



# Teori dan Falsafah Keperawatan

Disusun oleh:  
Ns. Muhamad Rofii, S.Kp, M.Kep

Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
Semarang

**Edisi 1**

**2021**

# **TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN**

**Disusun oleh:  
Ns. Muhamad Rofii, S.Kp, M.Kep**

**Edisi 1**

**Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
Semarang**

**2021**

# **TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN**

**Disusun oleh:  
Ns. Muhamad Rofii, S.Kp, M.Kep**

**Edisi 1**

**Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro  
Semarang**

**2021**

## **TEORI DAN FALSAFAH KEPERAWATAN**

**Ns. Muhamad Rofii, S.Kp, M.Kep**

Departemen Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Semarang, Jawa Tengah, Indonesia

e-ISBN : 9 786236 528846

Penerbit :

Fakultas Kedokteran

Universitas Diponegoro

Kampus Undip Tembalang Semarang

Hak Cipta © 2021 oleh Fakultas Kedokteran Undip. Buku ini dilindungi oleh hak cipta. Hak cipta dilindungi Undang-undang, dilarang memperbanyak, menyalin, merekam sebagian atau seluruh bagian buku ini dalam bahan atau bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Edisi 1

2021

## **KATA PENGANTAR**

Buku Teori dan falsafah keperawatan ini merupakan buku yang membahas tentang dasar-dasar dalam ilmu keperawatan yang berisi tentang falsafah keperawatan, paradigma keperawatan, teori-teori dalam keperawatan. Para ahli filosofi banyak dibahas dalam buku ini, seperti Florence Nightingale, Virginia Henderson, Jean Watson, dan lain-lainnya.

Buku ini sesuai deskripsi mata kuliah yang berfokus pada pengembangan pemahaman mahasiswa terhadap filosofi dan teori keperawatan untuk membentuk sikap dan perilaku sebagai calon perawat profesional. Mereka juga harus mampu memahami filosofi keperawatan. Landasan ilmu keperawatan bisa dipelajari dalam buku ini. Penelitian-penelitian keperawatan bisa dirujuk dalam buku ini, karena kita bisa memahami ruang lingkup keperawatan ketika kita paham tentang teori dan falsafah keperawatan.

Buku ini juga sesuai dengan standar kompetensi mahasiswa yaitu mahasiswa agar mampu memahami dasar asuhan keperawatan untuk mengembangkan sikap dan perilaku mereka sebagai calon perawat profesional. Sehingga dapat bermanfaat untuk memberikan pemahaman tentang perawat profesional kepada mahasiswa sebagai calon perawat.

Buku ini dapat digunakan untuk membantu mahasiswa keperawatan dan para perawat dalam mempelajari falsafah dan teori keperawatan. Dalam buku ini berfokus pada kompetensi yaitu memahami tentang filosofi, sains dan keperawatan, hubungan falsafah dan paradigma keperawatan, pengetahuan dan teori, teori dan model, teori dan praktik serta penelitian, teori keperawatan, konsep dari tokoh filosofikal teori, konsep dari tokoh grand theory, konsep dari tokoh teori keperawatan, konsep dari tokoh middle range theory..

Penulis,

Muhamad Rofii

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>4</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>5</b>
<b>BAB 1. FILSAFAT, SAINS DAN KEPERAWATAN</b>	
A. Komponen Dasar Teori .....	8
B. Keperawatan Sebagai Profesi .....	8
C. Keperawatan Sebagai Disiplin Akademik .....	9
D. Pengenalan Sains dan Filsafat .....	10
E. Sains dan Filsafat Pendidikan .....	12
F. Filsafat Keperawatan, Sains Keperawatan dan Filsafat Sains Keperawatan .....	13
G. Perkembangan Pengetahuan dan Sains Keperawatan .....	14
H. Metodologi Riset dan Sains Keperawatan .....	17
<b>BAB 2. HUBUNGAN FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN</b>	
A. Definisi Falsafah Keperawatan .....	19
B. Definisi Paradigma Keperawatan .....	20
C. Konsep Manusia .....	21
D. Konsep Kesehatan .....	23
E. Konsep Lingkungan .....	24
F. Konsep Keperawatan .....	25
G. Hubungan Falsafah dan Paradigma Keperawatan	26
.	
<b>BAB 3. PENGETAHUAN DAN TEORI</b>	
A. Pentingnya Pengetahuan Dalam Keperawatan .....	28
B. Sifat Pengetahuan .....	28
C. Bentuk Pengetahuan .....	29
D. Teori Sebagai Konstruksi Pengetahuan .....	31
E. Teori dan Praktik .....	32

<b>BAB 4.</b>	<b>TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN</b>	
	A. Pengetahuan Ilmiah dan Non Ilmiah .....	35
	B. Struktur Pengetahuan Keperawatan .....	35
	C. Teori dan Model .....	36
	D. Model Keperawatan .....	37
	E. Teori Keperawatan .....	38
<b>BAB 5.</b>	<b>TEORI, PRAKTEK DAN PENELITIAN</b>	
	A. Teori dan Penelitian .....	39
	B. Teori dan Praktek .....	40
	C. Penelitian dan Praktek .....	41
<b>BAB 6.</b>	<b>TEORI KEPERAWATAN</b>	
	A. Pengertian Teori .....	43
	B. Pentingnya Teori Keperawatan .....	45
	C. Komponen Dasar Teori Keperawatan .....	48
	D. Lingkup Teori .....	50
	E. Perkembangan Teori Keperawatan .....	51
	F. Perkembangan Pengetahuan Dalam Keperawatan	54
	G. Pemilihan Teori Keperawatan .....	55
<b>BAB 7.</b>	<b>TOKOH TEORI FILOSOFIKAL</b>	
	A. Florence Nightingale: Teori Lingkungan .....	58
	B. Jean Watson: Caring .....	62
	C. Ernestine Wiedenbach: Keperawatan Klinik: Seni Menolong .....	65
	D. Virginia Henderson: Prinsip-prinsip dan Praktik Keperawatan .....	71
	E. Faye Glenn Abdellah: Pendekatan Yang Berpusat Pada Pasien Dalam Keperawatan .....	73
	F. Patricia Benner: Dari Pemula Sampai Ahli .....	78

<b>BAB 8.</b>	<b>TOKOH TEORI GRAND / MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN</b>	
A.	Model Konseptual Myra Estrin Levine: Model Konservasi .....	82
B.	Model Konseptual Martha E Roger: Kesatuan Manusia .....	86
C.	Model Konseptual Dorothea Orem: Defisit Perawatan Diri .....	91
D.	Model Konseptual Imogene King: Kerangka Kerja Sistem Interaksi .....	97
E.	Model Konseptual Betty Neuman: Model Sistem ..	104
F.	Model Konseptual Sister Calista Roy: Model Adaptasi .....	113
<b>BAB 9.</b>	<b>TOKOH TEORI KEPERAWATAN</b>	
A.	Model Teori Ida Jean Orlando: Teori Proses Keperawatan .....	119
B.	Model Teori Nola J. Pender: Model Promosi Kesehatan .....	126
C.	Model Teori Rosemarie Rizzo Parse: Menjadi Manusia .....	128
D.	Model Teori Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain: Modeling and Role-Modeling .	133
E.	Model Teori Medeleine Leininger: Keperawatan Transkultural .....	138
F.	Model Teori Margareth Newman: Kesehatan Sebagai Perluasan Kesadaran .....	141
<b>BAB 10.</b>	<b>TOKOH MIDDLE RANGE THEORY</b>	
A.	Ramona T Mercer: Pencapaian Peran Ibu .....	145
B.	Sandra J. Peterson .....	152

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **BAB 1**

### **FILSAFAT, SAINS DAN KEPERAWATAN**

Pokok bahasan Filsafat, sains dan Keperawatan:

- a. Komponen dasar teori
- b. Keperawatan sebagai profesi
- c. Keperawatan sebagai disiplin akademik
- d. Pengenalan sains dan filsafat
- e. Sains dan filsafat pendidikan
- f. Filsafat Keperawatan, Sains Keperawatan dan Filsafat Sains Keperawatan
- g. Perkembangan pengetahuan dan sains keperawatan
- h. Metodologi riset dan sains keperawatan

#### **A. Komponen Dasar Teori**

Komponen dasar teori keperawatan terdiri dari konsep dan proposisi. Konsep adalah dasar dari sebuah teori. Konsep adalah sebuah wahana pemikiran. Menurut Chinn dan Kramer, konsep adalah formulasi mental yang kompleks dari persepsi seseorang terhadap dunia (Chinn & Kramer, 1999). Sebuah konsep membantu kita dalam merumuskan suatu objek atau situasi. Konsep membantu kita untuk menyebutkan sesuatu dan kejadian di dunia sekitar kita dan membantu kita dalam berkomunikasi satu sama lain tentang dunia. Proposisi adalah pernyataan yang menyatakan sebuah hubungan antara konsep (Sue C & Ladner, 2011).

#### **B. Keperawatan Sebagai Profesi**

Banyak pertanyaan tentang apakah keperawatan disebut profesi atau pekerjaan. Hal ini penting bagi perawat untuk mempertimbangkan beberapa alasan. Pekerjaan adalah pekerjaan atau karier, sedangkan profesi adalah pekerjaan terpelajar atau pekerjaan yang memiliki status superioritas dan diutamakan dalam pembagian kerja. Secara umum, pekerjaan memerlukan

berbagai tingkat pelatihan atau pendidikan yang bervariasi, tingkat keterampilan yang berbeda-beda, dan basis pengetahuan yang didefinisikan secara luas. Semua profesi adalah pekerjaan, tapi tidak semua pekerjaan adalah profesi (McEwen & Wills, 2011).

Karakteristik profesi meliputi (1) dasar pengetahuan yang jelas, (2) Kekuasaan dan kewenangan dalam pelatihan dan pendidikan, (3) terdaftar, (4) pelayanan altruistik, (5) mempunyai kode etik, (6) sosialisasi yang panjang, dan (7) otonomi (McEwen & Wills, 2011). Sebuah profesi juga harus memiliki tujuan atau misi sosial dalam sebuah institusi serta adanya kelompok ilmuwan, peneliti yang terus berupaya untuk memajukan pengetahuan profesi tersebut dengan tujuan memperbaiki praktik. Para profesional bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas pekerjaan mereka (McEwen & Wills, 2011). Profesi bisa termasuk para rohaniwan, hukum, dan kedokteran (McEwen & Wills, 2011).

Keperawatan masih dipandang sebagai pekerjaan bukan profesi. Pendidikan untuk perawat belum terstandarisasi, dan sistem entry-level ada tiga tingkat yaitu diploma, associate degree, dan gelar sarjana, sehingga menghambat profesionalisasi. Otonomi dalam praktiknya tidak lengkap karena keperawatan masih bergantung pada obat untuk mengarahkan sebagian besar praktiknya (McEwen & Wills, 2011).

### **C. Keperawatan Sebagai Disiplin Akademik**

Disiplin adalah cabang ilmu pengetahuan yang dihasilkan dari suatu teori dan metode yang berkembang lebih dari satu pandangan tentang fenomena keprihatinan (Parse, 1999). Disiplin juga disebut sebagai pengamatan yang ditandai oleh perspektif yang unik dan cara pandang fenomena yang berbeda (McEwen & Wills, 2011). Disiplin adalah cabang ilmu pendidikan atau pembelajaran atau pengetahuan. Struktur disiplin terdiri dari organisasi dan penentuan jumlah, hubungan, dan rasio masing-masing jenis pengetahuan yang terdiri dari disiplin (McEwen & Wills, 2011).

Karakteristik disiplin mencakup: (1) perspektif dan sintaksis yang berbeda, (2) penentuan fenomena apa yang menarik, (3) penentuan konteks dimana fenomena dilihat, (4) penentuan pertanyaan apa yang harus diajukan, (5) penentuan metode penelitian yang digunakan, dan (6) penentuan hasil penelitian sebagai bukti (McEwen & Wills, 2011).

Perkembangan pengetahuan dalam sebuah disiplin berasal dari beberapa perspektif ahli filsafat dan ilmiah atau pandangan dunia (McEwen & Wills, 2011). Pandangan dunia ini dapat berfungsi untuk membagi atau memisahkan anggota sebuah disiplin. Cara untuk mengklasifikasikan disiplin akademis misalnya, dibagi ke dalam ilmu-ilmu dasar (fisika, biologi, kimia, sosiologi, antropologi) dan humaniora (filsafat, etika, sejarah, seni murni). Keperawatan memiliki karakteristik keduanya. Perbedaan juga dapat dibuat antara disiplin akademis (mis., Fisika, fisiologi, sosiologi, matematika, sejarah, filsafat) dan disiplin profesional (mis., Kedokteran, hukum, keperawatan, pekerjaan sosial) (McEwen & Wills, 2011).

Area yang mengidentifikasi keperawatan sebagai disiplin yang berbeda adalah sebagai berikut (McEwen & Wills, 2011):

- a) Filsafat yang bisa diidentifikasi.
- b) Setidaknya satu kerangka konseptual (perspektif) untuk penggambaran tentang apa yang dapat didefinisikan sebagai keperawatan.
- c) Pendekatan metodologis yang dapat diterima untuk mengejar dan mengembangkan pengetahuan.

#### **D. Pengenalan Sains dan Filsafat**

Sains (ilmu pengetahuan) adalah hal-hal berkaitan dengan kausalitas (sebab dan akibat). Pendekatan ilmiah untuk memahami realitas ditandai dengan pengamatan, kemampuan, dan pengalaman; pengujian hipotesis dan eksperimen dianggap metode ilmiah (McEwen & Wills, 2011). Filsafat adalah hal-hal yang berkaitan dengan tujuan kehidupan manusia, sifat keberadaan dan kenyataan, dan teori dan batasan pengetahuan.

Sains dan filsafat sama-sama bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan. Ilmu disiplin apapun terkait dengan filosofinya, yang memberikan dasar untuk memahami dan mengembangkan teori untuk sains sesuai disiplin ilmu (McEwen & Wills, 2011).

### **Pengertian Sains**

Sains (Ilmu) adalah proses dan produk. Menurut Parse (Parse, 1999) sains adalah penjelasan teoritis tentang subjek penelitian dan proses metodologis untuk mempertahankan pengetahuan dalam sebuah disiplin. Sains adalah suatu cara untuk menjelaskan fenomena yang diamati serta sebuah sistem pengumpulan, verifikasi, dan sistematisasi informasi tentang realitas (Streubert-Speziale & Carpenter dalam McEwen dan Wills (McEwen & Wills, 2011)).

Menurut Van Laer, Silva mencantumkan enam ciri sains (McEwen & Wills, 2011). Ciri-ciri sains adalah sebagai berikut:

1. Sains harus menunjukkan koherensi tertentu.
2. Sains berkaitan dengan bidang pengetahuan yang pasti.
3. Sains lebih disukai diungkapkan dalam pernyataan universal.
4. Pernyataan sains pasti benar atau mungkin benar.
5. Pernyataan sains harus logis.
6. Sains harus menjelaskan penyelidikan dan argumennya

Klasifikasi sains yaitu:

1. Ilmu Alam, yaitu: fisika, biologi, fisiologi, geologi, meteorologi
2. Ilmu dasar atau murni, yaitu Matematika, logika, kimia, fisika, bahasa Inggris (bahasa)
3. Ilmu manusia dan social, yaitu Psikologi, antropologi, sosiologi, ekonomi, ilmu politik, sejarah, agama
4. Ilmu penerapan atau praktek, yaitu ilmu Arsitektur, teknik, kedokteran, farmakologi, hukum

### **Pengertian Filsafat**

Filsafat adalah studi tentang masalah yang paling utama, abstrak, dan umum. Masalah ini berkaitan dengan sifat eksistensi, pengetahuan, moralitas, akal, dan tujuan manusia (Teichman &

Evans, 1999). Filsafat mencoba untuk menemukan pengetahuan dan kebenaran, dan mencoba untuk mengidentifikasi apa yang berharga dan penting.

#### **E. Sains dan Filsafat Pendidikan**

Tiga filsafat sains modern yang mendominasi: rasionalisme, empirisme, dan sains/fenomenologi manusia. Rasionalisme dan empirisme sering disebut pandangan yang diterima. Sains/fenomenologi manusia dianggap sebagai pandangan yang dirasakan (McEwen & Wills, 2011).

#### **Pandangan Yang Diterima (Empiris, Positivisme, Positivisme Logis)**

Pandangan yang diterima atau pengetahuan yang diterima menunjukkan bahwa individu belajar dengan diberitahu atau menerima pengetahuan. Empirisme merupakan kebenaran sesuai dengan yang dapat diamati, reduksi, verifikasi, kontrol, dan tidak bias (S. R. Gortner & Schultz, 1988). Empirisme berfokus pada pemahaman bagian-bagian dari keseluruhan dalam upaya untuk memahami keseluruhan. Empirisme untuk menjelaskan alam melalui pengujian hipotesis dan pengembangan teori. Teori dibuat untuk menggambarkan, menjelaskan, dan memprediksi fenomena di alam dan untuk memberikan pemahaman tentang hubungan antar fenomena. Keperawatan sebagai disiplin baru, maka keperawatan mengikuti disiplin yang sudah mapan (yaitu, fisiologi) dan model medis dalam menekankan positivisme logis.

#### **Pandangan ilmu yang dipersepsikan (Sains Manusia, Fenomenologi, Konstruktivisme, Sejarah)**

Pandangan ilmu yang dipersepsikan disebut juga pandangan interpretatif, meliputi fenomenologi, konstruktivisme, dan toricismentya. Menurut Monti & Tinggen dalam McEwen, pandangan interpretatif berfokus pada persepsi subjek yang sedang dipelajari dan peneliti dan cenderung tidak menekankan ketergantungan pada kontrol dan eksperimen yang ketat dalam

pengaturan laboratorium (McEwen & Wills, 2011). Fenomenologi adalah studi tentang fenomena dan menekankan penampilan hal-hal yang bertentangan dengan hal-hal itu sendiri. Dalam fenomenologi, pemahaman adalah tujuan sains, dengan tujuan mengenali hubungan antara pengalaman, nilai, dan perspektif seseorang.

## **F. Filsafat Keperawatan, Sain Keperawatan dan Filsafat Sains Keperawatan**

### **Filsafat Keperawatan**

Filsafat keperawatan adalah pernyataan asumsi dasar dan universal, keyakinan dan prinsip tentang sifat pengetahuan dan pemikiran (epistemologi) dan tentang sifat entitas yang diwakili dalam paradigma (yaitu, praktik keperawatan dan proses kesehatan manusia [ontologi] (Reed, 1997). Tidak ada filosofi dominan tunggal yang berlaku dalam disiplin keperawatan.

### **Sains Keperawatan**

Sains keperawatan adalah tepi pengetahuan substantif, disiplin khusus yang berfokus pada proses kesehatan manusia-alam semesta yang diartikulasikan dalam kerangka kerja dan teori keperawatan (Barrett, 2002). Sains keperawatan adalah sistem hubungan respons manusia dalam kesehatan dan penyakit yang menangani domain biologis, perilaku, sosial, dan budaya (S. R. Gortner & Schultz, 1988). Tujuan ilmu keperawatan adalah untuk mewakili sifat keperawatan untuk memahaminya, menjelaskannya, dan menggunakannya untuk kepentingan umat manusia.

### **Filsafat Sains Keperawatan**

Filsafat sains keperawatan membantu untuk menetapkan makna ilmu melalui pemahaman dan pemeriksaan konsep keperawatan, teori, hukum, dan tujuan yang berkaitan dengan praktik keperawatan. Filsafat sains keperawatan membantu untuk memahami kebenaran; untuk menggambarkan keperawatan;

untuk memeriksa prediksi dan kausalitas; untuk secara kritis menghubungkan teori, model, dan sistem ilmiah; dan untuk mengeksplorasi determinisme (McEwen & Wills, 2011).

## **G. Perkembangan Pengetahuan dan Sains Keperawatan**

Pengembangan pengetahuan keperawatan mencerminkan hubungan antara ilmu keperawatan dan penelitian. Tujuan akhir dari pengembangan pengetahuan adalah untuk memperbaiki praktik keperawatan. Pendekatan untuk pengembangan pengetahuan memiliki tiga aspek: ontologi, epistemologi, dan metodologi. Ontologi mengacu pada studi tentang keberadaan: apa adanya. Epistemologi mengacu pada studi tentang pengetahuan atau cara mengetahui. Metodologi adalah sarana untuk memperoleh pengetahuan (McEwen & Wills, 2011).

### **Epistemologi**

Epistemologi adalah studi tentang teori pengetahuan. Menurut Streubert-Speziale dan Carpenter dalam McEwen dan Wills, penting untuk memahami bagaimana pengetahuan keperawatan berkembang untuk menyediakan konteks di mana untuk menilai kesesuaian pengetahuan keperawatan dan metode yang digunakan perawat untuk mengembangkan pengetahuan itu (McEwen & Wills, 2011).

Jenis dasar pengetahuan dasar adalah (McEwen & Wills, 2011):

- a. Empiris  
Pengetahuan empiris adalah bentuk pengetahuan saintifik. Pengetahuan empiris berasal dari pengamatan, pengujian, dan replikasi.
- b. Pengetahuan pribadi-pengetahuan apriori.  
Pengetahuan pribadi adalah pengetahuan yang didapat dari pemikiran sendiri. Pengetahuan intuitif mencakup perasaan dan firasat. Pengetahuan intuitif tidak menebak, tapi bergantung pada pengenalan dan pengalaman pola yang tidak sadar.

