradigma keperawatan. Lingkungan dalam paradigma keperawatan diartikan sebagai agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan klien. Lingkungan secara umum dapat dibedakan menjadi dua lingkungan fisik dan lingkungan non-fisik.

- a. Lingkungan fisik, yaitu lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia. Lingkungan fisik ini meliputi banyak hal seperti cuaca, musim, keadaan geografis, struktur geologis, dan lain-lain.
- b. Lingkungan non-fisik, yaitu lingkungan yang muncul akibat adanya interaksi antar manusia. Lingkungan non-fisik ini meliputi sosial-budaya, norma, nilai, adat istiadat, dan lain-lain.

Hubungan lingkungan dengan kesehatan pasien dalam ilmu epidemiologi digambarkan dengan model segitiga yang menjelaskan hubungan antara agens, hospes, dan lingkungan seperti terlihat pada gambar berikut:



Berdasarkan segitiga epidemiologi tersebut menggambarkan bahwa ketiga komponen segitiga (host, agent dan lingkungan) akan saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Pasien atau host akan menderita penyakit karena daya tahan hospes berkurang atau kemampuan bibit penyakit (agent) meningkat. Selain itu keadaan penyakit juga akan dipengaruhi oleh keadaan lingkungan yang berubah lebih mendukung agent. Pasien akan sehat jika ketiga komponen ini berada dalam keseimbangan.

E. RINGKASAN

Paradigma keperawatan adalah cara pandangan secara global yang dianut atau dipakai oleh mayoritas kelompok keperawatan atau menghubungkan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan. Paradigma keperawatan terbentuk atas empat unsur, yaitu: manusia atau klien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Empat unsur/ elemen ini saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lainnya. Unsur-unsur yang membentuk paradigma keperawatan adalah: 1) Manusia atau klien sebagai penerima asuhan keperawatan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat). 2) Lingkungan yakni: keadaan internal dan eksternal yang mempengaruhi klien. Hal ini meliputi lingkungan fisik, 3) Kesehatan, meliputi derajat kesehatan dan kesejahteraan klien.

Sesuai dengan hasil kesepakatan lokakarya keperawatan nasional tentang konsep keperawatan yaitu, keperawatan merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang

berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Layanan ini berbentuk layanan biopsiko-sosio-spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan masyarakat. Manusia dalam konsep paradigma keperawatan, dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang terdiri dari bio-psiko-sosio-spiritual: 1) Manusia dipandang sebagai makhluk hidup (bio), sebagai makhluk hidup manusia memiliki ciri-ciri sebagai berikut: terdiri atas sekumpulan organ tubuh yang semuanya mempunyai fungsi yang terintegrasi, berkembang biak melalui jalan pembuahan, mempertahankan kelangsungan hidup. 2) Manusia sebagai makhluk psiko, manusia mempunyai sifat-sifat yang tidak dimiliki oleh makhluk lain. Manusia mempunyai kemampuan berpikir, kesadaran pribadi dan kata hati (perasaan). 3) Manusia sebagai makhluk sosial, manusia tidak bisa lepas dari orang lain dan selalu berinteraksi dengan orang lain. 4) Manusia sebagai makhluk spiritual, manusia mempunyai hubungan dengan kekuatan di luar dirinya, hubungan dengan Tuhannya, dan mempunyai keyakinan dalam kehidupannya.

Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga dan mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia mempunyai karakteristik kebutuhan yang unik, tetapi tetap memiliki kekebutuhan dasar yang sama. Hierarki kebutuhan dasar manusia menurut teori Maslow dapat digolongkan menjadi lima tingkat kebutuhan prioritas (five hierarchy of needs), yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan cinta dan rasa memiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Pengertian sehat menurut WHO (1974) yakni suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Definisi sehat ini mempunyai tiga karakter berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle, 1994), yaitu: 1) Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh. 2) Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal. 3) Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

Sedangkan arti sehat menurut UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan (Depkes RI, 1992).

Pengertian sakit menurut etiologi naturalistik dapat dijelaskan dari segi impersonal dan

sistematik, yaitu bahwa sakit merupakan satu keadaan atau satu hal yang disebabkan oleh gangguan terhadap sistem tubuh manusia. Bagaimana ciri seseorang dikatakan sakit, seseorang dikatakan sakit jika mempunyai salah satu ciri. Individu percaya bahwa ada kelainan dalam tubuh; merasa dirinya tidak sehat/ merasa timbulnya berbagai gejala merasa adanya bahaya.

Konsep sehat-sakit unsur ketiga dari paradigma keperawatan, diartikan sebagai suatu rentang atau skala ukur hipotesis untuk mengukur keadaan sehat/ sakit seseorang. Kedudukan seseorang pada skala tersebut bersifat dinamis dan individual karena dipengaruhi oleh faktor pribadi dan lingkungan. Pada skala ini, sewaktu-waktu seseorang bisa berada dalam keadaan sehat, namun di lain waktu bisa bergeser keadaan sakit.

Lingkungan adalah unsur keempat dalam paradigma, lingkungan diartikan agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh luar yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan suatu organisme. Secara umum, lingkungan dibedakan menjadi dua lingkungan fisik dan lingkungan non-fisik. Untuk memahami hubungan lingkungan dengan kesehatan, dapat digunakan model segitiga yang menjelaskan hubungan antara agens, hospes, dan lingkungan yang mempengaruhi status kesehatan seseorang.

F. TEST

1. Kenyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat disebut
 - a. Teori keperawatan
 - b. Paradigma keperawatan
 - c. Falsafah keperawatan
 - d. Model keperawatan
2. Cara pandang secara global yang dianut atau dipakai oleh mayoritas kelompok keperawatan atau menghubungkan berbagai teori yang membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan adalah
 - a. Teori Keperawatan
 - b. Paradigma keperawatan
 - c. Falsafah keperawatan
 - d. Model Keperawatan

G. DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2007). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. ed.2 Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. Aziz, A. (2004). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC
- Kozier, Erb, Berman & Snyder. (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep Proses & Praktik, ed.7. Vol.1. Jakarta: EGC.
- Kusnanto. (2004). Pengantar Profesi dan praktek keperawatan professional. Jakarta: EGC

TOPIK 12

ASPEK ETNIK DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

A. PENDEKATAN KULTURAL DALAM KEPERAWATAN

Kultur merupakan pengetahuan yang dipelajari dan disebarkan mengenai kultur tertentu dengan nilai, kepercayaan, aturan perilaku dan praktek gaya hidup yang menjadi acuan bagi kelompok tertentu dalam berfikir dan bertindak dengan cara yang terpola (Smelzer, 2001). Sebagai pengetahuan yang dipelajari dan disebarkan, kultur menjadi suatu petunjuk bagi seseorang dalam berfikir, bersikap dan bertindak sehingga menjadi suatu pola yang mengekspresikan siapa mereka. Hal tersebut diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Karena begitu banyak perilaku dan sikap manusia yang dibentuk dan dipengaruhi kultur, maka perawat harus menyadari bahwa pasien akan bertindak dan berperilaku dengan berbagai cara berdasarkan latar belakang kulturalnya.

Perawat merupakan petugas kesehatan yang mempunyai peran dominan dalam membantu pasien sembuh dari penyakit yang dideritanya. Perawat sebagai ujung tombak pelayanan di rumah sakit, sebagai aktor yang langsung berhadapan dengan pasien dalam waktu yang lama. Kondisi yang seperti itu menuntut totalitas seorang perawat dalam menjalankan fungsinya. Profesionalitas menjadi tuntutan yang harus selalu ditingkatkan. Profesionalitas akan terus tumbuh dan berkembang bila seorang perawat mempunyai kemauan untuk mengembangkan berbagai pengetahuan yang berhubungan dengan profesi keperawatan.

Profesi keperawatan bersifat multikausal dan multidisiplin. Seorang perawat kesehatan harus mampu membuat konfigurasi berbagai disiplin ilmu yang dibutuhkan dengan fakta real yang pada setiap pasien yang mempunyai kasus, latar belakang berbeda-beda (multikausal). Menurut Cross, T., Bazron, B. Dennis, K. dan Issac, M., terdapat lima element budaya yang perlu diketahui dan mampu diimplementasikan oleh seorang perawat dalam intervensi keperawatan yaitu menilai keanekaragaman budaya, mempunyai kapasitas untuk meng-assessment budaya, menjadari bahwa budaya bersifat dinamis dan inherent dalam ketika terjadi interaksi budaya, mempunyai pengetahuan budaya yang sudah dilembagakan, mempunyai adaptasi yang terus menerus dikembangkan dalam upaya merefleksikan dan memahami keanekaragaman budaya (Cross, 1989).

B. PERAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

Sebagian besar perawat mempunyai persepsi yang sama yaitu bahwa merupakan hal yang sangat penting bagi perawat-perawat memiliki pengetahuan tentang budaya . Alasan yang mereka sampaikan sangat bervariasi. Misalnya adalah agar mereka dapat mengerti/memahami dan menempatkan diri atau menyesuaikan diri dengan pasiennya. Cultural Shock akan dialami oleh klien pada suatu keadaan dimana perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan. Hal ini dapat menyebabkan munculnya rasa ketidaknyamanan dan beberapa mengalami disorientasi Memberikan pelayanan yang terbaik juga menjadi alasan pentingnya perawat memiliki pengetahuan budaya. Perbedaan budaya, etnis dan bahasa berdampak pada bagaimana seseorang atau kelompok memperoleh dan menggunakan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan atau social. Selain itu perbedaan-perbedaan tersebut juga akan mengakibatkan kendala bagi efektifitas intervensi perawatan kesehatan.

Hal ini benar ketika para praktisi kesehatan atau perawat melakukan misinterpretasi, membuat asumsi yang salah atau sebaliknya salah dalam melakukan sesuatu terhadap seseorang atau kelompok yang dipandang berbeda istilah menurut latar belakang (budaya) dan pengalamannya mereka. Jadi hal tersebut akan mengakibatkan pelayanan keperawatan menjadi tidak efektif dan tidak berkualitas (Galanti, 2000). Hal tersebut tentu saja akan dapat dihindari apabila perawat yang memiliki pengetahuan budaya menyadari dan mampu menemukan perbedaan budaya, mengintegrasikan pengetahuan budaya dengan cara yang tepat akan membuat perawatan menjadi efektif. Selanjutnya, kebutaan budaya yang dialami perawat akan berakibat pada penurunan kualitas pelayanan yang diberikan. Selain itu sumber data lainnya menyampaikan alasan mengapa perawat perlu mempunyai pengetahuan tentang suatu budaya.