- c. Pengetahuan somatik  
Mengetahui tubuh sehubungan dengan gerakan fisik. Pengetahuan somatik mencakup pengalaman penggunaan otot dan keseimbangan untuk melakukan tugas fisik. Pengetahuan metafisik (spiritual) mencari keberadaan kekuatan yang lebih tinggi. Aspek pengetahuan spiritual meliputi sihir, mukjizat, psikokinesis, persepsi ekstrasensori, dan pengalaman menjelang kematian.
- d. Pengetahuan Estetika  
Pengetahuan yang berhubungan dengan kecantikan, harmoni, dan ekspresi. Pengetahuan estetika mencakup seni, kreativitas, dan nilai.
- e. Pengetahuan moral atau etika  
Pengetahuan tentang apa yang benar dan salah nilai dan norma perilaku sosial dan budaya merupakan komponen pengetahuan etis.

### **Epistemologi Keperawatan**

Epistemologi keperawatan menurut Schultz & Meleis adalah studi tentang asal-usul pengetahuan keperawatan, struktur dan metodenya, pola mengetahui anggotanya, dan kriteria untuk memvalidasi klaim pengetahuannya (McEwen & Wills, 2011). Keperawatan memiliki karakteristik ilmu sosial dan perilaku, serta ilmu biologis, sehingga keperawatan harus mengandalkan berbagai cara untuk mengetahui. Menurut Carper, ada empat pola dasar untuk pengetahuan keperawatan: (1) empiris - ilmu keperawatan, (2) estetika - seni keperawatan, (3) pengetahuan pribadi dalam keperawatan, dan (4) etika -moral pengetahuan dalam keperawatan (Carper, 1978).

Pengetahuan empiris bersifat obyektif, abstrak, umumnya kuantitatif, teladan, dirumuskan secara diskursif, dan dapat dipercaya. Ketika diverifikasi melalui pengujian berulang dari waktu ke waktu, ia dirumuskan menjadi generalisasi, hukum, teori, dan prinsip ilmiah yang menjelaskan dan memprediksi (Carper, 1978). Pengetahuan empiris cenderung ditekankan untuk

mengetahui keperawatan, karena ada kebutuhan untuk mengetahui bagaimana pengetahuan dapat diatur menjadi undang-undang dan teori untuk tujuan mendeskripsikan, menjelaskan, dan memprediksi fenomena yang menjadi perhatian perawat (Carper, 1978).

Pengetahuan estetik bersifat ekspresif, subyektif, unik, dan eksperiensial. Estetika termasuk merasakan makna sesaat. Pengetahuan estetik bergantung pada persepsi.

Pengetahuan pribadi mengacu pada cara perawat memandang diri mereka dan klien. Pengetahuan pribadi bersifat subjektif dan mempromosikan keutuhan dan integritas dalam pertemuan pribadi. Pengetahuan pribadi mencakup pengalaman, mengetahui, bertemu, dan mengaktualisasikan diri dalam praktik. Kematangan pribadi dan kebebasan adalah komponen pengetahuan pribadi, yang mungkin mencakup bentuk pengetahuan spiritual dan metafisik. Karena pengetahuan pribadi sulit diungkapkan secara linguistic (Carper, 1978).

Pengetahuan Etika mengacu pada kode moral untuk keperawatan dan didasarkan pada kewajiban untuk melayani dan menghormati kehidupan manusia. Pengetahuan etis terjadi saat dilema moral muncul dalam situasi ambiguitas dan ketidakpastian, dan kapan konsekuensi sulit diprediksi (Carper, 1978). Etika membahas norma, minat, dan prinsip yang bertentangan dan memberikan wawasan tentang bidang-bidang yang tidak dapat diuji.

Carper menggambarkan tiga pola pengetahuan dalam keperawatan: klinis, konseptual, dan empiris. Pengetahuan klinis mengacu pada pengetahuan individu pribadi perawat. Pengetahuan klinis dimanifestasikan dalam tindakan praktik perawat dan hasil dari menggabungkan pengetahuan pribadi dan pengetahuan empiris, dan juga melibatkan intuisi dan subjektif (Carper, 1978). Pengetahuan konseptual diabstraksikan dan digeneralisasi melebihi pengalaman pribadi. Ini menjelaskan pola yang terungkap dalam banyak pengalaman klien, yang terjadi dalam banyak situasi, dan mengartikulasikannya sebagai model

atau teori. Pengetahuan konseptual menggunakan pengetahuan dari keperawatan dan disiplin lainnya. Ini mencakup keingintahuan, imajinasi, ketekunan, dan komitmen dalam akumulasi fakta dan generalisasi yang dapat dipercaya yang berkaitan dengan disiplin keperawatan (Carper, 1978). Pengetahuan empiris dihasilkan dari penelitian eksperimental, historis, atau fenomenologis dan digunakan untuk membenarkan tindakan dan prosedur dalam praktik.

## **H. Metodologi Riset dan Sains Keperawatan**

Pada pertengahan 1900-an, metode kuantitatif sudah digunakan secara eksklusif dalam penelitian. Pada 1960-an dan 1970-an, sekolah keperawatan menyelaraskan penelitian keperawatan dengan penelitian ilmiah. Mulai pada 1980-an, metode penelitian kualitatif mulai digunakan. Asumsinya adalah bahwa metode kualitatif menunjukkan fenomena keperawatan dengan cara yang naturalistik dan tidak terstruktur dan tidak disalahartikan. Konsep ilmu keperawatan juga berimplikasi pada praktik keperawatan. Gagasan tentang praktik berbasis penelitian telah muncul selama beberapa tahun terakhir (McEwen & Wills, 2011)

### **Keperawatan Sebagai Sains Praktek**

Ilmu terapan adalah ilmu yang menggunakan pengetahuan ilmu-ilmu dasar untuk tujuan praktis. Dalam penelitian terapan, peneliti bekerja untuk memecahkan masalah dan menghasilkan solusi untuk masalah tersebut. Dalam ilmu praktik, penelitian sebagian besar berorientasi klinis dan tindakan (Moody, 1990)). Keperawatan sebagai ilmu terapan atau praktis, keperawatan memerlukan penelitian terapan dan klinis (Fawcett, 1999).

### **Keperawatan Sebagai Ilmu Manusia**

Ilmu manusia mempelajari kehidupan manusia dengan menilai pengalaman hidup orang-orang dan berusaha memahami

kehidupan dalam matriks pola makna dan nilai-nilainya. Dalam ilmu manusia, para ilmuwan berharap dapat menciptakan pengetahuan baru untuk memberikan pemahaman dan interpretasi fenomena. Dalam ilmu manusia, pengetahuan berbentuk teori deskriptif mengenai struktur, proses, hubungan, dan tradisi yang mendasari aspek psikologis, sosial, dan budaya dari realitas (McEwen & Wills, 2011). Tujuan penelitian dalam ilmu manusia adalah untuk menghasilkan deskripsi dan interpretasi untuk membantu memahami hakikat pengalaman manusia. Disiplin ilmu keperawatan telah meneliti isu-isu yang berkaitan dengan perilaku dan budaya, serta biologi dan fisiologi, dan berusaha untuk mengenali hubungan antara faktor-faktor yang menyarankan variabel penjelas untuk kesehatan dan penyakit manusia (S. Gortner, 1993).

### **Metodologi Kuantitatif dan Kualitatif**

Dua bentuk penelitian ilmiah dalam keperawatan yang telah dilakukan adalah: (1) empirisme, yang mengobjektifikasi pengalaman dan dapat menguji proposisi atau hipotesis dalam eksperimen terkontrol; dan (2) fenomenologi dan bentuk lain dari penelitian kualitatif (yaitu, grounded theory, hermeneutika, penelitian sejarah, etnografi), yang mempelajari pengalaman hidup dan makna peristiwa (McEwen & Wills, 2011).

## **BAB 2**

### **HUBUNGAN FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN**

Ruang lingkup topik hubungan falsafah dan paradigma keperawatan:

- a. Definisi Falsafah Keperawatan
- b. Definisi Paradigma Keperawatan
- c. Konsep Manusia
- d. Konsep Kesehatan
- e. Konsep Lingkungan
- f. Konsep Keperawatan
- g. Hubungan Falsafah dan Paradigma Keperawatan

#### **A. Definisi Falsafah Keperawatan**

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan dipakai sebagai pandangan hidup. Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Falsafah keperawatan merupakan sebuah atribut atau nilai yang melekat pada diri perawat. Falsafah keperawatan merupakan jiwa dari setiap perawat. Falsafah keperawatan harus menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya (Budiana, 2016).

Falsafah keperawatan menurut Roy ada delapan elemen, yaitu 4 prinsip humanisme dan 4 prinsip veritivity. Falsafah humanisme/kemanusiaan adalah mengenali manusia dan sisi subyektif manusia dan pengalamannya sebagai pusat rasa ingin tahu dan rasa menghargai. Empat prinsip humanisme yaitu: 1) Saling berbagi dalam kemampuan untuk berpikir kreatif yang digunakan untuk mengetahui masalah yang dihadapi dalam mencari solusi; 2) Bertingkah laku untuk mencapai tujuan tertentu, bukan sekedar memenuhi hukum aksi-reaksi; 3) Memiliki holism intrinsic; 4) Berjuang untuk mempertahankan

integritas dan memahami kebutuhan untuk memiliki hubungan dengan orang lain (Budiana, 2016).

Veritivity artinya kebenaran. Veritivity menurut Roy adalah ada hal yang benar absolut. Veritivity menurut Roy dalam Budiana adalah prinsip alamiah manusia yang mempertegas tujuan umum keberadaan manusia. Empat prinsip veritivity yaitu 1) Tujuan eksistensi manusia, 2) Gabungan dari beberapa tujuan peradaban manusia, 3) Aktifitas dan kreatifitas untuk kebaikan-kebaikan umum, serta 4) Nilai dan arti kehidupan (Budiana, 2016).

## **B. Definisi Paradigma Keperawatan**

Paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap fenomena yang ada dalam keperawatan. 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 kepera (Budiana, 2016).

Empat metaparadigma keperawatan meliputi manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Metaparadigma pada manusia berfokus pada pasien yang merupakan penerima perawatan. Metaparadigma lingkungan mencakup faktor internal dan eksternal yang berhubungan dengan pasien. Metaparadigma kesehatan mengacu pada kualitas dan kesejahteraan pasien. Metaparadigma keperawatan mengacu pada perawat dan bagaimana dia akan menerapkan pengetahuan dan keterampilan mereka ketika merawat pasien, dan juga mengacu pada atribut perawat yang memberikan perawatan (Branch et al., 2016).

Fungsi paradigma adalah:

- a. Menyikapi dan menyelesaikan berbagai persoalan yang melingkupi profesi keperawatan sebagai aspek pendidikan dan pelayanan keperawatan, praktik dan organisasi profesi.

- b. Membantu individu dan masyarakat untuk memahami dunia keperawatan.

Komponen Paradigma Keperawatan yaitu (Budiana, 2016):

1. Manusia atau klien sebagai penerima asuhan keperawatan (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat)
2. Keperawatan atribut, karakteristik dan tindakan dari perawat yang memberikan asuhan bersama-sama dengan klien
3. Kesehatan (sehat-sakit) meliputi derajat kesehatan dan kesejahteraan klien
4. Lingkungan : keadaan internal dan eksternal yang mempengaruhi klien. Hal ini meliputi lingkungan fisik

### **C. Konsep Manusia**

Konsep manusia menurut paradigma keperawatan adalah manusia sebagai sistem terbuka, sistem adaptif, personal dan interpersonal yang secara umum dapat dikatakan holistik atau utuh.

Komponen ini merupakan komponen pertama sebagai salah satu fokus dari pelayanan keperawatan. Manusia bertindak sebagai klien dalam konteks paradigma keperawatan ini bersifat individu, kelompok dan masyarakat dalam suatu sistem. Sistem tersebut dapat meliputi:

- a) sistem terbuka: manusia dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan baik fisik, psikologis, sosial maupun spiritual sehingga proses perubahan pada manusia akan selalu terjadi khususnya dalam pemenuhan kebutuhan dasar.
- b) sistem adaptif: manusia akan merespon terhadap perubahan yang ada di lingkungannya yang akan selalu menunjukkan perilaku adaptif dan maladaptif

- c) sistem personal, interpersonal dan social, manusia memiliki persepsi, pola kepribadian dan tumbuh kembang yang berbeda.

Manusia dipandang sebagai makhluk hidup (bio). Sebagai makhluk hidup manusia memiliki ciri-ciri sebagai berikut (Budiana, 2016):

- 1) Terdiri atas sekumpulan organ tubuh yang semuanya mempunyai fungsi yang terintegrasi, setiap organ tubuh mempunyai tugas masing-masing, tetapi tetap bergantung pada organ lain dalam menjalankan tugasnya.
- 2) Berkembang biak melalui jalan pembuahan, hamil lalu melahirkan bayi yang kemudian tumbuh dan berkembang menjadi remaja, dewasa, menua, dan akhirnya meninggal.
- 3) Mempertahankan kelangsungan hidup, manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Kebutuhan dasar yang paling utama adalah keyakinan kepada Tuhan, kebutuhan biologis dan fisiologis, seperti oksigen, air, makanan, eliminasi dan lainnya.

Manusia sebagai makhluk psiko. Manusia mempunyai sifat-sifat yang tidak dimiliki oleh makhluk lain. Manusia mempunyai kemampuan berpikir, kesadaran pribadi dan kata hati (perasaan). Selain itu, manusia juga merupakan makhluk yang dinamis yang dapat berubah dari waktu ke waktu dan bertindak atas motif tertentu untuk mencapai tujuan yang diinginkannya (Budiana, 2016).

Manusia sebagai social. Manusia tidak bisa lepas dari orang lain dan selalu berinteraksi dengan orang lain. Sifat atau ciri manusia sebagai makhluk sosial akan terbentuk selama manusia bergaul dengan manusia lain. Memiliki kepentingan dengan orang lain, mengabdikan kepada kepentingan sosial, dan tidak dapat terlepas dari lingkungannya, terutama lingkungan sosial. Faktor lingkungan sosial dapat berpengaruh terhadap derajat kesehatan individu maupun masyarakat (Budiana, 2016).

Manusia sebagai makhluk spiritual. Manusia mempunyai hubungan dengan kekuatan di luar dirinya, hubungan dengan

Tuhannya, dan mempunyai keyakinan dalam kehidupannya. Keyakinan yang dimiliki seseorang akan berpengaruh terhadap perilakunya. Mengingat besarnya pengaruh keyakinan terhadap kehidupan seseorang, perawat harus memotivasi pasien untuk senantiasa memelihara kesehatannya (Budiana, 2016).

#### **D. Konsep Kesehatan**

Sehat adalah suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan keadaan kesehatannya. Keadaan sehat selalu berubah secara konstan, dimana rentang sehat sakit berada diantara dua kutub yaitu sehat optimal dan kematian (Budiana, 2016).

Konsep Sehat menurut Travis and Ryan adalah (Travis & Ryan, 2004):

1. Sehat merupakan pilihan, suatu pilihan dalam menentukan kesehatan
2. Sehat merupakan gaya hidup, disain gaya hidup menuju pencapaian potensial tertinggi untuk sehat
3. Sehat merupakan proses, perkembangan tingkat kesadaran yang tidak pernah putus, kesehatan dan kebahagiaan dapat terjadi di setiap momen.
4. Sehat efisien dalam mengolah energi, energi yang diperoleh dari lingkungan, ditransfer melalui manusia, dan disalurkan untuk mempengaruhi lingkungan sekitar.
5. Sehat integrasi dari tubuh, pikiran dan jiwa, apresiasi yang manusia lakukan, pikirkan, rasakan dan percaya akan mempengaruhi status kesehatan.
6. Sehat adalah penerimaan terhadap diri.

#### **Rentang sakit**

Rentang ini dimulai dari keadaan setengah sakit, sakit, sakit kronis dan kematian. Tahapan proses sakit adalah:

- a. Tahap gejala

Merupakan tahap awal seseorang mengalami proses sakit dengan ditandai adanya perasaan tidak nyaman terhadap dirinya karena timbulnya suatu gejala.

b. Tahap asumsi terhadap sakit

Pada tahap ini seseorang akan melakukan interpretasi terhadap sakit yang di alaminya dan akan merasakan keraguan pada kelainan atau gangguan yang di rasakan pada tubuhnya.

c. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Tahap ini seorang mengadakan hubungan dengan pelayanan kesehatan dengan meminta nasehat dari profesi kesehatan.

d. Tahap penyembuhan

Tahap ini merupakan tahapan terakhir menuju proses kembalinya kemampuan untuk beradaptasi, di mana seseorang akan melakukan proses belajar untuk melepaskan perannya selama sakit dan kembali berperan seperti sebelum sakit.

Status kesehatan seseorang dipengaruhi oleh:

- 1) Politik, yang mencakup keamanan, penekanan, penindasan
- 2) Prilaku manusia, mencakup kebutuhan, kebiasaan dan adat istiadat
- 3) Keturunan, mencakup genetik, kecacatan, etnis, faktor risiko dan ras
- 4) Pelayanan kesehatan, mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif
- 5) Lingkungan, mencakup tanah, udara, dan air
- 6) Sosial dan ekonomi meliputi pendidikan dan pekerjaan

## **E. Konsep Lingkungan**

Lingkungan adalah faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perkembangan manusia dan mencakup antara lain lingkungan sosial, status ekonomi dan kesehatan. Perawat harus menciptakan lingkungan terapeutik bagi pasien untuk meningkatkan penyembuhan. Lingkungan ini harus menjadi tempat dimana pasien merasa aman seperti tinggal di rumah mereka sendiri. Mungkin bermanfaat bagi pasien tertentu untuk melihat alam, yang memungkinkan mereka merasa lebih tenang

dan santai. Perawat dapat mempertimbangkan warna ruangan, menambahkan bunga atau tanaman atau dekorasi dinding tertentu untuk membantu memperbaiki lingkungan pasien. Saat membuat lingkungan terapeutik, indera penciuman penting untuk dipertimbangkan. Penting bagi perawat untuk menciptakan lingkungan pasien berdasarkan kebutuhan individu pasien, agar pasien merasa aman, nyaman dan bahagia (Branch et al., 2016).

## **F. Konsep Keperawatan**

Keperawatan merupakan bagian integral dari layanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Layanan ini berbentuk layanan bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang ditujukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan masyarakat (Budiana, 2016).

Keperawatan menganut pandangan yang holistik terhadap manusia yaitu menganggap manusia sebagai makhluk bio – psiko – sosial – spiritual dan kultural. Kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistik dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Keperawatan bersifat universal dalam arti tidak dibedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keperawatan menganggap klien sebagai partner aktif dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatan.

Metaparadigma keperawatan, perawat tidak hanya harus memahami ilmu dan fisiologi penyakit ketika merawat pasien, tetapi juga harus benar-benar peduli pada kesejahteraan pasien. Kasih sayang dan empati harus menjadi kualitas dalam diri seorang perawat dan dia harus mampu mengesampingkan penilaian pribadi, terlepas dari hal-hal seperti ras, agama atau status sosial ekonomi. perawat meluangkan waktu untuk menunjukkan prosedur dan mengajar pasien untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Perawat tidak hanya mengobati penyakit yang ada, tetapi

mengambil inisiatif untuk melakukan semua yang mereka bisa untuk mencegah penyakit lebih lanjut (Branch et al., 2016)

### **G. Hubungan Falsafah dan Paradigma Keperawatan**

Falsafah dipandang sebagai kerangka tindakan untuk suatu disiplin yang merupakan klaim ontologis, epistemik, dan etika yang terkait secara logis. Sangat penting untuk mempertimbangkan aspek-aspek ini ketika menentukan filsafat disiplin tertentu. Filsafat sangat mendasar dalam menggambarkan ruang lingkup sifat, dan tujuan akhir keperawatan. Klaim ontologis mengidentifikasi fenomena dasar yang ada dalam domain suatu disiplin, seperti konsep orang dan kesehatan dalam disiplin keperawatan. Klaim epistemologis, baik eksplisit maupun implisit, berhubungan dengan bagaimana fenomena dasar [orang atau kesehatan] dapat diketahui, karenanya, dianggap penting untuk sifat pengembangan pengetahuan dalam suatu disiplin (Gul, 2009).

Praktek keperawatan kontemporer dihadapkan dengan beberapa pertanyaan filosofis mengenai ontologis, epistemologis, dan bidang etika disiplin (Servimäki, 1999 dalam (Gul, 2009)). Menurut Servimäki, meskipun isu-isu mengenai konsepsi realitas keperawatan, pengetahuan, dan etika diperdebatkan oleh para perawat dalam jurnal keperawatan, memang relevan untuk setiap praktik perawat karena masalah tersebut berakar pada cara di mana praktik keperawatan diatur dan diaktualisasikan. Perdebatan ini menyoroti kurangnya identifikasi sifat, ruang lingkup dan tujuan akhir keperawatan, dan tidak dapat diselesaikan tanpa perhatian filosofis (Gul, 2009).

Filsafat diperlukan untuk pengembangan profesi keperawatan dan disiplin keperawatan. Belajar filsafat berarti mempelajari suatu proses yang dapat berguna untuk memahami informasi. Jika perawat belajar untuk menantang pengetahuan, argumen, dan keyakinan perawat sendiri melalui pemikiran mendalam tentang apa praktik keperawatan dan bagaimana perawat menerapkan pemikiran ke dalam tindakan, perawat akan dapat mengidentifikasi fenomena keperawatan, objeknya, dan ruang

lingkup keperawatan. Jika tidak, tidak mungkin untuk menentukan filosofi disiplin, yang sangat penting untuk kelangsungan keperawatan sebagai disiplin, diungkapkan oleh banyak perawat (Gul, 2009).