Alasannya adalah mengurangi komplain, rasa tak nyaman atau mencegah kesalahpahaman atau misunderstanding juga merupakan salah satu alasan. Komplain sebetulnya merupakan hal biasa dalam bisnis jasa, tidak terkecuali jasa pelayanan keperawatan. Komplain akan terjadi manakala harapan tidak sesuai dengan kenyataan atau ada masalah. Sumber masalah di pelayanan keperawatan tentu saja sangat bervariasi, bisa bersumber dari perawat, pasien-keluarga atau rumah sakit tempat pasien dirawat. Misunderstanding dapat terjadi akibat perbedaan budaya dan nilai-nilai antara pasien dan perawat. Menurut Galant pengetahuan tentang budaya dapat membantu menghindari misunderstanding dan dapat memberikan pelayanan lebih baik (Galanti, 2000). Jadi

pengetahuan tentang budaya merupakan factor penting pada semua tingkat praktek keperawatan. Adanya konflik kultural ataupun stress kultural merefleksikan adanya kurang pengetahuan perawatan kultural untuk memberikan perawatan, rasa aman, tanggung jawab yang kongruen dengan kebudayaan. Pengetahuan tentang suatu budaya dan dampaknya terhadap interaksi dengan pelayanan kesehatan merupakan hal esensial bagi perawat, karena pengetahuan dan ketrampilan tersebut akan makin menguatkan dan meluaskan system pemberian pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengetahui tentang bagaimana kelompok budaya tertentu memahami proses kehidupan, mendefenisikan sehat-sakit, mempertahankan kesehatan dan keyakinan mereka tentang penyebab penyakit dan sebagainya (Anonim, 1990).

C. SIKAP PERAWAT TERHADAP KLIEN DENGAN BUDAYA YANG BERBEDA

Perawat bersikap menghargai budaya kliennya atau keluarganya. Mereka berusaha untuk memahami budaya – budaya klien yang sangat variatif, walaupun budaya sangat berbeda jauh. Menurut Leninger, manusia mempunyai hak untuk difahami, dihargai, dimengerti dan digunakan budayanya dalam perawatan. Oleh karena itu seorang perawat kesehatan seyogyanya mempunyai kemampuan untuk mengerti dan memahami pasien pasiennya (Leinager, 1989). Ketidakkampuan perawat untuk memahami pasien bisa berakibat masalah. Sumber utama masalah dalam merawat pasien dari latar belakang budaya yang berbeda adalah adanya ketidakkengertian dan tidak adanya rasa toleransi.

Sehingga adanya pengertian dari perawat dan upaya penyesuaian diri akan mengurangi atau mencegah permasalahan-permasalahan yang tidak perlu terjadi. Selanjutnya, ANA menjelaskan bahwa perawat harus mempertimbangkan factor budaya yang mempengaruhi kliennya dan menggunakan pengetahuan tentang budayanya untuk mengembangkan atau menyusun nursing care plan dan mengimplementasikan tindakan perawatan (Anonim, 1990). Kadang-kadang perawat juga membiarkan keluarga melakukan suatu ritual tertentu untuk kesembuhan pasiennya. Hal tersebut sesuai dengan teori Leinenger. Menurut Leninger, budaya pasien perlu dipertahankan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan Implementasi keperawatan diberikan sesuai nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya.

Tetapi perawat juga akan bernegosiasi dan atau melarang keluarga atau pasien apabila mereka melakukan suatu kegiatan yang tidak terjamin keamanannya atau tidak diijinkan dokter. Negosiasi atau akomodasi perawatan kultural mengacu pada semua bantuan, fasilitas

dan dukungan atau pembuatan keputusan dan tindakan profesional yang menolong masyarakat sesuai adaptasi kebudayaan mereka untuk mencapai hasil kesehatan yang menguntungkan. Selanjutnya, menurut Leninger, perawat perlu melakukan restrukturisasi budaya bila budaya yang dimilikinya merugikan status kesehatan dan apabila hal tersebut tidak berhasil, perawat akan memberikan *inform consent* yang wajib ditandatangani oleh pasien maupun keluarga. Restrukturisasi budaya perlu dilakukan untuk menolong klien mengubah atau memodifikasi cara hidup klien agar lebih baik dan memperoleh pola perawatan yang lebih menguntungkan dengan menghargai keyakinan dan nilai yang dimiliki klien sesuai budayanya.

D. HAMBATAN

Merawat pasien yang memiliki latar belakang budaya yang berbeda memungkinkan terjadi kendala. Dalam diskusi disampaikan bahwa komunikasi bahasa merupakan salah satu hambatan yang dialami perawat JIH dalam menjalankan fungsinya. Komunikasi adalah suatu proses ketika individu sebagai komunikator mengalihkan rangsang dalam bentuk lambang atau gerak untuk mengubah tingkah laku yang lain. Komunikasi dapat terjalin melalui kata, bahasa tubuh dan tanda linguistik lainnya seperti suara, nada dan kekerasan. Prinsip tersebut sangat berperan dalam interaksi perawat-klien.

Dalam proses keperawatan, Komunikasi sangat penting. Misalnya, dalam proses pengkajian, untuk mendapatkan data yang diperlukan dan akurat, langkah pertama untuk membuka jalan adalah dengan komunikasi. Bila komunikasi telah terjalin, dan kepercayaan klien terhadap perawat berkembang, maka data yang didapatkan akan lebih lengkap. Selanjutnya perawat akan dapat menyusun *nursing care plan* untuk selanjutnya mengimplementasikan. Lebih lanjut, perbedaan system nilai dan cultural antara perawat dan pasien akan menghambat komunikasi yang efektif bahkan menimbulkan anggapan yang negative terhadap lawan bicaranya. Kebenaran suatu budaya sangat relative, hal tersebut memungkinkan terjadinya pertentangan kebudayaan (*cultural conflict*).

Hal ini terjadi akibat konflik langsung antar kebudayaan. Faktor-faktor yang menimbulkan konflik kebudayaan adalah keyakinan-keyakinan yang berbeda sehubungan dengan berbagai masalah aktivitas berbudaya. Konflik ini bisa terjadi diantara anggota-anggota kebudayaan yang satu dengan anggota-anggota yang lainnya.

E. PENDEKATAN BUDAYA

Identifikasi budaya merupakan bagian dan langkah awal ketika seorang perawat akan melakukan pengkajian. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Cross, dkk bahwa memberikan acuan lima elemen budaya yang perlu diketahui dan mampu diimplementasikan oleh perawat dalam intervensi keperawatan, yaitu menilai keanekaragaman budaya, memiliki kapasitas assessment budaya, menyadari budaya bersifat dinamis, mempunyai pengetahuan budaya dan mempunyai adaptasi yang terus menerus dikembangkan dalam upaya merefleksi dan memahami keanekaragaman budaya (Cross, 1989). Dalam kegiatan pengkajian perawat sekaligus mengidentifikasi pasien sehingga minimal dapat diketahui latar belakang budaya pasien.

Dengan demikian secara otomatis perawat akan dapat menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan latar belakang budaya pasien. Selanjutnya, perawat mungkin akan menghadapi tantangan ketika budaya pasien ternyata beda dengan perawat. Namun demikian perawat seharusnya mampu menyesuaikan diri dalam situasi tersebut. Selanjutnya, Meyer, 1996, memberikan tuntutan empat hal yang harus dipunyai seorang perawat sebagai provider dalam mengimplmentasikan asuhan keperawatan yaitu mempunyai kapabilitas menghadapi tantangan langsung perbedaan klinis dari klien yang berbeda suku dan ras, mempunyai kemampuan komunikasi dalam menghadapi klien yang beraneka ragam latar belakang, mempunyai kapabilitas dalam bidang ethics dan menumbuhkan kepercayaan.

F. RINGKASAN

Pengetahuan budaya sangat diperlukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal tersebut dapat memudahkan perawat untuk menyesuaikan diri, menghindari misunderstanding, mencegah komplain dan rasa tidak nyaman serta memberikan pelayanan keperawatan yang lebih baik. Sikap perawat terhadap klien atau keluarga yang melakukan suatu ritual/pengobatan yang sesuai keyakinannya akan dibiarkan saja sejauh hal tersebut tidak mempengaruhi kesembuhan atau kesehatan pasien. Akan tetapi perawat juga melakukan negosiasi atau bahkan melarang apabila aktivitas tersebut mengganggu kesehatan dan tidak diijinkan oleh dokter. Hambatan komunikasi bahasa dan perbedaan persepsi dirasakan oleh perawat di rumah sakit, terutama apabila berhadapan dengan klien dari mancanegara yang tidak mampu berbahasa Indonesia maupun bahasa Inggris.

G. TEST

1. Perawat A merupakan seorang perawat di ruang paru terpadu RS.X merawat Tn. C dengan kanker paru stadium akhir. Anggota keluarga Tn. C meminta izin kepada perawat A untuk memberikan air putih yang telah didoakan oleh ustadz di lingkungan masyarakatnya. Sikap perawat A adalah...
 - a. Menghormati dan mengizinkan anggota keluarga untuk memberikan minum
 - b. Tidak memberikan izin
 - c. Memberikan izin dengan menitipkan kepada perawat, namun perawat membuang air yang dititipkan
 - d. Menghalangi anggota keluarga untuk menemui Tn. C
 - e. Meminta surat izin dari RT terdekat

2. Perawat A sedang melakukan dinas malam di Ruang penyakit dalam RS.X. tepat jam 12 malam, keluarga salah satu pasien di ruangan melakukan yasinan dengan suara yang sangat keras yang menyebabkan pasien lain komplain. Pada saat perawat mendatangi keluarga, salah satu anggota keluarga menjelaskan bahwa yasinan yang dilakukan menurut budaya dan kepercayaan yang dianut harus dilakukan di samping pasien. Sikap perawat adalah...
 - a. Membiarkan saja kejadian tersebut
 - b. Menjelaskan kepada keluarga untuk mengurangi volume suara yang dihasilkan agar tidak mengganggu
 - c. Mengusir anggota keluarga keluar dari ruangan
 - d. Memanggil security untuk mengusir keluarga
 - e. Menjelaskan bahwa keluarga pasien lain ingin tidur

H. DAFTAR PUSTAKA

- Lestari, S., Widodo, Sumardino. (2014). Pendekatan Kultural dalam Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit Jogja Internasional Hospital. *Jurnal Kesmadaska*.
<https://jurnal.ukh.ac.id/index.php/JK/article/download/44/45/>

TOPIK 13

ASPEK SPIRITUAL DALAM KEPERAWATAN

A. KONSEP SPIRITUAL MEMILIKI DELAPAN BATAS YANG SALING BERKAITAN

a. Energi

Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

b. Transendensi diri

Transendensi diri (self transedence) adalah kepercayaan yang merupakan dorongan dari luar yang lebih besar dari individu

c. Keterhubungan

Spiritualitas memberikan pengertian keterhubungan intrapersonal (dengan diri sendiri), interpersonal (dengan orang lain) dan transpersonal (dengan yang tidak terlihat, Tuhan atau yang tertinggi) (Potter & Perry, 2009)

d. Kepercayaan

Spiritual memberikan kepercayaan setelah berhubungan dengan Tuhan. Kepercayaan selalu identik dengan agama sekalipun ada kepercayaan tanpa agama.