## **BAB 3**

### **PENGETAHUAN DAN TEORI**

Ruang Lingkup materi pengetahuan dan teori:

- a. Pentingnya pengetahuan dalam keperawatan
- b. Sifat pengetahuan
- c. Bentuk pengetahuan
- d. Teori sebagai konstruksi pengetahuan
- e. Teori dan praktik

#### **A. Pentingnya Pengetahuan Dalam Keperawatan**

Mengetahui adalah proses individu manusia mengalami dan memahami diri dan dunia dengan cara yang dapat dibawa ke beberapa tingkat kesadaran. Menurut Chinn dan Kramer dalam (H. P. McKenna et al., 2014), mengetahui mengacu pada proses individu manusia mengalami dan memahami diri dan dunia dengan cara yang dapat dibawa ke beberapa tingkat kesadaran sadar. Pengetahuan adalah mengetahui bahwa kita dapat berbagi atau berkomunikasi dengan orang lain (H. P. McKenna et al., 2014). Definisi pengetahuan menurut Chinn dan Kramer dalam (H. P. McKenna et al., 2014), Pengetahuan adalah jika berbagi atau mengomunikasikan pengetahuan kepada orang lain, dan pengetahuan ini menjadi bagian dari penyimpanan pengetahuan mereka.

#### **B. Sifat Pengetahuan**

Karakteristik pengetahuan adalah sebagai berikut (Virkus, 2014):

1. Pengetahuan bersifat kontekstual dan dapat digunakan kembali
2. Manfaat ilmu yang didapat hanya jika diterapkan
3. Nilai-nilai pengetahuan dapat berubah seiring waktu
4. Pengetahuan harus diperbarui atau dipertahankan
5. Mungkin sulit untuk mentransfer, menangkap, dan mendistribusikan pengetahuan

6. Dikembangkan melalui proses belajar
7. Tergantung pada memori, pengalaman masa lalu, keahlian, mekanisme transfer pengetahuan, peluang
8. Memfasilitasi efektivitas dan pembuatan akal sehat
9. Pengetahuan memungkinkan pembelajaran yang lebih tinggi
10. Penciptaan dan pemanfaatan pengetahuan ditingkatkan dengan teknologi.

### **C. Bentuk Pengetahuan**

Tipe atau jenis pengetahuan ada 4 yaitu pengetahuan situasional, pengetahuan konseptual, pengetahuan procedural dan pengetahuan strategis (de Jong & Ferguson-Hessler, 1996). Pengetahuan situasional adalah pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman seseorang, dari menghadapi dan memahami situasi tertentu. Pengetahuan konseptual adalah pengetahuan yang memuat ide atau gagasan dalam suatu disiplin ilmu yang memungkinkan orang untuk mengklasifikasikan suatu objek atau mengelompokkan atau mengklasifikasikan berbagai objek. Pengetahuan konseptual berkaitan dengan klasifikasi, kategori, prinsip, generalisasi, teori, model dan struktur. Pengetahuan prosedural adalah pengetahuan bagaimana seseorang melakukan sesuatu, pengetahuan bagaimana performans seseorang dalam menjalankan langkah-langkah dalam suatu proses. Pengetahuan strategis adalah kesesuaian antara pengetahuan prosedural dan informasi kontekstual. Pengetahuan strategis mencakup pengetahuan tentang kompleksitas dan peristiwa kompleks (de Jong & Ferguson-Hessler, 1996).

Barbara Carper mengidentifikasi empat pola mengetahui dalam keperawatan, yaitu empiris, yaitu membahas ilmu keperawatan; estetika, yaitu tentang seni keperawatan; etika, yaitu tentang pengetahuan moral; dan pengetahuan pribadi (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Empiris**

Menurut Carper, empiris mewakili mengetahui yang diperoleh dengan pengamatan atau pengukuran yang ketat. Ini memberikan pengetahuan yang dapat diverifikasi, objektif, faktual dan berbasis penelitian. Empiris diatur secara sistematis ke dalam prinsip-prinsip ilmiah, teori dan hukum untuk tujuan menggambarkan, menjelaskan dan memprediksi fenomena yang menjadi perhatian khusus untuk keperawatan. Kemampuan untuk mengukur data empiris memungkinkan pengukuran objektif yang menghasilkan bukti yang dapat direplikasi oleh banyak pengamat atau peneliti (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Estetika**

Praktik keperawatan juga dapat dianggap sebagai seni. Ini memberi pengetahuan yang berfokus pada kerajinan keperawatan yang melibatkan pengetahuan yang ada di dalam otak, keterampilan dan intuisi. Pengetahuan estetika bersifat subjektif, individual dan unik. Ini memungkinkan kita untuk melampaui apa yang dijelaskan oleh hukum dan teori yang ada dan menerima bahwa ada fenomena yang tidak dapat diukur, diukur atau dikalibrasi. Intuisi, interpretasi, pemahaman, dan penilaian merupakan komponen utama dari pengetahuan estetis (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Etika**

Etika ini memberi kita tentang pengetahuan tentang apa yang benar dan salah dan apa yang baik dan buruk, diinginkan dan tidak diinginkan. Hal ini diungkapkan melalui kode moral dan pengambilan keputusan etis. Dalam praktik sehari-hari, perawat sering harus membuat pilihan antara intervensi yang sama. Pilihan dan penilaian ini mungkin memiliki dimensi etis, dan untuk memilih posisi atau tindakan yang paling tepat memerlukan pertimbangan yang cermat (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Pengetahuan Pribadi**

Pengetahuan pribadi mewakili pengetahuan yang berfokus pada kesadaran diri, kesadaran pribadi dan empati. Kepedulian adalah proses antarpribadi, di mana interaksi dan transaksi antara orang-orang adalah pusatnya. Pengetahuan pribadi membutuhkan kesadaran diri dan partisipasi empatik aktif dari pihak yang mengetahui (H. P. McKenna et al., 2014).

Berbagai jenis pengetahuan (Virkus, 2014):

- a. Pengetahuan eksplisit dan pengetahuan tacit disarankan oleh Michael Polanyi dan Nonaka dan Takeuchi.
- b. Nickols mengemukakan konsep pengetahuan implisit, yaitu pengetahuan yang dapat diartikulasikan tetapi belum dilakukan.
- c. Zack menjelaskan deklaratif, prosedural, kausal, dan pengetahuan relasional dan juga mengacu pada pengetahuan inti, maju dan inovatif.
- d. DeLong dan Fahey membedakan antara pengetahuan manusia, sosial, dan terstruktur.
- e. Aguayo membagi pengetahuan yaitu pengetahuan substantif dan kewirausahaan.
- f. Pengetahuan yang dangkal (mudah diingat) dan pengetahuan yang dalam (diperoleh melalui pengalaman bertahun-tahun).
- g. Pengetahuan individu, sosial, dan pragmatis.
- h. Pengetahuan yang diwujudkan, dikodekan dan prosedural.
- i. Pengetahuan prosedural (berulang, bertahap) versus episodik (dikelompokkan berdasarkan episode) dan pengetahuan semantik.

## **D. Teori Sebagai Konstruksi Pengetahuan**

Konstruksi pengetahuan adalah proses aktif di mana individu memasukkan konten baru ke dalam kerangka kognitif yang ada, merumuskan kesimpulan baru dan adanya bukti sebagai hasilnya. Konstruksi pengetahuan adalah proses aktif, di mana pembelajar terus-menerus dipaksa untuk mempertimbangkan kembali apa yang mereka ketahui setelah adanya informasi baru, pemahaman

budaya, dan pengalaman. Informasi lama sering dipertimbangkan kembali, disusun ulang, dan dievaluasi ulang sesuai dengan informasi yang baru diperoleh. Dalam banyak hal, konstruksi pengetahuan baru bergantung pada pengetahuan yang sudah dimiliki individu; apa yang diambil seseorang dari sebuah pengalaman mungkin sangat berbeda dari apa yang diambil orang lain, hanya karena pengetahuan sebelumnya yang berbeda (Soutsos & Domone, 2018).

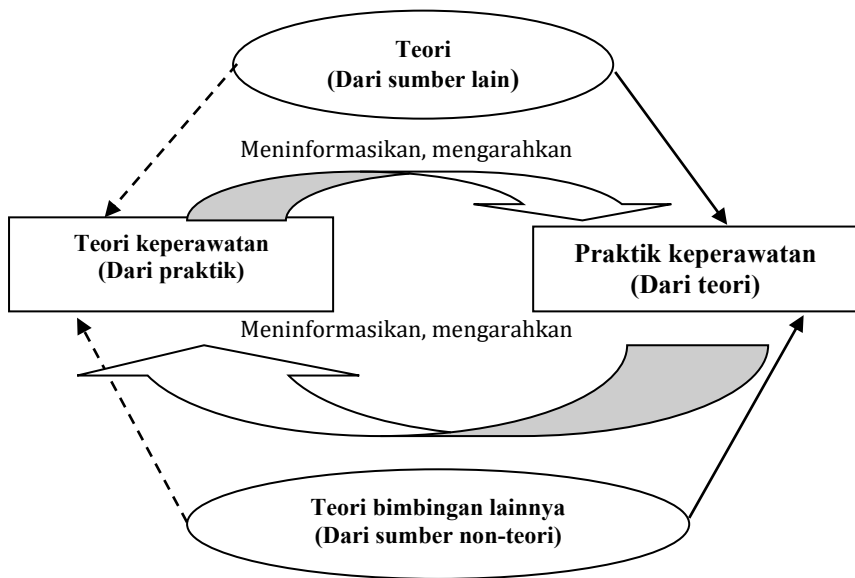
Proses konstruksi pengetahuan ada beberapa bagian yaitu (Soutsos & Domone, 2018):

1. Informasi lama direcalled, dapat dilakukan dengan cara tinjauan konten atau recalled pengalaman sebelumnya ketika dihadapkan dengan situasi baru.
2. Informasi baru dipertimbangkan dan digabungkan secara tepat dengan pemahaman yang sudah ada sebelumnya.
3. Pembelajar kemudian dihadapkan dengan tantangan: apakah informasi baru mendukung pengetahuan yang ada atau perlu pertimbangan ulang.
4. Konflik yang dihadapi peserta didik seringkali mengakibatkan terbentuknya pengetahuan baru.
5. Pendidik kemudian akan memberikan penilaian atau cara lain untuk memantau pengetahuan siswa.

Disini berarti bahwa teori bisa sebagai konstruksi pengetahuan. Teori-teori yang dikembangkan oleh para ahli bisa dipelajari oleh para pembelajar dan menambah pengetahuan dari pembelajar tersebut.

## **E. Teori dan Praktik**

Teori yang paling berguna dan tepat adalah apa yang muncul dari situasi yang sedang dipelajari. Akibatnya, data tidak dikumpulkan dari situasi untuk menguji teori yang diajukan sebelumnya. Sebaliknya, dengan menganalisis data, diklaim bahwa teori akan muncul darinya. Teori juga didasarkan pada praktik atau oleh teori dari sumber lain, sesuai dengan gambar diatas (H. P. McKenna et al., 2014).



Gambar Hubungan Teori dan Praktik

Teori yang paling berguna dan tepat adalah apa yang muncul dari situasi yang sedang dipelajari. Akibatnya, data tidak dikumpulkan dari situasi untuk menguji teori yang diajukan sebelumnya. Sebaliknya, dengan menganalisis data, diklaim bahwa teori akan muncul darinya. Teori juga didasarkan pada praktik atau oleh teori dari sumber lain, sesuai dengan gambar diatas (H. P. McKenna et al., 2014).

Kesenjangan yang terjadi antara teori yang tidak dapat digunakan dalam praktik adalah sebagai berikut (H. P. McKenna et al., 2014):

- a. Kegagalan di pihak pendidik untuk meyakinkan perawat praktik tentang nilai teori dan/atau mempersiapkan mereka secara memadai untuk menggunakan teori tersebut;
- b. Infrastruktur dan perubahan strategi manajemen yang tidak efektif untuk memperkenalkan inovasi, termasuk teori;
- c. Kesepakatan dan pengunduran diri di antara perawat klinis, bahwa mereka harus berkonsentrasi pada masalah praktis dan meninggalkan pengejaran intelektual kepada orang lain;
- d. Pengakuan oleh praktisi bahwa teori yang dipromosikan dari atas terkadang tidak sesuai dan tidak efektif.

## **BAB 4**

### **TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN**

Ruang lingkup materi teori dan model keperawatan adalah:

- a. Pengetahuan Ilmiah dan Non Ilmiah
- b. Struktur Pengetahuan Keperawatan
- c. Teori dan Model
- d. Model Keperawatan
- e. Teori Keperawatan

#### **A. Pengetahuan Ilmiah dan Non Ilmiah**

Batasan antara pengetahuan ilmiah dan non-ilmiah ada beberapa hal. Pertama, beberapa perkembangan ilmiah penting akan bertentangan dengan standar praktik penelitian. Kedua, batas bukanlah batas imajiner, artinya selain yang bersifat ilmiah dan yang tidak ilmiah juga ada yang berada di batas tersebut. Ketiga, mempelajari apa itu sains yang semacam penelitian, itu termasuk dalam batas, karena metode yang tersedia dalam penelitian itu tidak seketat yang digunakan dalam ilmu pengetahuan. Keempat, batas menampilkan struktur karakteristik yang berkaitan dengan apa yang sekarang. Kelima, pengakuan keberadaan batas memaksa kita untuk melampaui standar logika dan mencari logika yang lebih cocok (Pena, 1991).

#### **B. Struktur Pengetahuan Keperawatan**

Struktur atau holarki pengetahuan keperawatan ada lima komponen yaitu 1) Metaparadigma, 2) Filsafat, 3) Model Konseptual, 4) Teori metodologi untuk penyelidikan dan praktik. Metaparadigma adalah pernyataan global yang mengidentifikasi fenomena minat anggota suatu disiplin dan juga menggambarkan subjek dan batas-batas a disiplin. Filsafat adalah menetapkan klaim filosofis tentang fenomena minat pada suatu disiplin, dan juga mengkomunikasikan apa yang diyakini benar oleh anggota suatu disiplin tentang fenomena, dan apa yang mereka yakini

tentang perkembangan pengetahuan. Model konseptual adalah seperangkat konsep yang relatif abstrak dan umum yang membahas fenomena yang menjadi pusat perhatian suatu disiplin, proposisi yang secara luas menggambarkan konsep-konsep tersebut, dan proposisi yang menyatakan hubungan yang relatif abstrak dan umum antara dua atau lebih konsep. Teori adalah Satu atau lebih konsep yang relatif konkret dan spesifik yang diturunkan dari model konseptual, proposisi yang secara sempit menggambarkan konsep tersebut, dan proposisi yang menyatakan hubungan yang relatif konkret dan spesifik antara dua atau lebih konsep. Sempit dan lebih lengkap menentukan fenomena yang diidentifikasi oleh model konseptual.

### **C. Teori dan Model**

#### **Teori**

Definisi teori adalah seperangkat konsep, definisi dan proposisi yang memproyeksikan pandangan sistematis fenomena dengan menunjuk hubungan timbal balik tertentu antara konsep-konsep untuk tujuan menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan atau mengendalikan fenomena' (Chinn dan Jacobs , 1987 dalam (H. McKenna, 2006)). Duldt dan Griffin, mendefinisikan teori adalah sistem proposisi yang saling terkait yang memungkinkan fenomena untuk dijelaskan, dijelaskan, diprediksi, dan dikendalikan (H. McKenna, 2006).

Chinn dan Kramer mendefinisikan teori adalah penataan gagasan yang cermat dan ketat yang memproyeksikan pandangan tentatif, terarah dan sistematis tentang fenomena (H. McKenna, 2006). Barnum menyatakan, teori adalah pernyataan yang dimaksudkan untuk menjelaskan atau mengkarakterisasi beberapa fenomena (H. McKenna, 2006).

#### **Model**

Model adalah representasi skematis dari beberapa aspek realitas. Berbagai media digunakan dalam pembuatan model; objek tiga dimensi, diagram, rumus geometris, atau kata-kata. Model

empiris adalah replika dari realitas yang dapat diamati (misalnya, model plastik rahim atau mata). Model teoritis mewakili dunia nyata melalui bahasa atau simbol dan panah arah. Artinian dalam (H. P. McKenna et al., 2014) menjelaskan alasan untuk menciptakan model teoritis atau konseptual adalah bahwa model membantu menggambarkan proses sampai dengan hasil, dengan menentukan hubungan antara variabel dalam bentuk grafik dimana dapat diperiksa untuk ketidakkonsistenan, ketidaklengkapan, atau kesalahan. Model menggambarkan proses yang dimulai di suatu tempat dan berakhir pada titik logis (H. P. McKenna et al., 2014).

Menurut Chapman, model mempunyai berbagai bentuk yaitu (H. P. McKenna et al., 2014):

- 1) Model tiga dimensi. Model tiga dimensi disebut sebagai model fisik. Contoh model tiga dimensi antara lain model mainan, model skala arsitektur dan model anatomi.
- 2) Model satu dimensi cenderung berada pada tingkat abstraksi yang tinggi. Model 1 dimensi ini berupa pernyataan verbal atau keyakinan filosofis tentang fenomena. Sebagian besar model keperawatan dimulai sebagai konseptualisasi satu dimensi dalam pikiran para ahli teori dan kemudian dikembangkan menjadi format dua dimensi
- 3) Model dua dimensi meliputi diagram, gambar, grafik atau gambar.

#### **D. Model Keperawatan**

Model adalah sebuah perangkat yang mencoba untuk menjelaskan sesuatu dan memfasilitasi pemahaman yang lebih baik tentang sesuatu. Beberapa model bersifat fisik, dapat disentuh, dimanipulasi, dibongkar, dan disatukan kembali. Riehl dan Roy dalam (Aggleton & Chalmers, 1986), Model keperawatan adalah seperangkat konsep yang dibangun secara sistematis, berbasis ilmiah, dan terkait secara logis yang mengidentifikasi komponen penting dari praktik keperawatan bersama dengan dasar teoretis dari konsep dan nilai yang diperlukan untuk digunakan oleh praktisi.

Model keperawatan memiliki ciri tertentu untuk dikatakan sebagai aspek perawatan pasien sebagai berikut: 1) sifat orang, 2) penyebab masalah yang mungkin memerlukan intervensi keperawatan, 3) sifat proses pengkajian, 4) sifat proses perencanaan dan penetapan tujuan, 5) fokus intervensi selama implementasi rencana asuhan, 6) sifat proses evaluasi kualitas dan efek asuhan yang diberikan, dan 7) peran perawat (Aggleton & Chalmers, 1986).

#### **E. Teori Keperawatan**

Chinn dan Jacobs dalam (Aggleton & Chalmers, 1986) mendefinisikan teori keperawatan adalah seperangkat konsep, definisi, dan proposisi yang memproyeksikan pandangan sistematis tentang fenomena dengan menunjuk hubungan timbal balik tertentu di antara konsep-konsep untuk tujuan menggambarkan, menjelaskan, memprediksi dan atau mengendalikan fenomena. Fawcett dalam (Aggleton & Chalmers, 1986) mengklaim bahwa teori keperawatan harus memiliki sesuatu untuk dikatakan tentang apa yang bisa diidentifikasi sebagai empat elemen sentral dalam keperawatan, yaitu: orang yang menerima asuhan keperawatan; lingkungan di mana orang itu berada; sifat kontinum sehat-sakit di mana orang tersebut jatuh pada saat berinteraksi dengan perawat; dan jenis tindakan keperawatan yang dianggap tepat untuk menjamin kembalinya kondisi yang sangat baik.

## **BAB 5**

### **TEORI, PRAKTEK DAN PENELITIAN**

Ruang lingkup materi teori, praktek dan penelitian adalah:

- a. Teori dan Penelitian
- b. Teori dan Praktek
- c. Penelitian dan Praktek

#### **A. Teori dan Penelitian**

Teori sering muncul dari praktik, diuji oleh penelitian dan kemudian dikembalikan ke praktik tanpa berubah, diadaptasi atau diperkuat. Perawat terus memperhatikan fenomena dalam pekerjaan sehari-hari mereka dengan pasien. Beberapa di antaranya diabaikan karena perawat mungkin menganggapnya biasa atau tidak penting (H. P. McKenna et al., 2014).

Hubungan timbal balik antara teori, penelitian dan praktek ini adalah bagaimana ilmu dapat dikembangkan dalam keperawatan dan bagaimana teori dapat mengarah pada perbaikan dalam perawatan pasien. Teori baru yang dihasilkan dari praktik akan mengarah pada studi penelitian baru, yang akan mengarah pada pengetahuan baru untuk praktik. Pengetahuan baru akan memberi fakta baru, yang mendorong untuk mengembangkan teori untuk menjelaskan fakta-fakta ini (H. P. McKenna et al., 2014).

Perawat menjadi tertarik dengan praktik berbasis bukti atau riset. Hal ini telah menyebabkan sebagian besar perawat menjadi tidak percaya pedoman, kebijakan atau intervensi yang didasarkan pada dugaan belaka atau firasat. Perawatan pasien terlalu serius untuk ditopang oleh firasat atau ritual yang belum teruji. Adalah suatu kebenaran bahwa jika perawat diajarkan teori-teori yang tidak memiliki dasar dalam penelitian, maka asuhan keperawatan berdasarkan teori-teori ini tidak mungkin memiliki efek positif pada pasien (H. P. McKenna et al., 2014).