e. Realitas eksistensial

Spiritualitas melibatkan realitas eksistensi (arti dan tujuan hidup).

f. Keyakinan dan nilai

Keyakinan dan nilai menjadi dasar spiritualitas. Nilai membantu individu menentukan apa yang penting bagi mereka dan membantu individu menghargai keindahan dan harga pemikiran, obyek dan perilaku. (Holins, 2005; Vilagomenza, 2005).

g. Kekuatan batiniah

Spiritual memberikan individu kemampuan untuk menemukan pengertian kekuatan batiniah yang dinamis dan kreatif yang dibutuhkan saat membuat keputusan sulit (Braks-wallance dan Park, 2004).

h. Harmoni dan batin nurani

Spiritual memberikan kedamaian dalam menghadapi penyakit terminal maupun menjelang ajal (Potter & Perry, 2009).

B. Hubungan Antara Spiritual-Kesehatan dan Sakit

Keyakinan spiritual sangat penting bagi perawat karena dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku klien. Beberapa pengaruh yang perlu dipahami antara lain:

i. Menuntun kebiasaan sehari-hari

Praktik tertentu pada umumnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan mungkin mempunyai makna keagamaan bagi klien, sebagai contoh: ada agama yang menetapkan diet makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan.

j. Sumber dukungan

Pada saat stres, individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. sumber kekuatan sangat diperlukan untuk dapat menerima keadaan sakitnya khususnya jika penyakit tersebut membutuhkan waktu penyembuhan yang lama.

k. Sumber Konflik

Pada suatu situasi bisa terjadi konflik antara keyakinan agama dengan praktik kesehatan. Misalnya: ada yang menganggap penyakitnya adalah cobaan dari Tuhan.

C. Manifestasi Perubahan Fungsi Spiritual

a. Verbalisasi distress

Individu yang mengalami gangguan fungsi spiritual, biasanya akan memverbalisasikan yang dialaminya untuk mendapatkan bantuan.

b. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual. Klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang menderita distress spiritual. Untuk jelasnya berikut terdapat tabel ekspresi kebutuhan spiritual.

Pengkajian Kebutuhan Spiritual

Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data subyektif dan obyektif. Aspek spiritual sangat subyektif, ini berarti aspek spiritual tiap individu berbeda-beda.

Pada dasarnya, informasi awal yang perlu digali adalah:

a. Afiliasi nilai

Partisipasi klien dalam kegiatan agama apakah dilakukan secara aktif atau tidak, Jenis partisipasi dalam kegiatan agama.

b. Keyakinan agama dan spiritual

Praktik kesehatan misalnya diet, mencari dan menerima ritual atau upacara agama, strategi koping.

Nilai agama atau spiritual, mempengaruhi tujuan dan arti hidup individu, tujuan dan arti kematian, kesehatan dan arti pemeliharaan serta hubungan dengan Tuhan, diri sendiri dan orang lain.

D. RINGKASAN

Manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-spiritual-kultural yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut dengan sehat. Setiap individu mempunyai kebutuhan emosi dasar, termasuk kebutuhan akan cinta, kepercayaan, otonomi, identitas, harga diri, penghargaan dan rasa aman. Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (feed back) antara kedua individu tersebut.

Spiritual memiliki delapan batas tetapi saling tumpang tindih: energi, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai, kekuatan batiniah, harmoni dan batin nurani. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

E. TEST

1. Makhluk bio-psiko-sosio-spiritual-kultural yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi merupakan ..
 - a. manusia
 - b. klien
 - c. kesehatan
 - d. keperawatan
2. Konsep spiritual memiliki delapan batas yang saling berkaitan salah satunya adalah
 - a. energi
 - b. klien
 - c. kesehatan

d. keperawatan

F. DAFTAR PUSTAKA

- Hartiah Haroen, ed. (2008). Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Salemba Humanika. hlm. 2. ISBN 978-979-3027-53-1.
- Francis, Caia, 2012. Perawatan Respirasi. Dialih bahasakan oleh Stella Tiana Hasianna. Jakarta: Erlangga.
- Indriani, Wijaya, 2010. Buku Pintar Atasi Asma. Yogyakarta.
- Marrelli, Deborah S, 2008. Buku Saku Dokumentasi Keperawatan. Edisi 3. Dialih bahasakan oleh Egi KOMara Yudha. Jakarta: EGC.
- Murwani, Arita, 2011. Perawatan Pasien Penyakit Dalam. Jilid I. Edisi I. Yogyakarta.

TOPIK 14

ASPEK SEKSUALITAS DALAM KEPERAWATAN

A. Pengertian Kebutuhan Seksual

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (feed back) antara kedua individu tersebut. Kata seks sering digunakan dalam dua cara. Paling umum seks digunakan untuk mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktivitas seksual genital. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi.

Perkembangan seks manusia berbeda dengan binatang dan bersifat kompleks. Jika pada binatang seks hanya untuk kepentingan mempertahankan generasi atau keturunan dan dilakukan pada musim tertentu dan berdasarkan dorongan insting. Pada manusia, seksual berkaitan dengan dengan biologis, fisiologis, psikologis, sosial dan norma yang berlaku. Hubungan seks manusia dapat dikatakan bersifat sakral dan mulia sehingga secara wajar hanya dibenarkan dalam ikatan pernikahan.