Chinn dan Kramer dalam (H. P. McKenna et al., 2014), menegaskan bahwa penelitian yang paling berguna memiliki hubungan yang kuat dengan teori. Ada empat kemungkinan hubungan antara penelitian dan teori (McKenna & Slevin, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)) yaitu:

- a. Penelitian menghasilkan teori secara induktif dari praktik-penelitian yang menghasilkan teori
- b. Penelitian menguji teori secara deduktif dalam praktik-penelitian pengujian teori
- c. Teori memandu proyek penelitian-penelitian berbingkai teori;
- d. Penelitian mengevaluasi penggunaan teori dalam praktik-penelitian evaluasi teori.

## **B. Teori dan Praktek**

Praktik adalah bentuk praktik yang disebut sebagai teori hidup: praktik yang baik adalah teori yang baik dalam tindakan. Teori dan praktik sebenarnya saling melengkapi, diakui bahwa ada tantangan yang harus dihadapi dalam menyatukan teori dan praktik. Ada juga pandangan lain bahwa teori sebagai sebagian besar dugaan dan bukan aspek sains yang valid, dengan alasan bahwa praktik harus didasarkan pada bukti empiris ilmiah terbaik. Pandangan lain bahwa teori dipandang penting. Teori adalah dasar ilmu pengetahuan, dan teori yang diuji melalui penelitian dipandang sebagai dasar praktik (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Sains dan Realitas**

Kesenjangan teori-praktik adalah aktivitas memproduksi pengetahuan proposisional (yaitu pengetahuan ilmiah) kadang dipandang tidak memiliki hubungan yang diperlukan dengan realitas. Teori juga dianggap terpisah dari kenyataan. Ada kemungkinan bahwa perawat mengabaikan sains, dan teori, karena kurang relevan dengan dunia nyata (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Nomenon dan fenomena**

Hal yang ada di luar sana (noumenon) berbeda dari bagaimana kita mengalaminya melalui indera kita (fenomena) (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Idealisme dan realisme**

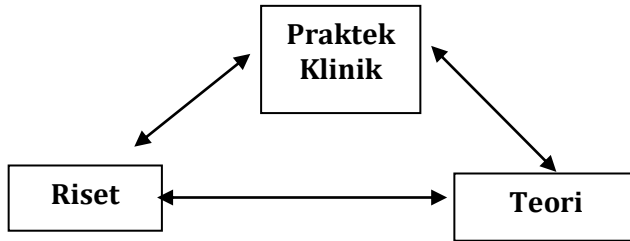
Idealisme telah digunakan untuk menggambarkan posisi bahwa realitas tidak ada di luar gagasan. Pandangan realisme berpendapat bahwa memang ada dunia fisik yang nyata di luar sana. Fakta bahwa individu yang berbeda merasakan hal yang sama menegaskan bahwa itu harus ada. Sains tidak dihargai karena para pendukungnya tidak berhubungan dengan dunia nyata, padahal sebenarnya apa yang disebut dunia nyata itu sendiri pertanyaan terbuka (H. P. McKenna et al., 2014).

## **C. Penelitian dan Praktek**

Praktik berbasis bukti (*Evidence Based Practice*) adalah kesadaran, penggunaan bukti terbaik saat ini secara eksplisit dan bijaksana dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien (Sackett, Rosenberg, Gray, & Richardson dalam (Davies & Malloy, 2011)). Praktik hanyalah praktik yang etis dan manjur bila sesuai dengan hasil penelitian (Howick dalam (Davies & Malloy, 2011)).

Praktik berbasis bukti dipandu oleh enam langkah spesifik (Davies & Malloy, 2011):

1. Mengajukan pertanyaan,
2. Menemukan penelitian yang relevan,
3. Secara kritis menilai kualitas dan penerapan pengetahuan terletak,
4. Mendiskusikan hasil penelitian dengan klien ketika mungkin dan sesuai dan menilai kecocokan pilihan yang efektif dengan nilai dan tujuan klien,
5. Secara kolaboratif mengembangkan rencana intervensi
6. Menerapkan intervensi



Gambar Hubungan Dinamis Antara Penelitian, Teori, dan Praktek  
(Davies & Malloy, 2011)

Gambar di atas menjelaskan bahwa hubungan antara Riset dan praktik klinik adalah hasil penelitian menginformasikan praktik / praktik menginformasikan hasil penelitian dan memotivasi penelitian. Hubungan riset dan teori menjelaskan bahwa penelitian menguji teori/teori muncul dari penelitian. Sedangkan hubungan teori dan praktek klinik menjelaskan bahwa pertanyaan klinis mengarah pada teori / teori menginformasikan praktik klinis (Davies & Malloy, 2011).

Penelitian praktek, dan teori adalah landasan dari profesi keperawatan. Hubungan ketiga landasan ini adalah timbal balik dan siklus. Praktek klinis menghasilkan pertanyaan penelitian dan pengetahuan untuk teori. Penelitian memandu praktik dan membangun pengetahuan melalui pengembangan teori. Teori memandu penelitian dan meningkatkan praktik. Praktik keperawatan yang efektif memerlukan penerapan pengetahuan, keterampilan, kepedulian, dan seni untuk merawat pasien dengan cara yang efektif, efisien, dan penuh perhatian. Bagian penting dari pengetahuan yang digunakan dalam pembuatan keputusan klinik keperawatan dihasilkan oleh temuan penelitian. Semua keputusan perawatan pasien harus didasarkan pada bukti penelitian. Hasil penelitian digunakan untuk mengembangkan protokol dan protokol diikuti dalam praktik keperawatan sehari-hari (Saleh, 2018).

## **BAB 6**

### **TEORI KEPERAWATAN**

Ruang lingkup materi teori keperawatan adalah:

- a. Pengertian Teori
- b. Pentingnya Teori Keperawatan
- c. Komponen Dasar teori Keperawatan
- d. Lingkup Teori
- e. Perkembangan Teori Keperawatan
- f. Perkembangan Pengetahuan Dalam Keperawatan
- g. Pemilihan Teori Keperawatan

#### **A. Pengertian Teori**

Unsur-unsur dasar yang menyusun teori keperawatan adalah konsep dan proposisi. Dalam teori, proposisi mewakili bagaimana konsep mempengaruhi satu sama lain.

#### **Pengertian tentang Konsep**

Konsep adalah blok bangunan dasar dari teori. Konsep adalah kendaraan pemikiran. Menurut Chinn dan Kramer, konsep adalah formulasi mental yang kompleks persepsi seseorang dari dunia. Sebuah label konsep atau nama fenomena, fakta yang dapat diamati yang dapat dirasakan melalui indera dan menjelaskan (Chinn & Kramer, 1999). Sebuah konsep membantu kita dalam merumuskan gambaran mental tentang suatu obyek atau situasi. Konsep membantu kita untuk nama hal-hal dan kejadian di dunia sekitar kita dan membantu kami dalam berkomunikasi satu sama lain tentang dunia. Kemerdekaan, perawatan diri, dan peduli hanya beberapa contoh dari konsep yang sering ditemui dalam pelayanan kesehatan. Teori dirumuskan dengan menghubungkan konsep bersama-sama. Sebuah kerangka konseptual adalah struktur yang menghubungkan konsep global yang bersama-sama dan mewakili kesatuan yang utuh dari realitas yang lebih besar. Yang spesifik

tentang fenomena dalam dunia Seluruh lebih baik dijelaskan oleh teori.

Berdasarkan sifatnya, konsep adalah label konstruksi sosial yang bisa mewakili lebih dari sebuah fenomena tunggal. Sebagai contoh, ketika Anda mendengar kata kursi, citra mental yang mungkin datang ke pikiran adalah item furnitur yang digunakan untuk duduk. Kursi Kata bisa mewakili berbagai macam furniture untuk duduk, seperti kursi meja, kursi tinggi, atau kursi malas. Selanjutnya, kursi kata juga bisa mewakili pemimpin komite atau kepala dari suatu perusahaan. Arti dari kursi kata tergantung pada konteks yang digunakan.

Konsep mengembara dalam perawatan kesehatan, dapat diwakili oleh kata-kata seperti tanpa tujuan dan acak gerakan, proses berpikir tidak teratur, dan percakapan yang sulit untuk diikuti. Untuk menjadi berguna, yang beberapa arti yang sering mendasari konsep harus benar-benar dipahami dan jelas dalam konteks di mana ia digunakan. Penting untuk diingat bahwa konsep yang sama dapat digunakan secara berbeda dalam berbagai teori. Sebagai contoh, salah satu teori keperawatan dapat menggunakan konsep lingkungan berarti semua yang mengelilingi manusia (lingkungan eksternal), sedangkan teori lain dapat menggunakan konsep ini berarti lingkungan eksternal dan semua komponen biologis dan psikologis orang (lingkungan internal).

### **Pengertian tentang Proposisi**

Sebuah proposisi (elemen struktur lain teori) adalah pernyataan yang mengusulkan hubungan antara konsep. Sebuah contoh dari proposisi nonnursing mungkin pernyataan " orang tampaknya lebih bahagia di musim semi. ""Proposisi ini menetapkan hubungan antara konsep kebahagiaan dan waktu tahun. Sebuah pernyataan proposisional keperawatan menghubungkan konsep ketidakberdayaan dan konsep kerugian mungkin dinyatakan sebagai "multiple dan cepat kerugian mempengaruhi salah satu perasaan tidak berdaya. "laporan Proposisi dalam teori merupakan pandangan khususnya ahli teori

yang konsep cocok bersama-sama dan, dalam banyak teori, menetapkan bagaimana konsep mempengaruhi satu sama lain.

### **Pengertian tentang Teori**

Sebuah teori adalah seperangkat konsep dan proposisi yang menyediakan cara yang teratur untuk melihat fenomena. Dalam literatur ilmiah, teori dapat didefinisikan dalam berbagai cara, dengan nuansa halus khusus untuk sudut pandang penulis tertentu. Berbagai penjelasan berbagi gagasan umum dari tujuan teori, bahwa menjadi deskripsi, penjelasan, dan prediksi. " Sebuah teori, menurut definisi tradisional, adalah terorganisir, seperangkat konsep dan hubungan mereka satu sama lain yang menawarkan deskripsi, penjelasan, dan prediksi tentang fenomena " (Parker, 2001). Sebuah teori tidak hanya membantu kita untuk mengatur pikiran dan ide-ide kita, tetapi juga dapat membantu mengarahkan kita dalam apa yang harus dilakukan dan kapan dan bagaimana melakukannya. Penggunaan teori istilah tidak terbatas pada dunia ilmu pengetahuan, namun. Hal ini sering digunakan dalam kehidupan sehari-hari dan percakapan.

### **B. Pentingnya Teori Keperawatan**

Bagian awal dari sejarah keperawatan, pengetahuan sangat terbatas dan hampir seluruhnya berorientasi pada tugas. Pengetahuan ledakan yang terjadi di pelayanan kesehatan pada tahun 1950 menghasilkan kebutuhan untuk secara sistematis mengatur volume besar informasi baru yang dihasilkan. Dari sangat awal pendidikan keperawatan, ada kebutuhan untuk mengkategorikan pengetahuan dan untuk menganalisis situasi perawatan klien untuk berkomunikasi dengan cara yang koheren dan bermakna. Pengetahuan praktik keperawatan yang dihasilkan oleh teori. Menurut McEwen dan Willis (2007), integrasi teori dalam praktek adalah dasar untuk keperawatan profesional.

Literatur tentang hubungan antara teori dan perawatan menghasilkan banyak interpretasi dalam hal peran masing-masing memainkan komponen dalam lingkungan perawatan kesehatan.

Menurut Barnum (1994), Teori adalah membangun yang menyumbang atau mengatur beberapa fenomena. Chinn dan Kramer (1999) melihat teori sebagai Penataan kreatif dan ketat ide yang memproyeksikan tujuan dan sistematis pandangan tentang fenomena. "Meleis (1997) menyatakan bahwa teori adalah konseptualisasi beberapa aspek realitas (diciptakan atau ditemukan) yang berkaitan dengan keperawatan.

Konseptualisasi yang diartikulasikan dengan tujuan menjelaskan, menjelaskan, memprediksi atau resep perawatan. Parse (1998) mendefinisikan teori sebagai istilah umum yang merupakan gagasan atau ide yang menjelaskan pengalaman, menafsirkan pengamatan, menjelaskan hubungan, dan proyek-proyek hasil-hasil. Teori adalah kekuatan mental atau konstruksi yang diciptakan untuk membantu memahami dan menemukan makna dari pengalaman, mengatur dan mengartikulasikan yang mengetahui kami, dan mengajukan pertanyaan menyebabkan wawasan baru.'

Teori keperawatan memberikan kerangka untuk berpikir di mana untuk memeriksa situasi. Sebagai situasi baru yang dihadapi, kerangka kerja ini menyediakan struktur organisasi, analisis, dan pengambilan keputusan. Selain itu, teori-teori keperawatan memberikan struktur untuk berkomunikasi dengan perawat lain dan dengan anggota lain dari tim perawatan kesehatan. Teori keperawatan membantu disiplin keperawatan dalam menjelaskan keyakinan, nilai-nilai, dan tujuan, dan mereka membantu untuk menentukan kontribusi unik keperawatan dalam perawatan klien. Ketika fokus kontribusi keperawatan adalah jelas, otonomi profesional maka lebih besar dan, pada akhirnya, pengendalian aspek-aspek tertentu dari praktek tercapai. Dalam arti luas, teori keperawatan diperlukan untuk pengembangan lanjutan dan evolusi disiplin keperawatan. Karena dunia kesehatan berubah hampir setiap hari, keperawatan perlu terus memperluas basis pengetahuan untuk secara proaktif merespon perubahan kebutuhan masyarakat. Pengetahuan untuk praktek keperawatan dikembangkan melalui penelitian keperawatan yang, pada

gilirannya, digunakan untuk kedua tes teori yang ada atau menghasilkan teori-teori baru. Penelitian keperawatan adalah aplikasi sistematis metode formal untuk menghasilkan informasi yang valid dan dapat diandalkan tentang fenomena yang menjadi perhatian disiplin keperawatan (Chinn & Kramer, 1999).

Hubungan antara praktek keperawatan, teori, dan penelitian sangat erat terkait yang mempertimbangkan satu aspek tanpa mempertimbangkan dua aspek lainnya akan sama dengan melihat hanya bagian dari keseluruhan. Praktek keperawatan adalah titik fokus dari hubungan antara praktek, teori, dan penelitian. Ini menyediakan bahan baku untuk ide-ide yang sistematis yang dikembangkan dan diselenggarakan dalam bentuk teori keperawatan. Ide-ide yang diusulkan oleh teori keperawatan harus diuji dan divalidasi melalui penelitian keperawatan. Pada gilirannya, pengetahuan baru yang dihasilkan dari penelitian keperawatan digunakan untuk mengubah dan menginformasikan praktik keperawatan. Atau, praktik keperawatan menghasilkan pertanyaan yang menjadi dasar untuk penelitian keperawatan. Penelitian keperawatan, kemudian, mempengaruhi perkembangan teori keperawatan yang, pada gilirannya, mengubah praktik keperawatan. Sebagai contoh, Neuman model sistem, dijelaskan nanti dalam bab ini, memberikan arah yang jelas bagi peneliti yang tertarik dalam menggambarkan stres; menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi reaksi mereka stres; dan menguji efek pencegahan primer, sekunder, dan tersier pada reaksi stressor dalam konteks holistik, terbuka perspektif system (Fawcett & Gigliotti, 2001).

Ketika perawat mengeksplorasi berbagai teori keperawatan, mereka mendapatkan wawasan baru ke dalam perawatan pasien, opsi baru terbuka jika tersembunyi, dan merangsang intervensi inovatif (Woodward, 2003). Pemikiran teoritis meningkatkan dan memperkuat peran perawat dan membantu seseorang untuk benar-benar berpikir keperawatan. Sebagai perawat mempelajari lebih lanjut tentang teori keperawatan tertentu, mungkin menemukan bahwa mereka dapat

lebih berhubungan dengan salah satu teori dari lain atau mereka dapat menghargai ide-ide yang terkandung dalam beberapa teori yang berbeda. Perawat dapat menggunakan teori keperawatan khusus untuk membantu memandu praktek mereka atau dapat memilih pendekatan yang lebih eklektik dan mengadopsi ide-ide dari beberapa teori. Kedua pendekatan ini berlaku. Selain itu, perawat dapat menemukan beberapa teori yang lebih tepat untuk situasi tertentu. Dalam hal ini, salah satu teori dapat digunakan dengan klien dalam pengaturan perawatan kesehatan di rumah, sedangkan teori lain mungkin lebih berlaku untuk klien dalam lingkungan perawatan akut. Terlepas dari pendekatan yang dipilih, perawat akan mengakui nilai dan kegunaan teori keperawatan sebagai alat untuk praktek keperawatan yang efektif.

### **C. Komponen Dasar Teori Keperawatan**

Teori memiliki beberapa komponen, yaitu tujuan, konsep dan definisi, pernyataan teoretis, struktur/keterkaitan dan urutan, dan asumsi (H. P. McKenna et al., 2014).

#### **Tujuan**

Tujuan teori menjelaskan mengapa teori itu dirumuskan dan menentukan konteks dan situasi di mana teori itu harus diterapkan. Tujuannya mungkin juga memberikan informasi tentang konteks sosiopolitik di mana teori itu dikembangkan, keadaan yang mempengaruhi penciptaannya, pengalaman masa lalu si teoretikus, setting di mana teori itu dirumuskan, dan tren masyarakat (H. P. McKenna et al., 2014).

#### **Konsep dan definisi Konseptual**

Konsep adalah label bahasa yang diberikan pada objek atau peristiwa dan dianggap sebagai landasan teori. Konsep yang didefinisikan secara operasional menghubungkan konsep dengan dunia nyata dan mengidentifikasi referensi empiris (indikator) dari konsep yang akan memungkinkan pengamatan dan pengukuran (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Pernyataan Teoretis**

Pernyataan teoretis, atau proposisi, adalah pernyataan tentang hubungan antara dua atau lebih konsep dan digunakan untuk menghubungkan konsep untuk menyusun teori. Pernyataan harus dirumuskan sebelum penjelasan atau prediksi dapat dibuat, dan pengembangan pernyataan yang menegaskan hubungan antara dua atau lebih konsep memperkenalkan kemungkinan analisis (Bishop & Hardin, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)). Beberapa jenis pernyataan teoretis meliputi proposisi, hukum, aksioma, generalisasi empiris, dan hipotesis. Pernyataan teoretis ada dua kelompok yaitu pernyataan eksistensi (pernyataan-pernyataan yang menyatakan adanya fenomena yang dirujuk oleh konsep-konsep), dan pernyataan hubungan (hubungan antar konsep) (Reynolds, dalam (H. P. McKenna et al., 2014))

## **Struktur dan Hubungan**

Struktur teori memberikan bentuk keseluruhan untuk teori. Penstrukturan teori meliputi penentuan urutan penampilan hubungan, identifikasi hubungan pusat, dan penggambaran arah, kekuatan, dan kualitas hubungan (Chinn & Kramer, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)). Meskipun pernyataan teoretis menegaskan hubungan antar konsep, alasan untuk hubungan yang dinyatakan perlu dikembangkan. Keterkaitan teoretis menawarkan penjelasan yang masuk akal tentang mengapa variabel dalam teori dapat dihubungkan dalam beberapa cara, yang membawa masuk akal untuk teori (H. P. McKenna et al., 2014).

## **Asumsi**

Asumsi adalah notasi yang dianggap benar tanpa bukti. Asumsi adalah keyakinan tentang fenomena yang harus diterima seseorang yang dianggap benar untuk menerima teori, dan meskipun mungkin tidak dapat diuji secara empiris, tapi dapat diperdebatkan secara filosofis. Asumsi suatu teori didasarkan pada apa yang dianggap oleh ahli teori sebagai empiris yang memadai

bukti untuk mendukung proposisi, pada pengetahuan yang diterima, atau pada keyakinan atau nilai pribadi (H. P. McKenna et al., 2014). Asumsi bisa dalam bentuk pernyataan faktual atau mungkin mencerminkan posisi nilai. Asumsi faktual adalah asumsi yang diketahui melalui pengalaman. Asumsi nilai menegaskan atau menyiratkan apa yang benar, atau baik, atau seharusnya (Chinn & Kramer, 2008 dalam (H. P. McKenna et al., 2014)).

#### **D. Lingkup Teori**

Menurut Fawcett (2000), teori mengatasi fenomena yang relatif spesifik dan konkret, tetapi mereka berbeda dalam lingkup; lingkup mengacu pada tingkat relatif kekhususan substantif teori dan konkret konsep dan proposisi. Pada dasarnya, tiga kategori yang berbeda berhubungan dengan ruang lingkup teori: teori-teori besar, menengah-range teori, dan teori-teori microrange. Klasifikasi ini berlaku untuk kedua keperawatan dan teori non keperawatan.

#### **Teori Grand**

Sebuah teori besar terdiri dari konsep-konsep yang mewakili fenomena global dan sangat kompleks. Ini adalah luas dalam lingkup, merupakan tingkat yang paling abstrak pembangunan, dan membahas fenomena luas keprihatinan dalam disiplin. Biasanya, sebuah teori besar tidak dimaksudkan untuk memberikan panduan untuk pembentukan intervensi keperawatan tertentu, melainkan memberikan suatu kerangka menyeluruh untuk penataan luas, ide-ide abstrak (Fawcett, 2005). Contoh dari grand teori adalah teori defisit perawatan diri dari Orem.

#### **Teori Middle Range**

Sebuah teori yang membahas fenomena yang lebih konkrit dan lebih sempit didefinisikan dari sebuah teori besar yang dikenal sebagai teori kisaran tengah. Deskripsi, penjelasan, dan prediksi dikemukakan dalam teori kisaran tengah dimaksudkan untuk menjawab pertanyaan tentang fenomena keperawatan, namun mereka tidak mencakup berbagai macam fenomena yang menjadi

perhatian disiplin. Sebuah teori kisaran tengah memberikan perspektif dari yang untuk melihat situasi yang kompleks dan arah untuk intervensi (Fawcett, 2005). Contoh dari teori Middle Range adalah teori Peplau hubungan interpersonal.

### **Teori Micro-Range**

Sebuah teori mikro-range adalah yang paling konkret dan sempit dalam lingkup. Sebuah teori mikro-range menjelaskan fenomena tertentu yang menjadi perhatian disiplin (Fawcett, 2005), seperti pengaruh dukungan sosial pada berduka, dan menetapkan pedoman perawatan untuk mengatasi masalah tersebut.

## **E. Perkembangan Teori Keperawatan**

Karya ahli teori keperawatan di awal 1950-an difokuskan pada tugas-tugas praktik keperawatan dari sudut pandang yang agak mekanistik. Karena penekanan ini, banyak seni keperawatan-nilai kepedulian, aspek hubungan keperawatan, dan estetika praktek berkurang. Selama dekade 1960-an, 1970-an, dan 1980-an, banyak ahli teori keperawatan berjuang dengan membuat praktek keperawatan, teori, dan penelitian fit ke tampilan kemudian berlaku ilmu pengetahuan. Mencerminkan perubahan dalam kesadaran global kebutuhan perawatan kesehatan, beberapa ahli teori keperawatan kontemporer telah diproyeksikan perspektif baru bagi keperawatan yang benar-benar menyatukan gagasan keperawatan baik sebagai seni dan ilmu. Tercatat teoretisi keperawatan seperti Leininger, Watson, Rogers, Parse, dan Newman telah mendesak disiplin keperawatan untuk merangkul pandangan ini muncul baru yang dipandang lebih holistik, humanistik, klien terfokus, dan didasarkan pada gagasan merawat sebagai inti keperawatan.

Sejak awal 1950-an, banyak teori keperawatan secara sistematis dikembangkan untuk membantu menjelaskan, menjelaskan, dan memprediksi fenomena yang menjadi perhatian keperawatan. Masing-masing teori didirikan memberikan perspektif yang unik, dan masing-masing berbeda dan terpisah dari teori keperawatan lainnya dalam pandangan tertentu atas fenomena

keperawatan. Berikut adalah tabel perkembangan teori pengembangan keperawatan (Sue C & Ladner, 2011).

**Tabel. Perkembangan Teori Pengembangan Keperawatan**

<b>Tahun</b>	<b>Teoritikus</b>	<b>Teori / Publikasi</b>
1859	Florence Nightingale	Catatan tentang Keperawatan: Apa dan Apa Itu Apakah Tidak
1952 1964 1992	Hildegard Peplau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hubungan Interpersonal dalam Keperawatan</li> <li>• Prinsip Dasar Konseling Pasien</li> <li>• Hubungan interpersonal: Sebuah Kerangka Teoritis untuk Aplikasi di praktek keperawatan</li> </ul>
1955 1966  1991	Virginia Henderson dan B. Harmer)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prinsip dan Praktek Keperawatan</li> <li>• Keperawatan natural: Definisi dan Implikasinya untuk Praktek, Penelitian dan Pendidikan</li> <li>• Keperawatan natural: Refleksi setelah 20 Tahun</li> </ul>
1960, 1968,1973	Faye Abdelleh (dengan Beland, Martin, dan Matheney)	Pendekatan Pelayanan berpusat pada Pasien
1961, 1990	Ida Jean Orlando (Pelletier)	Hubungan Perawat-Pasien yang dinamis
1964	Ernestine Wiedenbach	Keperawatan Klinis: Sebuah Seni Membantu
1966, 1971	Joyce Travelbee	Aspek Interpersonal dalam Keperawatan
1969, 1973 1989  1991	Myra Levine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengantar Keperawatan Klinis</li> <li>• 4 Prinsip Konservasi: Dua puluh tahun kemudian</li> <li>• Prinsip Konservasi: Sebuah Model untuk Kesehatan</li> </ul>
1970 1980 1989	Martha Rogers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengantar Dasar Teoritis Keperawatan</li> <li>• Keperawatan: ilmu kesatuan Manusia'</li> <li>• Keperawatan: ilmu Makhluk Kesatuan Manusia "</li> </ul>
1971  1981	Imogene King	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menuju Teori Keperawatan: Konsep Tingkah Laku</li> <li>• Teori Keperawatan: Sistem, Konsep, dan Proses</li> </ul>

1989		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerangka Umum Sistem King dan Teori</li> </ul>
1971, 1980, 1988, 1991	Dorothea Orem	Konsep Keperawatan Praktek
1976 1980	Dorothy Johnson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistem Perilaku dan Perawatan</li> <li>• Sistem model Perilaku Keperawatan</li> </ul>
1976, 1984	Callista Roy	Pengantar Keperawatan: Model Adaptasi
1979	Callista Roy dan Heather Andrews	Model Adaptasi Roy
1980	Callista Roy	Model Adaptasi Roy
1987	Callista Roy	Teori Konstruksi dalam Keperawatan: model Adaptasi
1991	Callista Roy	Model Adaptasi Roy: Pernyataan Definisi
1976	Josephine Paterson dan Loretta Zderad	Keperawatan humanistic
1978	Madeline Leininger	Keperawatan Trankultural, Konsep, Teori dan Praktek
1980	Madeline Leininger	Merawat: Fokus Central Keperawatan
1988	Madeline Leininger	Teori Leininger tentang Keperawatan: Perawatan pada Keanekaragaman Budaya dan Universalitas
1979	Jean Watson	Keperawatan: Filsafat dan Sains Caring
1985	Jean Watson	Keperawatan: Ilmu Manusia dan Perawatan Manusia
1988	Jean Watson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimensi Baru Manusia Teori Caring</li> <li>• Filsafat dan Teori Caring Manusia Keperawatan Watson</li> </ul>
1989, 1979	Margaret Newman	Pengembangan Teori dalam Keperawatan
1983	M. Newman	Teori Kesehatan
1986	Margaret Newman	Kesehatan untuk Memperluas Kesadaran
1972	Betty Neuman	Model Sistem Kesehatan Betty Neuman: Pendekatan orang pada masalah Pasien
1982, 1989, 1995	Betty Neuman	Sistem Model Neuman
1981, 1989	Rosemarie Parse	Manusia-Hidup-Sehat: Teori keperawatan
1998	Rosemarie Parse	Pemikiran manusia: Perspektif untuk Perawat dan Profesional Kesehatan

1983	Joyce Fitzpatrick	Model Fitzpatrick Rhythm: Analisis Ilmu Keperawatan
1984	Patricia Benner	Dari Novice untuk Ahli: Keunggulan dan Power dalam jurnal praktik klinik Perawatan
1989	Patricia Benner dan Judith Wrubel	Keunggulan Caring: Stres dan Coping Kesehatan dan Penyakit

## F. Perkembangan Pengetahuan Dalam Keperawatan

Pengetahuan dalam disiplin tertentu dapat diatur dalam struktur hirarki yang berkisar dari abstrak ke konkret. Teori merupakan komponen yang paling konkret dari disiplin. Paradigma adalah suatu sudut pandang atau perspektif tertentu. Setiap disiplin memiliki paradigma yang ditetapkan, yang merupakan komponen yang paling abstrak dari pengetahuan dan yang dapat terdiri dari lebih dari satu paradigma (Fawcett, 2005). Sebuah paradigma merupakan kekuatan pemersatu dalam disiplin bahwa nama fenomena yang menjadi perhatian disiplin.

### Metaparadigma Keperawatan

Perbedaan ilmu keperawatan dengan ilmu lain seperti biologi, sosiologi, psikologi adalah masing-masing disiplin berkaitan dengan aspek-aspek tertentu dari manusia. Setiap disiplin keluar fenomena tertentu yang akan menangani dengan cara yang unik (Fawcett, 2005). Bidang biologi memiliki batas yang ditentukan dan batas-batas yang tidak meluas ke psikologi. Demikian pula, psikologi tidak memperpanjang masalah ke ranah sosiologi, yang memiliki fokus utama perilaku sosial manusia.

Konsep paradigma memberikan batas-batas dan keterbatasan disiplin, mengidentifikasi sudut pandang umum bahwa semua anggota disiplin berbagi, dan membantu untuk memfokuskan kegiatan para anggota disiplin. Disiplin dibedakan dari satu sama lain dengan berbeda konsep paradigma yang sebagian metaparadigma terdiri dari beberapa konsep utama. Konsensus awal pada konsep paradigma dalam keperawatan dicapai pada tahun 1984. Menurut Fawcett, konsep utama struktur

domain keperawatan adalah orang, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Setiap teori keperawatan menyajikan pandangan yang sedikit berbeda dari konsep paradigma (Fawcett, 2005).

Paradigma kedokteran berfokus pada patofisiologi dan menyembuhkan penyakit. Paradigma keperawatan berfokus pada orang, kesehatan, dan lingkungan. Pertimbangkan antara resep dokter dan tindakan perawat pada klien yang baru didiagnosis dengan diabetes. Resep dokter berkaitan dengan mengurangi nilai glukosa darah abnormal klien ke tingkat normal. Resep dokter menentukan obat, latihan, dan konseling gizi dalam upaya untuk mengontrol kadar gula darah. Dalam menghadapi situasi klien yang sama, perawat yang bersangkutan dengan isu-isu seperti kemampuan klien untuk mengatasi kondisi kronis, efek dari diagnosis pada keluarga klien, dan mengajarkan tentang perlunya perubahan pola hidup sehari-hari klien. Perawat berkaitan dengan dampak diagnosis pada semua aspek kehidupan klien. Meskipun kedua penyedia layanan kesehatan sedang melihat situasi klien yang sama, masing-masing memiliki perspektif yang berbeda atau fokus. Paradigma masing-masing disiplin mempunyai sudut pandang yang mengarah ke pengembangan pengetahuan seperti yang terlihat dalam sudut pandang yang terlepas dari kenyataan bahwa orang, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan adalah unsur paradigma yang berlaku umum di keperawatan.

## **G. Pemilihan Teori Keperawatan**

Teori-teori yang dibahas ini dipilih karena mereka mewakili perkembangan pemikiran ilmiah keperawatan. Teori-teori keperawatan menggambarkan beberapa tujuan penting yang meningkatkan pengetahuan ilmiah keperawatan. Beberapa teori, seperti Levine dan Roy, menunjukkan bagaimana teori mereka melengkapi proses keperawatan (Sue C & Ladner, 2011). Tabel konsep utama teori-teori keperawatan yang terpilih sebagai berikut (Sue C & Ladner, 2011):

**Tabel. Konsep Utama Teori-teori Keperawatan yang Terpilih**

<b>Teoris &amp; Model</b>	<b>Manusia</b>	<b>Lingkungan</b>	<b>Kesehatan</b>	<b>Keperawatan</b>
Nightingale (1859) Teori lingkungan	Fisik, intelektual & spiritual tidak mampu untuk memanipulasi lingkungan untuk meningkatkan kesehatan	elemen fisik yang mempengaruhi proses penyembuhan: kebersihan, cahaya, udara, air, dan kenyamanan	Sejahtera bisa menggunakan kekuatan seseorang sepenuhnya	Untuk memfasilitasi penyembuhan dan memulihkan kesehatan dengan memanipulasi lingkungan orang tersebut
Peplau (1952) Proses interpersonal	Mengembangkan organisme hidup di ekuilibrium yang stabil dan berjuang untuk mengurangi kecemasan	faktor eksternal dan lain-lain yang signifikan	proses interpersonal yang memfasilitasi perubahan kepribadian ke depan	Untuk mengembangkan interaksi antara perawat dan orang
Henderson (1955) Kebutuhan dasar	mahluk biologis, kesatuan pikiran dan tubuh, yang memiliki 14 kebutuhan dasar	Agregat dari semua kondisi eksternal yg mempengaruhi kehidupan dan perkembangan	Keutuhan, kemampuan berfungsi mandiri dalam 14 kebutuhan	Untuk membantu orang (sehat dan sakit) untuk melakukan 14 fungsi penting
Levine (1969) Teori Konservasi	Orang yang tahu menjadi dirinya sendiri	Konteks di mana orang hidup dengan hidupnya sendiri	Respon dari orang ke lingkungan	Menggunakan percakapan yang bertujuan untuk mengoptimalkan sumber daya orang tersebut
Rogers (1970) Science of Unitary Beings	Seluruh tereduksi terpadu; lebih dari jumlah dari bagian medan energi	Pandimensional terpisahkan dengan medan energi manusia	Pola hidup harmonis dengan lingkungan; didefinisikan oleh budaya atau individu	Ilmu dan seni; seni keperawatan adalah penggunaan kreatif ilmu pengetahuan untuk perbaikan manusia
King (1971) Goal Attainment	Sistem terbuka yang menunjukkan	unsur internal dan eksternal yang	Kemampuan untuk menyesuaikan	Sebuah proses aksi, reaksi, dan interaksi

Theory	karakteristik umum untuk orang lain	melibatkan realitas temporal dan spasial	n diri dengan stres untuk mencapai potensi maksimal untuk hidup sehari-hari	
Orem (1971) Teori Kurang Perawatan diri	Sebuah kesatuan yang berfungsi secara biologis, secara simbolis, dan sosial dan yang berfungsi terkait dengan lingkungan	Terkait dengan individu, membentuk sebuah sistem yang terintegrasi	Keadaan dimana individu secara struktural dan fungsional	Sebuah sistem tindakan yang saling terkait
Roy (1976) Model Adaptasi	mahluk biopsikosial berinteraksi dengan lingkungan yang dinamis	kondisi internal dan eksternal yang mengelilingi dan mempengaruhi individu	Status atau proses menjadi orang yang terintegrasi dan utuh melalui adaptasi	Untuk mendukung adaptasi individu terhadap rangsangan
Paterson & Zderad (1976) Keperawatan Humanistik	Proses menjadi dalam lingkungan ruang dan waktu	Kesadaran keunikan individu dan kesamaan dengan orang lain	Keadaan menjadi, kesejahteraan, bukan bebas dari penyakit	Untuk menanggapi kebutuhan manusia dan membangun ilmu keperawatan humanistic

## **BAB 7**

### **TOKOH TEORI FILOSOFIKAL**

Ruang lingkup materi tokoh teori filosofikal adalah:

- a. Florence Nightingale: Teori Lingkungan
- b. Jean Watson: Caring
- c. Ernestine Wiedenbach: Keperawatan Klinik: Seni Menolong
- d. Virginia Henderson: Prinsip dan praktek keperawatan
- e. Faye Glenn Abdellah: Pendekatan Yang Berpusat pada Pasien Dalam Keperawatan
- f. Patricia Benner: Dari Pemula Sampai Ahli

#### **A. Florence Nightingale: Teori Lingkungan**



Gambar Florence Nightingale

Model keperawatan Nightingale dikembangkan sebelum teori penyakit modern (yaitu, teori kuman) dan teori ilmu kedokteran lainnya. Nightingale mempublikasikan bahwa kebersihan, udara segar, sanitasi, kenyamanan, dan sosialisasi diperlukan untuk penyembuhan. Dia menggunakan pengalamannya di Rumah Sakit Tentara Scutari di Turki dan di rumah sakit lain di mana dia bekerja untuk ide-idenya tentang keperawatan (H. P. McKenna et al., 2014).

Nightingale berasal dari keluarga kaya, namun dia memilih untuk bekerja di bidang keperawatan, meskipun itu dianggap

sebagai pekerjaan rendah. Dia percaya merawat adalah panggilan dari Tuhan, dan dia memutuskan bahwa orang sakit layak mendapatkan perawatan yang manusiawi, terlepas dari posisi mereka dalam kehidupan (Nightingale, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)).

Dia menulis banyak buku dan laporan ke agen federal dan di seluruh dunia. Buku-buku yang ditulisnya yang sangat penting bagi perawat dan keperawatan termasuk *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not* (publikasi asli 1860; dicetak ulang pada tahun 1957 dan 1969), *Notes on Hospitals* (diterbitkan pada tahun 1863), dan *Sick Nursing and, Health-Nursing* (aslinya diterbitkan di *Hampton's Nursing of the Sick*, 1893) (Reed & Zurakowski, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)) dan dicetak ulang di Dossey, Selanders (H. P. McKenna et al., 2014) .

### **Latar Belakang Florence Nightingale**

Nightingale lahir pada 12 Mei 1820, di Florence, Italia. Dia sejak usia cenderung merawat orang sakit dan terluka (H. P. McKenna et al., 2014). Dia ikut dalam program keperawatan di Kaiserswerth, Jerman, pada tahun 1850 dan 1851, dia menyelesaikan satu-satunya pendidikan keperawatan formal yang tersedia. Dia bekerja sebagai pengawas keperawatan di *Institution for Care of Sick Gentlewomen in Distressed Circumstances*. Selama Perang Krimea, dia didesak oleh Sidney Herbert, Sekretaris Perang untuk Inggris Raya, untuk membantu memberikan perawatan bagi tentara yang terluka. Atas permintaan Herbert, Nightingale dan sekelompok 38 perawat terampil diangkat ke Turki untuk memberikan perawatan kepada para prajurit di rumah sakit di Barak Tentara Scutari. Di awal pekerjaannya di rumah sakit tentara, Nightingale mencatat bahwa sebagian besar kematian prajurit disebabkan oleh transportasi ke rumah sakit dan kondisi di rumah sakit itu sendiri. Nightingale menemukan bahwa saluran pembuangan terbuka dan kurangnya kebersihan, air murni, udara segar, dan makanan sehat lebih sering menjadi penyebab kematian tentara; dia menerapkan perubahan untuk mengatasi masalah ini

(Small, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)). Nightingale adalah perawat pertama yang mengumpulkan dan menganalisis bukti bahwa metodenya berhasil. Sekembalinya ke Inggris dari Turki, ia bekerja untuk mereformasi Sekolah Kedokteran Angkatan Darat, melembagakan program pencatatan statistik kesehatan pemerintah dan membantu sistem kesehatan masyarakat di India. Upaya yang paling diingatnya adalah Sekolah Perawat Nightingale di Rumah Sakit St. Thomas. Sekolah ini didukung oleh Nightingale Fund, yang didirikan oleh warga Inggris yang berterima kasih untuk menghormati karyanya di Krimea (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Dasar-dasar Filsafat Teori**

Karya Nightingale dianggap sebagai filosofi yang luas. Zurkowski menganggap sebagai "perspektif", Selanders menyatakan bahwa karyanya adalah filosofi dasar. Dossey menunjukkan bahwa tiga prinsip filosofi Nightingale adalah penyembuhan, kepemimpinan, dan tindakan global. Pekerjaan Nightingale telah mempengaruhi profesi keperawatan dan pendidikan keperawatan selama lebih dari 150 tahun. Bagi Nightingale, keperawatan adalah domain wanita, tetapi merupakan praktik independen dalam diri perawat sendiri. Nightingale tidak percaya bahwa perawat harus tunduk pada dokter. Sebaliknya, dia percaya bahwa keperawatan adalah profesi independen atau panggilan dalam diri perawat sendiri. Model pendidikan Nightingale didasarkan pada antisipasi dan pemenuhan kebutuhan pasien, dan berorientasi pada pekerjaan perawat harus memenuhi kebutuhan tersebut (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Asumsi Utama, Konsep, Dan Hubungan**

Nightingale (1860/1957/1969) percaya bahwa lima poin penting dalam mencapai rumah yang sehat yaitu: udara murni, air murni, drainase yang efisien, kebersihan, dan cahaya. Konsep metaparadigma belum diberi label sampai lebih dari 130 tahun kemudian, Nightingale (1893/1954) membahasnya yaitu manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Dia percaya bahwa

lingkungan yang sehat sangat penting untuk penyembuhan. Makanan bergizi, tempat tidur dan tempat tidur yang layak, dan kebersihan pribadi adalah variabel penting oleh Nightingale. Kontak sosial penting untuk penyembuhan. Dia mengakui dan setuju bahwa kebersihan mencegah morbiditas (Nightingale, dalam (H. P. McKenna et al., 2014) ).

Nightingale percaya bahwa perawat harus melakukan pengamatan yang akurat terhadap pasien mereka dan melaporkan keadaan pasien kepada dokter secara tertib (Nightingale, 1860/1957/1969). Dia menjelaskan bahwa perawat harus berpikir kritis tentang perawatan pasien dan melakukan apa yang tepat dan perlu untuk membantu pasien sembuh (H. P. McKenna et al., 2014).

Keperawatan dipandang sebagai cara untuk menempatkan konstitusi dalam keadaan sedemikian rupa sehingga tidak akan memiliki penyakit, atau dapat pulih dari penyakit (Nightingale, 1893/1954, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)). Dia percaya bahwa keperawatan adalah seni, sedangkan kedokteran adalah ilmu, dan menyatakan bahwa perawat harus setia pada rencana medis, tetapi tidak budak. Kesehatan berarti lebih dari sekadar tidak adanya penyakit, sebuah pandangan yang menempatkan Nightingale di depan zamannya (Selanders, (H. P. McKenna et al., 2014)).