1. Tinjauan Seksual Dari Berbagai Aspek

a. Aspek biologis

Aspek ini kita memandang seksual seperti pandangan anatomi dan fisiologis dari sistem reproduksi (seksual) kemampuan organ seks, dan adanya hormonal serta sistem sarap yang berfungsi atau berhubungan dengan kebutuhan seksual.

b. Aspek psikologis

Aspek ini merupakan pandangan terhadap identitas jenis kelamin sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitasnya serta memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain. Misalnya kalau perempuan, merasa tertarik dengan laki-laki, akan berhias mempercantik diri bila bertemu laki-laki, demikian pula sebaliknya.

c. Aspek sosial budaya

Aspek ini merupakan pandangan budaya atau keyakinan yang berlaku di masyarakat terhadap kebutuhan seksual serta perilakunya di masyarakat. Misalnya perempuan sebelumnya menikah harus perawan. Di pedesaan

perempuan umur 20 tahun belum menikah dikatakan perawan tua atau tidak laku, dan sebagainya

2. Perkembangan Seksual

a. Masa pranatal dan bayi

Masa ini komponen fisik atau biologis sudah mulai berkembang. berkembangnya organ seksual maupun merespons rangsangan, seperti adanya ereksi penis pada laki-laki dan adanya pelumas bagian pada wanita. Perilaku ini terjadi ketika mandi, bayi merasakan adanya perasaan senang (Sigmund Freud), tahap perkembangan psiko seksual pada masa ini adalah:

- 1) Tahap oral, terjadi pada umur 0-1 tahun Kepuasan, kesenangan, atau kenikmantan dapat dicapai dengan menghisap, menggigit, mengunyah, atau bersuara.
- 2) Tahap anal, terjadi pada umur 1-3 tahun Kepuasan pada saat ini terjadi pada saat pengeluaran feses. Anak mulai menunjukan keakuanya, sikapnya sangat narsistik (cinta terhadap diri sendiri), dan egois, anak juga mulai mempelajari struktur tubuhnya.

b. Fase Kanak-Kanak Pada masa kanak-kanak perkembangan seksual bagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Tahap oedipal atau falik terjadi pada usia 3-5 tahun

Rangsangan terjadi pada oterotis yaitu meraba-raba bagian erogenya, mulai menyukai lawan jenis. Anak laki-laki cenderung suka pada ibunya dari pada Bapaknya dan sebaliknya pada anak perempuan serta mulai megenal jenis kelamin yang di milikinya serta mulai interaksi dengan figur orang tuanya.

- 2) Tahap laten terjadi pada usia 5-13 tahun

Pada masa ini mulai memasuki masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial.

- 3) Masa Pubertas

Masa ini sudah mencapai kematangan fisik dan aspek sosial, dan akan terjadi kematangan psikologis. Terjadi perubahan ditandai dengan adanya citra tubuh, perhatian yang sangat besar terhadap perubahan fungsi tubuh,

pembelajaran tentang perilaku, kondisi sosial. Tahap genital terjadi pada umur 12 tahun tahap ini merupakan tahap suka pada lawan jenis sudah matang.

4) Masa Dewasa Muda dan Pertengahan Umur

Pada tahap ini perkembangan fisik sudah cukup dan ciri seks sekunder mencapai puncaknya yaitu pada usia 18-30 tahun pada masa ini terjadi perubahan hormonal pada wanita ditandai dengan penurunan estrogen, pengecilan payudara dan vagina penurunan cairan vagina selanjutnya akan terjadi penurunan reaksi ereksi, pada pria ditandai dengan penurunan ukuran penis dan semen.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Seksual

- a. Tidak adanya panutan (role mode).
- b. Gangguan struktural dan fungsi tubuh, seperti adanya trauma, obat, kehamilan atau abnormalitas anatomi genitalia.
- c. Kurang pengetahuan atau informasi yang salah mengenai masalah seksual.
- d. Penganiayaan secara fisik.
- e. Adanya penyimpangan psikoseksual.
- f. Konflik terhadap nilai.
- g. Kehilangan pasangan karena perpisahan atau kematian.

4. Pengkajian

Berikut ini pedoman wawancara yang baik dalam mengumpulkan data yang berkaitan dengan aspek psikoseksual:

- a. Menggunakan pendekatan yang jujur dan berdasarkan fakta yang menyadari bahwa klien sedang mempunyai pertanyaan atau masalah seksual.
- b. Mempertahankan kontak mata dan duduk dekat klien.
- c. Memberikan waktu yang memadai untuk membahas masalah seksual, jangan terburu- buru.
- d. Menggunakan pertanyaan yang terbuka, umum dan luas untuk mendapatkan informasi mengenai pengetahuan, persepsi dan dampak penyakit berkaitan dengan seksualitas.

- e. Jangan mendesak klien untuk membicarakan mengenai seksualitas, biarkan terbuka untuk dibicarakan pada waktu yang akan datang.
- f. Masalah citra diri, kegiatan hidup sehari-hari dan fungsi sebelum sakit dapat dipakai untuk mulai membahas masalah seksual.
- g. Amati klien selama interaksi, dapat memberikan informasi tentang masalah apa yang dibahas, begitu pula masalah apa yang dihindari klien.
- h. Minta klien untuk mengklarifikasi komunikasi verbal dan non verbal yang belum jelas.
- i. Berinisiatif untuk membahas masalah seksual berarti menghargai klien sebagai makhluk seksual, memungkinkan timbulnya pertanyaan tentang masalah seksual.