## **Kegunaan**

Rumah Sakit King's College dan Rumah Sakit St. Thomas di London, Inggris, adalah program keperawatan awal yang dikembangkan oleh Nightingale, dan dia mempertahankan minat khusus di Rumah Sakit St. Thomas selama sebagian besar hidupnya (Small, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)). Program keperawatan yang menggunakan metode Nightingale di Amerika Serikat antara lain Bellevue Hospital di New York, New Haven Hospital di Connecticut, dan Massachusetts Hospital di Boston. Memang, pengaruh metode Nightingale sangat terasa dalam program keperawatan hingga saat ini (Pfetscher, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)).

### **Nightingale Dalam Memperluas Ilmu Keperawatan**

Nightingale adalah perawat terkenal pada masanya. Dia adalah seorang konsultan yang mempromosikan pengumpulan dan analisis statistik kesehatan. Dia sangat terlibat dalam pendidikan keperawatan dan mempromosikan ilmu kesehatan masyarakat, kesehatan masyarakat administrasi rumah sakit, dan kesehatan global. Warisan Nightingale terus menjadi penting bagi sarjana keperawatan dan kontribusinya yang besar terus mencerahkan ilmu keperawatan. Pekerjaan Nightingale adalah revolusioner karena dampaknya pada keperawatan dan perawatan kesehatan. Selain itu, banyak karyanya terus menyajikan pedoman yang efektif untuk perawat (H. P. McKenna et al., 2014).

### **B. Jean Watson : Caring**



Gambar Jean Watson

Filosofi dan Sains Caring Jean Watson (2008), sebuah publikasi baru-baru ini, dibangun di atas karya sebelumnya, Keperawatan: Ilmu Manusia dan, Perawatan Manusia: Teori Keperawatan. Watson menyebut teorinya adalah deskriptif tentang caring dan menyatakan bahwa satu-satunya teori keperawatan yang menggabungkan dimensi spiritual keperawatan pada saat pertama kali dikonseptualisasikan. Watson selalu menggambarkan manusia sebagai makhluk holistik, interaktif, dan sekarang eksplisit dalam

menggambarkan manusia sebagai medan energi dan dalam menjelaskan kesehatan dan penyakit sebagai manifestasi dari pola manusia, dua prinsip teori proses kesatuan (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Latar Belakang Jean Watson**

Jean Watson lahir di West Virginia dan bersekolah di Lewis Gale School of Nursing di Roanoke, Virginia. Dia memperoleh gelar sarjana keperawatan, gelar master sains dalam keperawatan kesehatan psikiatri-mental, dan gelar doktor dalam psikologi pendidikan dan konseling, semuanya dari University of Colorado (Neill, dalam (H. P. McKenna et al., 2014)). Watson adalah mantan Dekan School of Nursing di University of Colorado, dan dia mendirikan dan memimpin Center for Human Caring di Health Sciences Center di Denver. Dia telah menerima banyak penghargaan dan kehormatan dan saat ini menjadi Profesor Keperawatan di Universitas Colorado (Neill dalam (H. P. McKenna et al., 2014)).

### **Dasar-dasar Filsafat Teori**

Watson (1988) dalam (H. P. McKenna et al., 2014) mencatat bahwa dia menarik bagian dari teorinya dari penulis keperawatan, termasuk Nightingale dan Rogers. Dia juga menggunakan konsep dari karya psikolog Giorgi, Johnson, dan Koch, serta konsep dari filsafat (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Asumsi Utama, Konsep, Dan Hubungan**

Sistem nilai yang terkandung teori Watson (1988) dalam (H. P. McKenna et al., 2014) tentang caring pada manusia termasuk penghormatan yang mendalam terhadap keajaiban dan misteri kehidupan dan mengakui bahwa dimensi spiritual dan etika adalah elemen utama dari proses perawatan manusia. Watson mengembangkan 10 faktor karatif. Dia mengusulkan bahwa caring dan cinta adalah "kekuatan kosmik" universal dan misterius yang terdiri dari energi psikis primal dan universal. Asumsi Watson (2005) dalam (H. P. McKenna et al., 2014) meliputi: Asumsi

ontologis tentang kesatuan, keutuhan, kesatuan, keterkaitan, dan keterhubungan.

Sepuluh factor karatif Watson adalah sebagai berikut (H. P. McKenna et al., 2014):

1. Sistem nilai humanistik-altruistik
2. Kepercayaan-harapan
3. Kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain
4. Mengembangkan hubungan saling membantu-mempercayai, peduli
5. Mengekspresikan perasaan dan emosi positif dan negatif
6. Proses caring yang kreatif, individual, dan pemecahan masalah
7. Pengajaran-pembelajaran transpersonal
8. Lingkungan yang mendukung, protektif, dan/atau korektif, mental, fisik, sosial, dan spiritual
9. Manusia membutuhkan bantuan
10. Kekuatan eksistensial-fenomenologis dan spiritual

### **Konsep**

Watson (1988) mendefinisikan tiga dari empat konsep paradigma (manusia, kesehatan, dan keperawatan) (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Hubungan**

Berikut ini adalah beberapa hubungan teori (H. P. McKenna et al., 2014):

- Caring transpersonal berada dalam bidang kesatuan kesadaran dan energi yang melampaui waktu, ruang, dan fisik.
- Hubungan caring transpersonal berkonotasi hubungan kesatuan roh-ke-roh dalam momen caring, menghormati semangat yang diwujudkan dari praktisi dan pasien.
- Hubungan caring transpersonal melampaui tingkat ego praktisi dan pasien, menciptakan bidang caring dengan kemungkinan baru tentang bagaimana menjadi saat ini.

- Caring transpersonal dikomunikasikan melalui pola kesadaran, intensionalitas, dan kehadiran otentik praktisi dalam hubungan caring.
- Kepedulian transpersonal meningkatkan pengetahuan diri, pengendalian diri, dan pola dan kemungkinan penyembuhan diri.

### **Kegunaan**

Karya Watson tentang Theory of Human Caring dan Art and Science of Human Caring digunakan oleh perawat di berbagai latar. Drake et al. (2008) dalam (H. P. McKenna et al., 2014) ditemukan model penting dalam merawat obesitas tidak sehat di beberapa tempat praktik. Konsep ilmu keperawatan juga diterapkan pada berbagai kelompok, termasuk orang dengan human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome, dengan orang tua, dan dengan orang yang menderita luka akibat tugas militer baru-baru (Baldwin et al., 2008) dalam (H. P. McKenna et al., 2014). Fakultas Keperawatan Universitas Colorado menerapkan model tersebut tidak hanya dalam program pendidikannya (BSN, MSN, dan PhD), tetapi juga dalam praktik klinis di Center for Human Caring (Watson, 1988) dalam (H. P. McKenna et al., 2014).

### **C. Ernestine Wiedenbach: Keperawatan Klinik: Seni Menolong Biografi Ernestine Wiedenbach**



Gambar Ernestine Wiedenbach

Ernestine Widenbach adalah seorang ahli teori yang mengembangkan teori perawatan maternal dan bayi. Widenbach dilahirkan dari keluarga yang kaya pada tahun 1900. Keluarganya pindah dari Jerman ketika ia masih muda. Ernestine mulai berminat pada ilmu keperawatan ketika melihat perawatan pada neneknya yang sedang sakit-sakitan. Ernestine menjadi sangat terkesan dengan peran perawat setelah lulus dari Wesley College dan mendapat gelar sarjana muda dibidang budaya liberal tahun 1922. Kemudian dia mendaftarkan diri disekolah perawat, agar tidak mengecewakan kedua orang tuanya.

Ernestine awal mulanya memasuki *Post-Graduate Hospital School of Nursing*, tetapi setelah menjadi juru bicara untuk menyampaikan keluhan sekelompok mahasiswa, maka Ernestine dikeluarkan dari sekolah. Adelaide Nutting lulusan John Hopkins school of nursing mengizinkan Ernestine untuk melanjutkan pendidikan perawatnya. Ernestine berhutang budi pada Nutting karena masih diberikan kesempatan untuk menjadi perawat. Bagaimanapun Ernestine berjanji untuk tidak lagi mencoba untuk mengorganisir atau mendorong kesalahpahaman diantara murid Hopkins. Dia menaati semua peraturan perawat saat itu.

Setelah lulus dari Hopkins pada tahun 1925, ia mendapatkan tawaran sebagai pengamat karena ia memiliki gelar sarjana muda. Ia bekerja di John Hopkins dan kemudian di Bellevue di New York. Ernestine melanjutkan pendidikannya di teacher Collage Columbia University dengan ikut kelas malam. Ia mendapatkan gelar sarjana tinggi dan mendapatkan sertifikat pelayanan kesehatan masyarakat pada tahun 1934. Ernestine meninggalkan rumah sakit dan bekerja dengan perawat kesehatan masyarakat dari Henri Street Settlement sebagai perawat untuk meningkatkan kondisi orang-orang lemah, di *Assosiation For Improving Condition Off The Poor (AICP)*.

Ernestine meninggalkan klinik perawatan dan bekerja sebagai penulis profesional dengan *The Nursing Information Bureau (NIB)* untuk *The America Journal Off Nursing*. Ia

mengembangkan kemampuan menulisnya dan akhirnya banyak orang profesional penting menghubunginya.

Setelah pegeboman Pearl Harbour, Ernestine bekerja di NIB, dalam menyiapkan perawat- perawat untuk memasuki perang dunia kedua. Penyakit jantung membuat Ernestine tidak dapat melanjutkan tugasnya pada saat perang.

Setelah perang Ernestine memohon untuk kembali merawat pasien dan direktur the maternity Center Asosiation Off New York, Hazel Corbin, membujuknya untuk mendaftar disekolah bidan saat umurnya 45 tahun. Setelah lulus Ernestine berlatih sebagai bidan di maternity Center Asosiation dan mengambil mata pelajaran sore di Teacher College untuk perawatan maternitas. Ernestine mengatakan bahwa bagian favoritnya diperawatan maternitas adalah kedatangannya dirumah pasien untuk memberikan pertolongan melahirkan. Pada tahun 1958 ia menulis tentang keperawatan klasik, *Family Center maternity Nursing*, sebuah teks menyeluruh pada perawatan obstetri. Ernestine mengajar bersama Ida Orlando di Yale, dan bekerja sama dengan Patricia James, dan William Dikoff, tentang perawatan dan filosofi.

Menurut Ernestine terdapat empat elemen atau unsur dalam perawatan klinik yaitu: Filosofi, tujuan/maksud, pelatihan dan seni. Ernestine memiliki banyak buku dan artikel yang telah diterbitkan, diantaranya adalah: Widenbach E. (1958) *Family Center maternity Nursing* dan Widenbach E. (1964) *Clinical Nursing: A helping Art*.

Ernestine mengundurkan diri pada tahun 1966. Ia tidak pernah menikah dan meninggal di umur 97 tahun pada tanggal 8 maret 1998.

### **Teori Ernestine Widenbach**

Teori yang dikemukakan oleh Ernestine Widenbach menekankan pada perawatan keluarga secara menyeluruh. Ernestine Widenbach meyakini bahwa ada lima elemen dalam ilmu keperawatan, yaitu:

## 1. Agen: Bidan

Ada empat elemen yang harus ada pada diri seorang perawat/bidan, yaitu:

### a. Filsafat.

Filsafat keperawatan adalah sikap dan kepercayaan mereka dan bagaimana akibat dari kenyataan itu bagi mereka. Filsafat adalah cara yang ditempuh seseorang dalam memikirkan hidup dan bagaimana kepercayaan mereka mempengaruhi mereka. Filosofi yang dikemukakan oleh Ernestine adalah tentang kebutuhan ibu dan bayi yang segera untuk mengembangkan kebutuhan yang lebih luas yaitu kebutuhan untuk persiapan menjadi orang tua. Terdapat tiga komponen penting yang terkait dengan filosofi keperawatan, antara lain penghargaan terhadap kehidupan, penghormatan terhadap martabat, harga diri, otonomi dan individualitas manusia (Tomey & Alligood, 2006).

### b. Pengambilan keputusan

Merupakan kemampuan perawat dalam mengambil keputusan. Pengambilan keputusan ini adalah sebagai hasil dari kolaborasi antara fikiran dan emosi, dan peningkatan pengetahuan, serta kejelasan dari tujuan tindakan yang professional. Kegiatan yang dilakukan berorientasi pada tujuan keperawatan yaitu berfokus pada identifikasi persepsi pasien terhadap kondisinya dan kebutuhannya akan bantuan orang lain (Tomey & Alligood, 2006).

### c. Praktek

Merupakan segala tindakan keperawatan yang dapat diobservasi yang dipengaruhi oleh kepercayaan dan keinginan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Tomey & Alligood, 2006).

### d. Keterampilan

Tindakan keperawatan sendiri dilakukan dengan tujuan yang berorientasi terhadap pasien, bukan berorientasi terhadap

penyelesaian tindakan keperawatan sebagai akhir dari proses (Tomey & Alligood, 2006).

2. Tujuan

Merupakan hal-hal yang ingin perawat lakukan untuk menyelesaikan masalah yang mencakup semua kegiatan yang diarahkan pada kebaikan pasien, dan disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing individu dengan memperhatikan tingkah laku fisik, emosional atau fisiologikal (Tomey & Alligood, 2006).

3. Resipien

Resipien menurut Widenbach adalah individu yang mampu menentukan kebutuhannya akan bantuan. Meliputi: wanita, keluarga dan masyarakat. Pasien menurut Ernestine adalah setiap orang yang menggunakan sistem pelayanan kesehatan dan menerima pertolongan seperti perawatan, pendidikan kesehatan, atau nasehat terkait dengan kesehatannya. Kualifikasi sebagai seorang pasien bukan hanya seseorang yang dalam kondisi sakit. Seorang yang hanya membutuhkan pendidikan kesehatan sudah dapat dikategorikan sebagai seorang pasien (Tomey & Alligood, 2006).

4. Sarana

Metode untuk mencapai tujuan asuhan kebidanan ada empat tahapan yaitu pasien (Tomey & Alligood, 2006):

- a. Identifikasi kebutuhan klient, memerlukan keterampilan dan ide
- b. Memberikan dukungan dalam mencapai pertolongan yang dibutuhkan (ministration)
- c. Memberikan bantuan sesuai kebutuhan (validation).
- d. Mengkoordinasi tenaga yang ada untuk memberikan bantuan (coordination)

5. Seni

Menurut Ernestine, seni dalam keperawatan diartikan sebagai suatu seni menolong dengan menerapkan pengetahuan dan

teori. Kombinasi dari pikiran, perasan, persepsi dan tindakan, untuk memahami kondisi pasien dan kebutuhannya, untuk meningkatkan kemampuan pasien serta merumuskan tujuan dari tindakan keperawatan. Dengan kata lain bahwa seni dalam keperawatan, bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien dan mengarahkan kegiatan sehubungan dengan perencanaan medis untuk meningkatkan kesehatan pasien (Tomey & Alligood, 2006).

### **Langkah- langkah pelaksanaan asuhan keperawatan**

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan teori keperawatan menurut widenbach, seorang perawat harus mengidentifikasi kebutuhan pasien terhadap bantuan dengan melakukan langkah-langkah sebagai berikut (Tomey & Alligood, 2006):

1. Mengobsevasi kesesuaian perilaku pasien terhadap ketidaknyamanan yang ia rasakan
2. Mengeksplorasi makna gejala perilaku yang ditunjukkan oleh pasien
3. Menentukan penyebab dari ketidaknyamanan tersebut
4. Mengidentifikasi kemampuan pasien menyelesaikan masalah, atau kebutuhan pasien terhadap bantuan dari perawat atau profesi dari kesehatan lain.

Jika pasien membutuhkan intervensi untuk menyelesaikan masalah, maka perawat memfasilitasi perencanaan pelayanan medis dan juga membuat perencanaan keperawatan berdasarkan kebutuhan dan keinginan pasien. Persepsi pasien terhadap situasi merupakan hal pertimbangan yang sangat penting bagi perawat dalam merumuskan tindakan perawatan yang professional (Tomey & Alligood, 2006).

## **D. Virginia Henderson: Prinsip-prinsip dan Praktik Keperawatan**



Gambar Virginia Henderson

Virginia Henderson adalah seorang pendidik keperawatan terkenal dan penulis yang produktif. Tahun 1937, Henderson dan lain-lain menciptakan kurikulum keperawatan dasar untuk National League for Nursing di mana pendidikan. Pada tahun 1939, dia merevisi buku teks klasik keperawatan Harmer untuk edisi keempat dan kelima. O'Malley (1996) menyatakan bahwa Henderson dikenal sebagai ibu keperawatan modern. Karyanya mempengaruhi profesi keperawatan di Amerika dan di seluruh dunia (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Latar Belakang Virginia Henderson**

Henderson lahir di Missouri, tetapi menghabiskan waktunya di Virginia. Dia lulus diploma keperawatan dari Army School of Nursing di Walter Reed Hospital pada tahun 1921, dan bekerja di Henry Street Visiting Nurse Service selama 2 tahun setelah lulus. Pada tahun 1923, dia menerima posisi mengajar keperawatan di Rumah Sakit Protes Norfolk di Virginia. Tahun 1929, Henderson melanjutkan pendidikan ke Teachers College di Universitas Columbia dan memperoleh gelar sarjana keperawatan pada tahun 1932 dan gelar master pada tahun 1934. Dia bergabung

dengan Columbia sebagai anggota fakultas sampai tahun 1948 (Herrmann, 1998) dalam (H. P. McKenna et al., 2014). Virginia meninggal pada tahun 1996 pada usia 98. Karena pentingnya keperawatan modern, Perpustakaan Perawat Internasional Sigma Theta Tau dinamai untuk menghormatinya

### **Dasar-dasar filsafat Teori**

Henderson diperkenalkan dengan prinsip-prinsip fisiologis selama pendidikan pascasarjananya, dan pemahaman prinsip-prinsip ini adalah dasar untuk perawatan pasiennya (Henderson dalam (H. P. McKenna et al., 2014). Teori ini menyajikan pasien sebagai sejumlah bagian dengan kebutuhan biopsikosial, dan pasien bukanlah klien atau konsumen. Pandangan Henderson untuk menyadari pentingnya meningkatkan kemandirian pasien sehingga kemajuan setelah rawat inap tidak akan tertunda (Henderson, 1991) dalam (H. P. McKenna et al., 2014). Henderson adalah seorang pendidik perawat, dan dorongan utama dari teorinya berkaitan dengan pendidikan perawat.

### **Asumsi Utama, Konsep, Dan Hubungan**

#### **Asumsi**

Asumsi utama adalah perawat merawat pasien sampai pasien dapat merawat dirinya sendiri. Dia berasumsi bahwa pasien ingin kembali sehat. Dia mengasumsikan bahwa perawat bersedia untuk melayani dan perawat akan mengabdikan diri untuk pasien siang dan malam. Asumsi terakhir adalah bahwa perawat harus dididik di tingkat universitas baik dalam seni maupun sains (H. P. McKenna et al., 2014).

#### **Konsep**

Konsep utama teori berhubungan dengan paradigma (yaitu, keperawatan, kesehatan, pasien, dan lingkungan). Henderson percaya bahwa fungsi unik perawat adalah untuk membantu individu, sakit atau sehat, dalam melakukan aktivitas yang berkontribusi pada kesehatan atau pemulihannya (atau kematian yang damai) yang akan dia lakukan tanpa bantuan jika dia memiliki

kekuatan, kemauan atau pengetahuan yang diperlukan. Dia mendefinisikan pasien sebagai seseorang yang membutuhkan asuhan keperawatan, tetapi tidak membatasi keperawatan pada perawatan penyakit (H. P. McKenna et al., 2014).

### **Kegunaan**

Prinsip-prinsip teori Henderson diterbitkan dalam buku teks keperawatan utama yang digunakan dari tahun 1930-an sampai 1960-an, dan prinsip-prinsip yang diwujudkan oleh 14 kegiatan dalam mengevaluasi asuhan keperawatan di abad ke-21. Konsep lain yang diusulkan Henderson telah digunakan dalam pendidikan keperawatan dari tahun 1930-an sampai sekarang (O'Malley dalam (H. P. McKenna et al., 2014).

### **E. Faye Glenn Abdellah: Pendekatan Yang Berpusat Pada Pasien Dalam Keperawatan**



Faye Glenn Abdellah adalah pelopor perawat peneliti yang membantu mengubah teori keperawatan, pelayanan keperawatan dan pendidikan keperawatan. Dia memimpin penelitian keperawatan dan memiliki lebih dari seratus publikasi yang terkait dengan pelayanan keperawatan, pendidikan berkelanjutan dan penelitian keperawatan. Pada tahun 1960, mempromosikan pelayanan keperawatan yang berpusat pada pasien, Abdellah menggambarkan keperawatan itu sebagai suatu pelayanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Menurut Abdellah keperawatan itu berbasis pada seni dan ilmu yang membentuk sikap kompetensi intelektual dan keterampilan teknis perawat dalam keinginan dan kemampuan untuk menolong orang yang

sakit maupun yang sehat untuk mengatasi kebutuhan kesehatan pasien.

### **Langkah untuk Mengidentifikasi Masalah-Masalah Pasien**

Belajar untuk mengenal pasien, memilah data yang relevan dan signifikan, menyusun data-data yang terkait dengan masalah keperawatan pasien, mengidentifikasi rencana terapeutik, memvalidasi data pasien pada masalah keperawatannya, mengamati dan mengevaluasi pasien selama waktu tertentu untuk mengidentifikasi setiap petunjuk yang mempengaruhi perilakunya, mengkaji lebih dalam reaksi pasien dan keluarganya terhadap rencana terapeutik dan melibatkan pasien dan keluarga dalam setiap perencanaan, mengidentifikasi bagaimana perawat merasakan masalah keperawatan pasien, membahas dan mengembangkan rencana keperawatan yang komprehensif.

### **Keterampilan Perawat**

Mengobservasi status kesehatan, keterampilan berkomunikasi, mengaplikasikan pengetahuan, mendidik pasien dan keluarganya, merencanakan dan mengorganisasi pekerjaan, menggunakan sumber material, penggunaan sumber daya manusia/personil, penyelesaian masalah, mengarahkan pekerjaan pada yang lain, penggunaan terapi diri, dan prosedur perawatan.

### **Masalah Keperawatan**

Kebutuhan Fisik, social dan emosional pasien, jenis dari hubungan interpersonal antara perawat dan pasien, elemen-elemen umum dari perawatan pasien. Masalah perawatan adalah dasar pada semua pasien: untuk menjaga kebersihan dan kenyamanan fisik, untuk meningkatkan aktifitas yang optimal: latihan, istirahat, dan tidur, meningkatkan keselamatan melalui pencegahan kecelakaan, cedera, atau trauma lain melalui pencegahan penyebaran infeksi, mempertahankan mekanika tubuh yang baik dan mencegah dan memperbaiki kecacatan

### **Kebutuhan perawatan yang berkelanjutan**

Memfasilitasi pemeliharaan pasokan oksigen ke semua sel-sel tubuh, memfasilitasi pemeliharaan gizi dari semua sel-sel tubuh, memfasilitasi pemeliharaan eliminasi, cairan dan elektrolit, mengenali respon psikologi tubuh terhadap kondisi penyakit, memfasilitasi pemeliharaan dari fungsi dan mekanisme regulasi, dan fungsi sensori.

### **Kebutuhan perawatan ulang**

Mengidentifikasi dan menerima ekspresi negative dan positif, perasaan dan reaksi-reaksi, keterkaitan emosi dan penyakit, memfasilitasi pemeliharaan komunikasi verbal dan non verbal yang efektif, mendorong perkembangan hubungan interpersonal yang produktif, memfasilitasi kemajuan pencapaian tujuan spiritual, membuat/ mempertahankan lingkungan yang terapeutik, memfasilitasi kesadaran diri sebagai individu dengan kebutuhan fisik, emosional dan perkembangan yang bervariasi.

### **Kebutuhan Pemulihan Perawatan**

Untuk menerima tujuan yang optimal dalam keterbatasan, fisik dan emosional, menggunakan sumber-sumber daya komunitas/masyarakat sebagai bantuan dalam menyelesaikan masalah yang timbul dari penyakit, untuk memahami peran masalah social sebagai factor-faktor yang mempengaruhi dalam kasus penyakit.

### **Perbandingan Teori Abdellah dengan Teori Henderson**

<b>Maslow</b>	<b>Henderson</b>	<b>Abdellah</b>
Kebutuhan Fisiologi	1. Bernafas dengan normal 2. Makan dan minum secara adekuat	1. Memfasilitasi pemeliharaan pasokan oksigen ke semua sel-sel tubuh, 2. Memfasilitasi pemeliharaan gizi dari semua sel-sel tubuh,

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Eliminasi</li> <li>4. Mempertahankan postur yang diharapkan</li> <li>5. Istirahat &amp; tidur</li> <li>6. Memilih pakaian yang sesuai</li> <li>7. Mempertahankan suhu tubuh</li> <li>8. Tubuh tetap bersih dan sehat melindungi kulit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Memfasilitasi pemeliharaan eliminasi</li> <li>4. Memfasilitasi pemeliharaan cairan dan elektrolit</li> <li>5. Mempertahankan mekanika tubuh yang baik dan mencegah dan memperbaiki kecacatan</li> <li>6. Meningkatkan aktifitas yang optimal: latihan, istirahat, dan tidur</li> <li>7. Memfasilitasi pemeliharaan dari fungsi dan mekanisme regulasi, dan fungsi sensori</li> <li>8. Menjaga kebersihan dan kenyamanan fisik</li> </ul>
Kebutuhan keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>9. Hindari bahaya lingkungan dan hindari melukai orang lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9. Meningkatkan keselamatan melalui pencegahan kecelakaan, cedera, atau trauma lain melalui pencegahan penyebaran infeksi,</li> <li>10. Memfasilitasi pemeliharaan fungsi sensori</li> </ul>
Kebutuhan rasa memiliki dan Cinta	<ul style="list-style-type: none"> <li>10. Komunikasi dengan orang lain</li> <li>11. Beribadah sesuai keyakinan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>11. Memfasilitasi pemeliharaan komunikasi verbal dan non verbal yang efektif,</li> <li>12. memfasilitasi kemajuan pencapaian tujuan spiritual pribadi</li> </ul>
Kebutuhan harga diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>12. Bekerja untuk sesuatu yang memberi rasa pencapaian</li> <li>13. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai jenis rekreasi</li> <li>14. Belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>13. Menerima tujuan yang optimal dalam keterbatasan, fisik dan emosional,</li> <li>14. Mengenali respon psikologi tubuh terhadap kondisi penyakit</li> <li>15. Mengidentifikasi dan menerima ekspresi negatif dan positif, perasaan</li> <li>16. Mengidentifikasi dan menerima keterkaitan emosi dan penyakit,</li> <li>17. Membuat/mempertahankan lingkungan yang terapeutik</li> <li>18. Memfasilitasi kesadaran diri tentang kebutuhan fisik, emosional dan perkembangan.</li> <li>19. Menggunakan sumber-sumber daya masyarakat sebagai bantuan dalam menyelesaikan masalah</li> </ul>

		yang timbul dari penyakit 20. Memahami peran masalah social sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi dalam kasus penyakit.
Kebutuhan Aktualisasi Diri	-	-

## **Pandangan Paradigma Keperawatan Menurut Abdellah**

### **1. Keperawatan**

Keperawatan adalah profesi membantu. Pelayanan perawatan adalah melakukan sesuatu untuk atau kepada seseorang atau menyediakan informasi kepada orang dengan tujuan memenuhi kebutuhan, meningkatkan atau memulihkan kemampuan diri atau mengurangi kecacatan. Keperawatan dikelompokkan ke dalam 21 area masalah untuk menuntun perawatan dan mendorong penggunaan penilaian keperawatan. Abdellah menganggap bahwa keperawatan adalah pelayanan yang komprehensif yang berbasis pada seni dan ilmu dan bertujuan untuk menolong orang sehat maupun sakit, memenuhi kebutuhan mereka.

### **2. Manusia**

Abdellah menggambarkan bahwa individu adalah seseorang yang mempunyai kebutuhan fisik, social dan emosional. Kebutuhan ini dapat terbuka, yang terdiri dari sebagian besar kebutuhan fisik, dan yang tertutup; kebutuhan emosional dan social. Pasien /keluarga merupakan penerima perawatan. Kesehatan adalah tujuan dari pelayanan keperawatan.

### **3. Kesehatan**

Pendekatan perawat yang berfokus pada pasien. Kesehatan adalah keadaan timbal balik dari penyakit. Deskripsi pelayanan

yang komprehensif menurut Abdellah adalah kebutuhan kesehatan secara total dan keadaan sehat pada tubuh dan jiwa.

#### **4. Masyarakat / Lingkungan**

Masyarakat termasuk dalam perencanaan kesehatan yang optimal baik di tingkat lokal, daerah, nasional maupun internasional. Lingkungan adalah rumah, komunitas dari mana pasien berasal.

#### **F. Patricia Benner: Dari Pemula Sampai Ahli**



Teori “From Novice To Expert” yang dikembangkan oleh Patricia Benner diadaptasi dari “Model Dreyfus” yang dikemukakan oleh Hubert Dreyfus dan Stuart Dreyfus. Teori From Novice to Expert menjelaskan 5 tingkat/tahap akuisisi peran dan perkembangan profesi meliputi: (1) Novice, (2) Advance Beginner, (3) competent, (4) proficient, dan (5) expert (Benner, 1982).

##### **1. Novice (Pemula)**

Tingkat Novice pada Model Dreyfus adalah seseorang tanpa latar belakang pengalaman pada situasinya. Perintah yang jelas dan atribut yang obyektif harus diberikan untuk memandu penampilannya. Disini sulit untuk melihat situasi yang relevan dan irrelevant. Secara umum level ini diaplikasikan untuk mahasiswa keperawatan, tetapi Benner bisa mengklasifikasikan perawat pada level novice jika ditempatkan pada area atau situasi yang tidak familiar dengannya (Benner, 1982).

##### **2. Advance Beginner (Pemula Tingkat Lanjut)**

Advance Beginner dalam Model Dreyfus adalah ketika seseorang menunjukkan penampilan mengatasi masalah yang dapat diterima pada situasi nyata. Advance beginner mempunyai pengalaman yang cukup untuk memegang suatu situasi. Fungsi perawat pada situasi ini dipandu dengan aturan dan orientasi pada penyelesaian tugas. Situasi klinis ditunjukkan oleh perawat pada level advance beginner sebagai ujian terhadap kemampuannya dan permintaan terhadap situasi pada pasien yang membutuhkan dan responnya. Advance beginner mempunyai tanggung jawab yang lebih besar untuk melakukan manajemen asuhan pada pasien, sebelumnya mereka mempunyai lebih banyak pengalaman. Benner menempatkan perawat yang baru lulus pada tahap ini (Benner, 1982).

### 3. Competent (Kompeten)

Tahap *competent* dari model Dreyfus ditandai dengan kemampuan mempertimbangkan dan membuat perencanaan yang diperlukan untuk suatu situasi dan sudah dapat dilepaskan. Konsisten, kemampuan memprediksi, dan manajemen waktu adalah penampilan pada tahap *competent*. Perawat *competent* dapat menunjukkan tanggung jawab yang lebih pada respon pasien, lebih realistis dan dapat menampilkan kemampuan kritis pada dirinya. Tingkat *competent* adalah tingkatan yang penting dalam pembelajaran klinis, karena pengajar harus mengembangkan pola terhadap elemen atau situasi yang memerlukan perhatian yang dapat diabaikan (Kapborg, 2003). *Competent* harus mengetahui alasan dalam pembuatan perencanaan dan prosedur pada situasi klinis. Untuk dapat menjadi *proficient*, *competent* harus diizinkan untuk memandu respon terhadap situasi. Point pembelajaran yang penting dari belajar mengajar aktif pada tingkatan *competent* adalah untuk melatih perawat membuat transisi dari *competent* ke *proficient* (Benner, 1982).

### 4. Proficient (Mahir)

Perawat pada tahap ini menunjukkan kemampuan baru untuk melihat perubahan yang relevan pada situasi, meliputi

pengakuan dan mengimplementasikan respon keterampilan dari situasi yang dikembangkan. Mereka akan mendemonstrasikan peningkatan percaya diri pada pengetahuan dan keterampilannya. Pada tingkatan ini mereka banyak terlibat dengan keluarga dan pasien (Benner, 1982).

#### 5. Expert (Ahli)

Benner menjelaskan pada tingkatan ini perawat expert mempunyai pegangan intuitif dari situasi yang terjadi sehingga mampu mengidentifikasi area dari masalah tanpa kehilangan pertimbangan waktu untuk membuat diagnosa alternatif dan penyelesaian. Perubahan kualitatif pada expert adalah “mengetahui pasien” yang berarti mengetahui tipe pola respon dan mengetahui pasien sebagai manusia. Aspek kunci pada perawat expert adalah (Benner, 1982):

- a) Menunjukkan pegangan klinis dan sumber praktis
- b) Mewujudkan proses know-how
- c) Melihat gambaran yang luas
- d) Melihat yang tidak diharapkan

### **Pandangan Benner terhadap 4 konsep utama metaparadigma keperawatan.**

#### **1. Keperawatan**

Keperawatan digambarkan sebagai hubungan caring. Caring adalah primer karena caring menyiapkan kemungkinan pemberi bantuan dan penerima bantuan. Keperawatan adalah praktek caring dimana ilmu yang ditunjukkan oleh seni moral dan etika keperawatan dan tanggung jawab. Praktek keperawatan adalah perawatan dan pembelajaran dari pengalaman hidup sehat, sakit dan penyakit dan hubungan antara ketiga elemen (Tailor, 2002).

#### **2. Manusia**

Manusia adalah suatu makhluk yang menginterpretasi diri sendiri yakni orang tersebut tidak masuk ke dalam dunia yang sudah dikenal tetapi mendapat pengalaman dari kehidupannya sepanjang daur hidupnya. Manusia diwujudkan dalam empat aspek yang

utama tentang pemahaman manusia yang berhubungan dengan (Benner, 1982):

- a. Peran dari situasi
- b. Peran dari tubuh
- c. Peran dari perhatian personal
- d. Peran temporalitas

### **3. Kesehatan**

Kesehatan didefinisikan sebagai apa yang dapat dikaji, sedangkan sehat adalah pengalaman manusia dari kesehatan atau keseluruhan. Sehat dan sakit dipahami sebagai suatu cara yang terpisah. Kesehatan digambarkan tidak hanya tidak adanya sakit dan penyakit (Benner, 1982).

### **4. Situasi**

Benner menggunakan istilah situasi daripada lingkungan, karena situasi menyampaikan lingkungan sosial dengan definisi sosial dan sangat berarti. Situasi didefinisikan sebagai interaksi antar manusia, interpretasi dan pemahaman situasi (Benner, 1982).

## **BAB 8**

### **TOKOH TEORI GRAND / MODEL KONSEPTUAL KEPERAWATAN**

Ruang lingkup pada materi model konseptual keperawatan ini adalah:

- a. Model Konseptual Myra Estrin Levine: model Konservasi.
- b. Model Konseptual Martha E Roger: Kesatuan manusia.
- c. Model Konseptual Dorothea Orem: Defisit Perawatan diri, Teori Keperawatan.
- d. Model Konseptual Imogene King: Kerangka kerja sistem interaksi
- e. Model Konseptual Betty Neuman: model sistem.
- f. Model Konseptual Sister Calista Roy: model adaptasi.

#### **A. Model Konseptual Myra Estrin Levine: Model Konservasi**

##### **Biografi Myra Estrin Levine**



Myra Levine memperoleh diploma keperawatan dari Cook County School of Nursing di Chicago, Illinois, pada tahun 1944, gelar sarjana sains di University of Chicago pada tahun 1949, dan master ilmu keperawatan dari Wayne State University di Detroit, Michigan, pada tahun 1962. Dia memegang berbagai posisi klinis dan pendidikan selama karirnya yang panjang (Schaefer dalam (McEwen & Wills, 2011)). Dia menerbitkan Pengantar Keperawatan Klinis pada tahun 1969. Levine meninggal pada tahun 1996, pada usia 75, meninggalkan warisan pendidikan keperawatan,

administrasi, dan beasiswa (Schaefer dalam (McEwen & Wills, 2011)

## **Pandangan Ahli Tentang Paradigma Keperawatan**

Pandangan tentang paradigma keperawatan (McEwen & Wills, 2011):

### **1. Manusia**

Manusia adalah makhluk holistik yang terus-menerus berusaha untuk mempertahankan keutuhan (*wholeness*) dan integritas, berpikir, berorientasi pada masa depan, dan masa lalu. Manusia juga digambarkan sebagai individu yang unik dalam kesatuan dan sistem yang integritas, berperasaan, mempercayai, berpikir dan menyeluruh dari sistem.

### **2. Lingkungan**

Lingkungan bersaing dengan keutuhan (*wholeness*) manusia. Lingkungan terdiri dari lingkungan internal (homeostasis dan homeorrhesis) dan lingkungan eksternal (*preconceptual, operational* dan *conceptual*).

a. Lingkungan Internal :

- 1) *Homeostasis*: suatu kondisi dari pembagian energi (*energy sparing*) yang juga menyediakan dasar yang perlu untuk mensinkronkan faktor fisiologis dan psikologis yang banyak. Homeostasis juga merupakan suatu keadaan konservasi.
- 2) *Homeorrhesis*: suatu aliran yang terstabilisasi ketimbang suatu kondisi yang statis. *Homeorrhesis* mendeskripsikan pola adaptasi, yang mengizinkan tubuh individu untuk mempertahankan keadaan kesejahteraan dengan perubahan yang cepat yang berasal dari lingkungan.

b. Lingkungan Eksternal

Lingkungan eksternal yaitu:

- 1) *Preconceptual*: aspek-aspek dari dunia yang mana individu dapat menginterpretasikannya

- 2) *Operational*: elemen-elemen yang mungkin secara fisik mempengaruhi individu tetapi tidak dirasa oleh individu (misal: radiasi, mikroorganisme dan polusi)
- 3) *Conceptual*: bagian dari lingkungan individu meliputi pola budaya yang dikarakteristikan oleh eksistensi spiritual, ide-ide, nilai, keyakinan dan tradisi.

## **Hubungan Manusia dan Lingkungan**

### **a. Adaptasi**

Adaptasi manusia terhadap lingkungan memiliki karakteristik sebagai berikut:

- 1) *Historicity*: adaptasi didasarkan pada sejarah atau memiliki sejarah masa lalunya dan menunggu tantangan yang akan direspon.
- 2) *Spesificity*: individu merespon dan pola adaptasi mereka bervariasi atas dasar struktur genetik.
- 3) *Redundancy*: pilihan berhasil atau gagal tersedia bagi individu untuk memastikan terjadinya adaptasi yang berkelanjutan

### **b. Respon Organismik**

Suatu perubahan dalam perilaku dari individu selama percobaan untuk beradaptasi dengan lingkungan. Respon ini membantu individu untuk melindungi dan mempertahankan integritas mereka. Respon organismik meliputi empat tipe:

- 1) *Flight or fight*: suatu respon instan terhadap ancaman yang nyata atau yang dibayangkan. Suatu respon yang primitif.
- 2) *Inflammatory*: respon yang diharapkan untuk menyediakan integritas struktural dan peningkatan kesehatan.
- 3) *Stress*: respon yang dikembangkan sepanjang waktu dan dipengaruhi oleh masing-masing pengalaman yang menegangkan yang dirasakan oleh individu

- 4) *Perceptual*: meliputi mengumpulkan informasi dari lingkungan dan merubahnya dalam pengalaman yang berarti
- c. Konservasi
- 1) Konservasi Energi  
Merujuk pada penyeimbangan input dan output energi untuk menghindari kelelahan yang berlebihan. Hal ini meliputi istirahat yang cukup, mempertahankan nutrisi yang adekuat dan latihan.
  - 2) Konservasi integritas struktur  
Merujuk pada tindakan mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh untuk mencegah kerusakan fisik dan meningkatkan kesehatan. Contoh : membantu pasien melatih ROM, mempertahankan kebersihan personal pasien.
  - 3) Konservasi integritas personal  
Mengenali individu sebagai orang yang berjuang untuk mengenali, menghargai, memiliki kesadaran diri, dan tujuan diri. Contoh : mengenali dan melindungi kebutuhan pasien akan jarak hubungan.
  - 4) Konservasi integritas sosial  
Individu dikenali sebagai seseorang yang bersama dengan sebuah keluarga, sebuah komunitas, kelompok religius, kelompok etnis, sistem politik dan sebuah negara. Contoh: membantu pasien menggunakan koran, majalah, radio dan TV.

### 3. Sehat

Sehat adalah adaptasi yang sukses dan menyeluruh. Sehat bukanlah hanya sembuh dari bagian yang terganggu, sehat berarti kembali pada aktivitas harian, dan kemampuan individu untuk melakukan satu atau lebih kertertarikannya tanpa ada pembatas. Sedangkan penyakit diartikan sebagai perubahan yang tidak teratur dan tidak disiplin dan harus dihentikan atau kematian akan terjadi.

#### **4. Keperawatan**

Keperawatan adalah suatu profesi sebagaimana disiplin ilmu, yang selalu dipraktikkan dan dipelajari dalam suatu kerja sama dengan disiplin ilmu yang lain dari ilmu kesehatan. Keperawatan meliputi tindakan untuk meningkatkan interaksi manusia. Interaksi manusia tergantung pada komunikasi, berakar pada kemandirian organik dari individu dalam hubungannya dengan orang lain.

#### **B. Konseptual Model Martha E Roger: Unitary human being.**

##### **Biografi Martha E. Roger**



Gambar Martha Rogers

Martha Rogers lahir pada 12 Mei 1914 (peringatan kelahiran Florence Nightingale) di Dallas, Texas. Dia memperoleh diploma keperawatan dari Knoxville General Hospital pada tahun 1936 dan gelar sarjana dari George Peabody College di Nashville, Tennessee pada tahun 1937. Dia kemudian menerima gelar master dalam keperawatan kesehatan masyarakat dari Teachers College, Universitas Columbia di New York, dan gelar master dalam kesehatan masyarakat dan Doctor of Science dari The Johns Hopkins University di Baltimore, Maryland (Gunther dalam (McEwen & Wills, 2011)). Rogers menjadi kepala Divisi Keperawatan Universitas New York (NYU) pada tahun 1954, di mana ia berfokus pada pengajaran dan perumusan serta penjabaran teorinya (Hektor dalam (McEwen & Wills, 2011)). Rogers meninggal pada Maret 1994.