Lebih lanjut perlu dikaji berbagai mekanisme coping yang mungkin digunakan klien untuk mengekspresikan masalah seksualnya, antara lain :

- a. Fantasi, mungkin digunakan untuk meningkatkan kepuasan seksual dengan berhayal berhubungan dengan artis favorit misalnya.
- b. Denial, mungkin digunakan untuk tidak mengakui adanya konflik atau ketidakpuasan seksual.
- c. Rasionalisasi, mungkin digunakan untuk memperoleh pembenaran atau penerimaan tentang motif, perilaku, perasaan dan dorongan seksual.
- d. Menarik Diri, mungkin dilakukan untuk mengatasi perasaan lemah, perasaan ambivalensi terhadap hubungan intim yang belum terselesaikan secara tuntas.

B. RINGKASAN

Manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-spiritual-kultural yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut dengan sehat. Setiap individu mempunyai kebutuhan emosi dasar, termasuk kebutuhan akan cinta, kepercayaan, otonomi, identitas, harga diri, penghargaan dan rasa aman. Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (feed back) antara kedua individu tersebut.

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua

orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (feed back) antara kedua individu tersebut. Kata seks sering digunakan dalam dua cara. Paling umum seks digunakan untuk mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktivitas seksual genital. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi.

C. TEST

1. Pandangan terhadap identitas jenis kelamin sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitasnya serta memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain adalah ..
 - a. Aspek sosial budaya
 - b. Aspek Psikososial
 - c. Manusia
 - d. Keperawatan

2. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut
 - a. Sehat.
 - b. Aspek Psikososial
 - c. Manusia
 - d. Keperawatan

D. DAFTAR PUSTAKA

- Hartiah Haroen, ed. (2008). Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Salemba Humanika. hlm. 2. ISBN 978-979-3027-53-1.
- Francis, Caia, 2012. Perawatan Respirasi. Dialih bahasakan oleh Stella Tiana Hasianna. Jakarta: Erlangga.
- Indriani, Wijaya, 2010. Buku Pintar Atasi Asma. Yogyakarta.
- Marrelli, Deborah S, 2008. Buku Saku Dokumentasi Keperawatan. Edisi 3. Dialih bahasakan oleh Egi KOMara Yudha. Jakarta: EGC.
- Murwani, Arita, 2011. Perawatan Pasien Penyakit Dalam. Jilid I. Edisi I. Yogyakarta.

TOPIK 15

ASPEK PSIKOSOSIAL DALAM KEPERAWATAN

A. ASPEK PSIKOSOSIAL

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dan atau gejala sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa (Depkes, 2011).

Psikososial melibatkan aspek psikologis dan sosial. Psikososial merupakan istilah yang menggambarkan hubungan antara kondisi sosial seseorang dengan kesehatan mental/emosinya. Kebutuhan psikososial merupakan kebutuhan yang melibatkan aspek baik psikologis dan sosial yang menggabungkan layanan psikologis dan sosial klinis dan berkaitan dengan kondisi mentalnya. Misalnya hubungan antara ketakutan yang dimiliki seseorang (psikologis) terhadap bagaimana cara seseorang berinteraksi dengan orang lain di lingkungan sosialnya Psikososial menekankan pada hubungan yang dekat dan dinamis, dekat antara aspek psikologis dari pengalaman seseorang (pemikiran, perasaan, tingkah laku) dan pengalaman sosial yang ada disekelilingnya (hubungan dengan orang lain, tradisi, budaya) yang secara terus menerus saling mempengaruhi satu sama lain. Seperti halnya ketika seseorang mengalami stress maka akan terjadi perubahan secara fisiologis, tetapi faktor psikososial juga mempunyai peranan. Stres mempengaruhi kesejahteraan emosional dalam berbagai cara. Oleh karena kepribadian individual mencakup hubungan yang kompleks di antara banyak faktor, maka perlunya memeriksa gaya hidup dan stressor klien yang terakhir, pengalaman terdahulu dengan stressor, mekanisme koping yang berhasil di masa lalu, fungsi peran, konsep diri dan ketabahan (Ambarwati, 2017).

B. RINGKASAN

Kebutuhan psikososial merupakan kebutuhan yang melibatkan aspek baik psikologis dan sosial yang menggabungkan layanan psikologis dan sosial klinis dan berkaitan dengan kondisi mentalnya. Psikososial merupakan salah satu komponen utama dalam pengkajian Keperawatan. Pemenuhan kebutuhan psikososial adalah penting karena memiliki dampak yang sangat besar terhadap kualitas hidup pasien

karena berkaitan dengan perubahan fisik, sosial, kognitif, spiritual, emosional dan fungsi peran.

C. TEST

1. Cakupan psikososial dalam keperawatan adalah
 - a. Kesehatan jiwa dan mental
 - b. Kesehatan fisik dan jiwa**
 - c. Kesehatan jiwa dan sosial
 - d. Kesehatan mental dan spiritual
 - e. Kesehatan budaya dan mental

2. Suatu perubahan yang muncul dalam kehidupan individu dimana dalamnya termasuk hal yang sifat psikologik ataupun adanya hubungan sosial yang terdapat pengaruh hubungan timbal balik”. Pernyataan ini merupakan pengertian dari?
 - a. Psikologi
 - b. Psikologis
 - c. Psikologik
 - d. Psikososial**
 - e. Psikologikal

D. DAFTAR ISI

Ambarwati, G. (2017) ‘Pemenuhan kebutuhan psikososial pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi’, Psikososial

FORMAT PENILAIAN SEMINAR

No	Deskripsi Penilaian	Skor	Nama Mahasiswa										Nilai
1	Aktivitas & Kreativitas												
	Menanggapi informasi, memberikan ide penyelesaian masalah	31-40											
	Ide bagus, tapi kurang aktif mengemukakan ide	21-30											
	Mengkritik tanpa ada penyelesaian masalah	11-20											
	Mengikuti diskusi tanpa ada ide yang disampaikan	1-10											
2	Sikap dalam Diskusi												
	Menghargai sikap dan berinteraksi dengan baik	16-20											
	Mampu mengemukakan pendapat tapi tidak memfasilitasi teman untuk berpendapat	11-15											
	Mampu berinteraksi tapi sering menyalahkan pendapat orang lain	6-10											
	Tidak serius dan menghambat proses diskusi	1-5											
3	Relevansi dengan Tujuan Pembelajaran												
	Relevan 90 – 100%	16-30											
	Relevan 70 – 80%	11-15											
	Relevan 50 – 60%	1-10											
	Di luar tujuan pembelajaran	0											
4	Penjelasan Presenter												
	Pembicara tenang, intonasi tepat, kontak mata baik, tidak bergantung pada catatan	8-10											
	Pembicara tenang, suara datar, cukup sering bergantung pada catatan	6-7											
	Suara monoton, tidak ada	3-5											

	ide di luar catatan, kontak mata kurang												
	Pembicara cemas, audien diabaikan, hanya membaca berbagai catatan daripada berbicara	1-2											
TOTAL													

Pekanbaru,2022

Penilai

(.....)

FORMAT PENILAIAN MAKALAH

Dimensi	Sangat Memuaskan	Memuaskan	Cukup	Kurang Memuaskan	Di Bawah Standar	Skor
Konteks bahasa/isi	Bahasa/isi menggugah pembaca untuk mencari tahu konsep lebih dalam (9 – 10)	Bahasa/isi menambah informasi pembaca (7 – 8)	Bahasa/isi deskriptif, tidak terlalu menambah pengetahuan (4 – 6)	Informasi dan data yang disampaikan tidak menarik dan membingungkan (2 – 3)	Tidak ada hasil (0 – 1)	
Kerapian	Paper dibuat dengan sangat menarik dan menggugah semangat pembaca (9 – 10)	Paper cukup menarik, walau tidak terlalu mengundangi (7 – 8)	Dijilid biasa (4 – 6)	Dijilid namun kurang rapi (2 – 3)	Tidak ada hasil (0 – 1)	
Referensi	Berasal dari sumber buku/jurnal dan penulisan sesuai dengan format APA (9 – 10)	Berasal dari sumber buku/jurnal dan penulisan tidak sesuai dengan APA (7 – 8)	Berasal dari buku dan sumber internet (bukan jurnal) serta penulisan tidak sesuai dengan APA (4 – 6)	Berasal dari sumber internet (bukan jurnal) dan penulisan tidak sesuai dengan APA (2 – 3)	Tidak ada hasil (0 – 1)	

Nilai Akhir = $\frac{\text{total skor}}{30} \times 100$

Pekanbaru,2022
Penilai

(.....)

Format Laporan Makalah Kelompok Seminar

1. Cover
2. Kata Pengantar : berisi kata-kata harapan, ucapan terima kasih, dll dari penulis
3. Daftar isi (jelas)
4. BAB I Pendahuluan : latar belakang pembuatan tugas, tujuan dan manfaat yang diinginkan
5. BAB II Landasan teori : kutipan teori-teori yang mendasari makalah, dapat dikutip dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli, dll
6. BAB III Pembahasan : inti makalah yang ingin dibahas. Jika terdapat kasus bandingan temuan pada kasus dengan konsep/teoritis
7. BAB IV Penutup : Kesimpulan dari pembahasan. Tidak perlu disertakan saran
8. Daftar Pustaka : sumber-sumber yang digunakan untuk membuat makalah (dari jurnal, buku referensi *teks book*, para ahli dll). Tidak dibenarkan *copy paste* dari makalah orang lain atau mengambil rujukan dari sumber yang tidak jelas (seperti blogspot, dll)
9. Ketentuan penulisan: jumlah halaman disesuaikan dengan kedalaman materi, ketikan 1,5 spasi, *Font* Time New Roman, size 12, kertas A4, dijilid rapi dan cover makalah menggunakan kertas buffalo berwarna putih, makalah dikumpul pada tim dosen paling lambat 1 minggu setelah penugasan berlangsung. Jika pengumpulan tugas berbentuk softfile, makalah dikumpulkan melalui SPADA HTP.

Laporan makalah seminar
“judul makalah”
Logo stikes
Nama kelompok dan anggota

INSTRUMEN EVALUASI *SOFTSKILL*

Mata Kuliah :
Pertemuan Ke / Topik :/.....
Hari/Tanggal :
Nama Mahasiswa :

No.	Aspek Penilaian	0	1	2	3	Ket
1	Disiplin					
2	Berpenampilan bersih dan rapi					
3	Jujur dan berperilaku professional					
4	Berperilaku caring dan komunikasi efektif					
5	Mengutamakan etika dan moral dalam interaksi					
6	Kerjasama tim					
7	Tanggung jawab					
8	Kreatif dan inovatif					
9	Berpikir kritis					
10	Kepemimpinan					
	TOTAL					

Nilai : $\frac{\text{Total Skor}}{30} \times 100 = \dots\dots\dots$

Ket : 3 = Dilakukan dengan sempurna
2 = Dilakukan, masih ada aspek yang kurang sempurna
1 = Masih ada aspek yang tidak dilakukan
0 = Tidak dilakukan sama sekali

Dosen Pengajar,

(.....)