Martha E. Rogers pertama kali mendeskripsikan Teori Kesatuan Manusia pada tahun 1961. Sebelum Rogers, jarang ada orang dalam keperawatan yang memandang manusia sebagai sesuatu selain penerima perawatan oleh perawat dan dokter. Rogers memandang orang adalah sistem energi kesatuan dalam interaksi timbal balik yang berkelanjutan dengan sistem energi universal, secara dramatis mempengaruhi keperawatan dengan mendorong perawat untuk mempertimbangkan orang sebagai satu kesatuan (satu kesatuan) saat merencanakan dan memberikan perawatan (McEwen & Wills, 2011).

### **Definisi Keperawatan Menurut Martha E. Rogers**

Keperawatan adalah ilmu humanistik atau humanitarian yang menggambarkan dan memperjelas bahwa manusia dalam strategi yang utuh dan dalam perkembangan hipotesis secara umum dengan memperkirakan prinsip-prinsip dasar untuk ilmu pengetahuan praktis. Ilmu keperawatan adalah ilmu kemanusiaan, mempelajari tentang alam dan hubungannya dengan perkembangan manusia.

Rogers mengungkapkan bahwa aktivitas yang didasari prinsip-prinsip kreatifitas, seni dan imajinasi. Aktifitas keperawatan dinyatakan Rogers merupakan aktifitas yang berakar pada dasar ilmu pengetahuan abstrak, pemikiran intelektual, dan hati nurani. Rogers menekankan bahwa keperawatan adalah disiplin ilmu yang dalam aktifitasnya mengedepankan aplikasi keterampilan, dan teknologi. Aktivitas keperawatan meliputi pengkajian, intervensi, dan pelayanan rehabilitatif senantiasa berdasar pada konsep pemahaman manusia atau individu seutuhnya.

### **Asumsi Dasar**

Dasar teori Rogers adalah ilmu tentang asal usul manusia dan alam semesta seperti antropologi, sosiologi, agama, filosofi, perkembangan sejarah dan mitologi. Teori Rogers berfokus pada proses kehidupan manusia secara utuh. Ilmu keperawatan adalah

ilmu yang mempelajari manusia, alam dan perkembangan manusia secara langsung.

Berdasarkan pada kerangka konsep yang dikembangkan oleh Rogers ada lima dasar asumsi tentang manusia, yaitu:

1. Manusia adalah satu kesatuan, proses integritas individu dan mewujudkan karakteristik yang lebih dan perbedaan dari jumlah bagian-bagiannya. Manusia kelihatan seperti bagian terkecil dan menghilang lenyap dari pandangan. Karena kesatuan ini menghasilkan variabel dan secara konstan mengubah pola ini. Manusia merupakan makhluk yang memiliki kepribadian unik, antara satu dan lainnya berbeda di beberapa bagian. Secara signifikan mempunyai sifat-sifat yang khusus jika semuanya jika dilihat secara bagian perbagian ilmu pengetahuan dari suatu subsistem tidak efektif bila seseorang memperhatikan sifat-sifat dari sistem kehidupan manusia. Manusia akan terlihat saat bagiannya tidak dijumpai.
2. Individu dan lingkungan terus mengalami perubahan materi dan energi. Berasumsi bahwa individu dan lingkungan saling tukar-menukar energi dan material satu sama lain. Beberapa individu mendefinisikan lingkungan sebagai faktor eksternal pada seorang individu dan merupakan satu kesatuan yang utuh dari semua hal.
3. Mempercayai bahwa proses hidup manusia tidak dapat diulang dan tidak dapat diprediksi sepanjang ruang dan waktu. Individu tidak pernah dapat mundur atau jadilah sesuatu ia atau dia sebelumnya. Bahwa proses kehidupan manusia merupakan hal yang tetap dan saling bergantung dalam satu kesatuan ruang waktu secara terus menerus. Akibatnya seorang individu tidak akan pernah kembali atau menjadi seperti yang diharapkan semula.
4. Perilaku pada individu merupakan suatu bentuk kesatuan yang inovatif. Mengidentifikasi pola manusia dan mencerminkan keutuhan yg inovatif, pola teladan ini mempertimbangkan pengaturan diri, ritme, dan teori pengaruh energi. Mereka

memberi kesatuan keanekaragaman dan mencerminkan suatu alam semesta yang kreatif dan dinamis.

5. Individu dicirikan oleh kapasitas abstraksi dan citra, bahasa dan berpikir, sensasi dan emosi. Hanya manusia yang mampu untuk berfikir menjadi siapa dan keluasan dari alam semesta ini. Dari seluruh bentuk kehidupan di dunia hanya manusia yang mampu berfikir dan menerima dan mempertimbangkan luasnya dunia.

Berdasarkan pada asumsi-asumsi tersebut, terdapat 4 batasan utama yang ditunjukkan oleh Martha E. Roger: 1) Sumber energy, 2) Keterbukaan, 3) Pola-pola perilaku, 4) Ukuran-ukuran 4 dimensi.

Disini terdapat elemen-elemen yang saling berhubungan pada ini adalah manusia dan lingkungannya. Sebagai sistem hidup dan sumber energi, individu mampu mengambil energi dan informasi dari lingkungan dan menggunakan energi dan informasi untuk lingkungan. Karena pertukaran ini individu adalah sistem terbuka yang mendasari dan membatasi asumsi-asumsi utama Martha E. Roger.

Martha E. Roger mengemukakan empat konsep besar tersebut dan menghadirkan lima asumsi tentang manusia. Tiap orang dikatakan sebagai suatu yang individu utuh. Manusia dan lingkungan selalu saling bertukar energi. Proses yang terjadi dalam kehidupan seseorang tidak dapat diubah dan berhubungan satu sama lain pada dimensi ruang dan waktu. Hal tersebut merupakan pola kehidupan. Pada akhirnya seseorang mampu berbicara, berfikir, merasakan, emosi, membayangkan dan memisahkan. Manusia mempunyai empat dimensi, medan energi negentropik dapat diketahui dari kebiasaan dan ditunjukkan dengan ciri-ciri dan tingkah laku yang berbeda satu sama lain dan tidak dapat diduga dengan ilmu pengetahuan yaitu lingkungan, keperawatan dan kesehatan.

### **Prinsip Homeodinamika**

Prinsip homeodinamika terdiri dari 3 pemisahan prinsip, yaitu integral, resonansi dan helicy (Roger (1970,1988, 1992)).

Dengan kombinasi prinsip homeodinamika dan konsep manusia dari definisi perawat, sebuah teori menyatakan dapat dijadikan dalil. Sebuah teori yang tepat mungkin menyatakan jika perawat menggunakan prinsip homeodinamika untuk melayani umat manusia.

a. Integral

Prinsip pertama adalah integral. Badan manusia dan lingkungannya tidak dapat dipisahkan, rangkaian pertukaran proses kehidupan terus terjadi pembaharuan interaksi antara badan manusia dan lingkungannya. Keduanya saling berinteraksi yang konstan dan saling bertukar dimana pembentukan keduanya ditempatkan dalam waktu yang sama. Maka, integral adalah kelanjutan proses interaksi antara manusia dan lingkungan.

b. Resonansi

Prinsip selanjutnya, resonansi, berbicara pada kejadian pertukaran alam antara manusia dan bidang lingkungan. Pertukaran adalah pola manusia dan bidang lingkungan disebarkan dari gelombang yang berpindah dari gelombang yang lebih tinggi dari frekuensi rendah ke gelombang yang lebih pendek dari frekuensi yang lebih tinggi. Proses kehidupan dalam badan manusia adalah simfoni dari ritme yang bergerak dalam frekuensi tertentu. Pengalaman manusia di lingkungannya seperti segaris kompleks kesatuan gelombang resonansi mereka dengan dunia istirahat.

c. Helicy

Prinsip helicy sependapat dengan alam dan pertukaran langsung pada manusia-lingkungan. Manusia dan lingkungan adalah dinamis, sistem terbuka dalam pertukaran adalah hak berlanjut pada pertukaran yang konstan antara manusia dan bidang lingkungan. Pertukaran ini juga mengalami pembaharuan. Jika, pertukaran tidak dapat diprediksi. Akhirnya, pertukaran langsung menuju peningkatan perbedaan dan kerumitan. Proses ini dan polanya tidak dapat di prediksi, dinamis, dan peningkatan perbedaan. Helicy meliputi konsep

perubahan ritmis, pengaruh evolusioner, dan kesatuan bidang lingkungan hidup manusia. Arah perubahan yang terjadi antara manusia dan lingkungan terhadap peningkatan keragaman dan kompleksitas dan ritme yang tidak tepat diulang. Akibatnya, prinsip dari homeodynamics adalah cara melihat manusia dalam keutuhan mereka. Perubahan dalam proses kehidupan manusia yang tidak dapat kembali, tidak dapat diulang, berirama, dan menyajikan keragaman pola tumbuh.

### C. Konseptual Model Dorothea Orem: Defisit Perawatan Diri

#### Biografi Dorothea Orem



Orem adalah Direktur School of Nursing and Nursing Service di Detroit's Providence Hospital sampai tahun 1949, kemudian pindah ke Indiana dan bertugas di Dewan Kesehatan sampai tahun 1957. Dia sebagai anggota fakultas dari Universitas Katolik pada tahun 1959, kemudian menjabat Dekan (Taylor, dalam (McEwen & Wills, 2011)). Dia menerbitkan buku pertama tentang teorinya pada tahun 1971. Dia memiliki gelar doktor kehormatan dan penghargaan lainnya. Orem meninggal pada tahun (McEwen & Wills, 2011).

#### Teori Self-Care

Pemahaman teori perawatan diri, perlu dipahami terlebih dahulu mengenai konsep dasar perawatan diri (*self-care*), kemampuan perawatan diri (*self-care agency*), faktor yang

mempengaruhi perawatan diri (*basic conditioning factors*), dan terapi kebutuhan perawatan diri (*therapeutic self-care demand*) (Orem et al., 2001).

Perawatan diri (*self-care*) adalah pelaksanaan aktivitas individu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Jika perawatan diri dapat dilakukan dengan efektif, maka dapat membantu individu dalam mengembangkan potensi dirinya (Orem et al., 2001).

Kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) adalah kemampuan individu untuk terlibat dalam proses perawatan diri. Kemampuan ini berkaitan dengan faktor pengkondisian perawatan diri (*basic conditioning factor*) yang terdiri dari faktor usia, jenis kelamin, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan, kebiasaan keluarga, pola hidup, faktor lingkungan dan keadaan ekonomi (Orem et al., 2001).

Terapi kebutuhan perawatan diri (*therapeutic self-care demand*), yaitu tindakan yang dilakukan sebagai bantuan untuk memenuhi syarat perawatan diri. Teori *self-care* tidak terlepas dari syarat perawatan diri (*self-care requisites*), yaitu aspek yang menentukan tingkat pemenuhan perawatan diri. *Self-care requisites* terdiri dari tiga kategori (Orem et al., 2001);

#### 1. *Universal self-care requisites*

Aspek universal ini berhubungan dengan proses hidup atau kebutuhan dasar manusia, yaitu:

- a. Pemeliharaan kebutuhan udara/oksigen
- b. Pemeliharaan kebutuhan air
- c. Pemeliharaan kebutuhan makanan
- d. Perawatan proses eliminasi dan ekskresi
- e. Pemeliharaan keseimbangan aktivitas dan istirahat
- f. Pemeliharaan keseimbangan privasi dan interaksi sosial
- g. Pencegahan resiko yang mengancam kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan
- h. Peningkatan kesehatan dan pengembangan potensi dalam hubungan sosial

## 2. *Developmental self-care requisites*

Berbeda dengan *universal self-care requisites*, *developmental self-care requisites* terbentuk oleh adanya: Perbekalan kondisi yang meningkatkan pengembangan; keterlibatan dalam pengembangan diri; dan pengembangan pencegahan dari efek yang mengancam kehidupan. Pengembangan aspek perawatan diri berhubungan dengan pola hidup individu yang dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggalnya (Renpenning & Taylor, 2003).

## 3. *Health deviation self-care*

Perawatan diri berkaitan dengan penyimpangan kesehatan. Timbul akibat adanya gangguan kesehatan dan penyakit. Hal ini menyebabkan perubahan kemampuan individu dalam proses perawatan diri.

## **Teori Self-Care Deficit**

Teori ini merupakan inti dari teori keperawatan Orem. Teori ini menggambarkan kapan keperawatan dibutuhkan. Keperawatan diperlukan ketika individu tidak mampu atau mengalami keterbatasan dalam memenuhi syarat perawatan diri yang efektif. Keperawatan diberikan jika tingkat kemampuan perawatan diri lebih rendah dibandingkan dengan kebutuhan perawatan diri atau kemampuan perawatan diri seimbang dengan kebutuhan namun hubungan deficit dapat terjadi selanjutnya akibat penurunan kemampuan, peningkatan kualitas dan kuantitas kebutuhan atau keduanya (Orem et al., 2001).

## **Teori Nursing System**

*Nursing system* adalah bagian dari pertimbangan praktek keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan koordinasi untuk mencapai kebutuhan perawatan diri (*self-care demand*) pasiennya dan untuk melindungi dan mengontrol latihan /pengembangan dari kemampuan perawatan diri pasien (*self-care agency*) (Orem et al., 2001). Orem mengidentifikasi tiga klasifikasi dari sistem keperawatan berdasarkan kemampuan pasien dalam mencapai syarat pemenuhan perawatan diri (Orem et al., 2001).

1. *Wholly Compensatory System*

Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan kompensasi penuh kepada pasien disebabkan karena ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan keperawatan secara mandiri.

2. *Partly Compensatory System*

Yaitu sistem keperawatan dalam memberikan perawatan diri kepada pasien secara sebagian saja dan ditujukan pada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal.

3. *Supportive-Educative System*

Yaitu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk memberikan dukungan dan pendidikan agar pasien mampu melakukan perawatan mandiri.

### **Pandangan Orem tentang Metaparadigma Keperawatan**

Orem menjelaskan masing-masing dari komponen paradigma keperawatan yaitu manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan.

1. Manusia

Manusia merupakan makhluk yang berbeda dari makhluk hidup lainnya, hal ini disebabkan oleh kapasitasnya dalam: 1) Mencerminkan keadaan diri dan lingkungannya, 2) Menandakan pengalaman mereka, 3) Memakai simbol yang mereka ciptakan (ide dan kata-kata) dalam berfikir, komunikasi dan dalam memperjuangkan sesuatu yang menguntungkan diri mereka dan orang lain (Orem et al., 2001).

Gabungan dari fisiologi tubuh manusia termasuk aspek fisik, mental, hubungan antarmanusia dan aspek social. Orem mempercayai bahwa individu memiliki kecenderungan untuk belajar dan berkembang. Faktor yang mempengaruhi kecenderungan belajar termasuk umur, kapasitas mental, budaya, social dan status emosional dari individu. Jika seseorang tidak dapat mempelajari langkah perawatan diri, yang lainnya harus dapat merawat dan membuktikannya (Orem et al., 2001).

## 2. Kesehatan

Orem mendefinisikan tentang kesehatan sebagai status fisik, mental dan kehidupan sosial, tidak hanya mengenai kelemahan fisik atau penyakit. Dia menyatakan bahwa fisik, mental, hubungan interpersonal dan hubungan sosial merupakan aspek dari kesehatan yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari individu. Orem juga mempersembahkan dasar kesehatan pada konsep perawatan diri preventif. Perawatan kesehatan termasuk peningkatan dan pemeliharaan dari kesehatan (*primary prevention*), perawatan dari penyakit/luka (*secondary prevention*), dan komplikasi dari pencegahan (*tertiary prevention*) (Orem et al., 2001).

## 3. Lingkungan

Kondisi lingkungan dibagi dua, yaitu lingkungan eksternal fisik dan lingkungan psikososial. Pengembangan lingkungan dilakukan dengan meningkatkan pengembangan individu melalui motivasi untuk membangun tujuan yang tepat dan mengatur perilaku untuk meraih tujuan tersebut. Lingkungan dapat berpengaruh positif maupun negative terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan *self care* (Orem et al., 2001).

## 4. Keperawatan

Menurut Orem, keperawatan adalah jenis pelayanan kesehatan spesifik yang berdasarkan pada nilai. Pada komunitas, orang menganggap keperawatan sebagai pelayanan yang penting dan diperlukan. Orem menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan konsep keperawatan antara lain, seni dan kebijaksanaan keperawatan, keperawatan sebagai layanan, fungsi teori keperawatan dan teknologi keperawatan (Orem et al., 2001).

### **Teori Orem dan Proses Keperawatan**

Menurut Orem, proses keperawatan adalah istilah yang digunakan oleh perawat untuk menunjukkan proses profesional-teknologi dari tindakan keperawatan beserta proses perencanaan

dan evaluasi. Perbandingan antara proses keperawatan Orem dengan proses keperawatan adalah sebagai berikut (Hartweg, 2013):

Proses Keperawatan	Proses Keperawatan Orem
1. Pengkajian	1. Diagnosa dan resep dokter.
2. Diagnosa keperawatan	2. Merancang system keperawatan dan perencanaan untuk melaksanakan self care.
3. Perencanaan	
4. Implementasi	3. Produksi dan manajemen system keperawatan
5. Evaluasi	

Orem menjelaskan tiga tahap proses keperawatan yaitu (Hartweg, 2013):

1. Diagnosa dan resep keperawatan

Tahap ini menjelaskan mengapa keperawatan diperlukan. Analisa dan interpretasi membuat keputusan tentang perawatan dini, juga memberikan manajemen kasus. Diagnosa keperawatan penting untuk pemeriksaan dan pengumpulan data tentang kemampuan pasien dalam perawatan diri dan kebutuhan akan terapi perawatan diri serta hubungan antara keduanya (Hartweg, 2013).

2. Merancang system keperawatan dan merencanakan pelaksanaan perawatan diri

Merancang system keperawatan yang efektif dan efisien menghasilkan data yang valid tentang kondisi pasien. Rancangan ini termasuk peran dari perawat dan pasien dalam hubungan melakukan *self care*, mengatur kebutuhan terapi perawatan diri, melindungi pengembangan kemampuan perawatan diri (Hartweg, 2013).

3. Produksi dan manajemen sistem keperawatan (*Planning and Controlling*)

Pengaturan system keperawatan dihasilkan ketika berinteraksi dengan pasien secara terus menerus untuk mencapai kemampuan terapi perawatan diri yang telah ditentukan dan

mengatur kemampuan untuk mengembangkan perawatan diri. Di tahap ini, tindakan perawat adalah menghasilkan dan mengatur system keperawatan (Hartweg, 2013).

#### **D. Konseptual Model Imogene King: Kerangka Kerja Sistem Interaksi.**

##### **Biografi Imogene King**



Gambar Imogene King

Imogene King lulus dari St. John's Hospital School of Nursing di St. Louis, Missouri, dengan diploma keperawatan pada tahun 1945. Ia menerima gelar sarjana sains dalam pendidikan keperawatan dari Universitas St. Louis pada tahun 1948, dan master sains dalam keperawatan dari sekolah yang sama pada tahun 1957. Pada tahun 1961, ia menerima gelar doktor pendidikan dari Teacher's College, Columbia University, di New York (Sieloff dalam (McEwen & Wills, 2011)). Dia bekerja sebagai konsultan penelitian untuk Divisi Keperawatan di Departemen Kesehatan, Pendidikan, dan Kesejahteraan dari tahun 1964 hingga 1966. King pindah ke Tampa, Florida pada tahun 1980, dengan asumsi posisi profesor di University of South Florida College of Nursing (Sieloff dalam (McEwen & Wills, 2011)). Dia meninggal pada tahun 2008.

##### **Teori Imogene King dan Metaparadigma**

King memperkenalkan beberapa asumsi sebagai dasar konseptualnya.

## **1. Keperawatan**

Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi yang ditemukan dalam system perawatan kesehatan masyarakat. Tujuan keperawatan adalah menolong individu mempertahankan kesehatannya sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Keperawatan dipandang sebagai proses interpersonal aksi, reaksi, interaksi dan transaksi sehingga model keperawatan King dikenal sebagai An Interaction Model.

## **2. Individu**

Asumsi spesifik King mengenai individu adalah individu sebagai makhluk sosial, individu sebagai makhluk berakal, individu sebagai makhluk rasional, individu sebagai makhluk perasa, individu sebagai makhluk pengontrol, individu sebagai makhluk yang bertujuan, individu sebagai makhluk berorientasi tindakan, dan individu sebagai makhluk berorientasi waktu. Menurut King, individu mempunyai hak untuk mengetahui berbagai hal menyangkut dirinya, hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka, serta hak untuk menerima atau menolak perawatan kesehatan.

## **3. Kesehatan**

Kesehatan dipandang sebagai bagian dinamis dalam lingkaran kehidupan, sedangkan penyakit merupakan bagian dalam lingkaran kehidupan tersebut. Kesehatan memengaruhi upaya adaptasi yang terus-menerus terhadap kondisi stress, baik internal maupun eksternal, melalui pemanfaatan optimum sumber daya manusia guna meraih potensi maksimal bagi kehidupan keseharian.

## **4. Lingkungan**

King menyatakan bahwa pemahaman mengenai tata cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan merupakan inti bagi perawat. Sistem terbuka berimplikasi pada terciptanya interaksi antara

system dan lingkungan yang memengaruhi perubahan lingkungan secara konstan.

### **Model Konsep Imogene King**

King memahami model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan system terbuka dalam hubungan interaksi yang konstan dengan lingkungan, sehingga King mengemukakan dalam model konsep interaksi. Dalam mencapai hubungan interaksi, King mengemukakan konsep kerjanya yang meliputi :

#### **1. Sistem Personal**

Menurut King setiap individu adalah sistem personal (sistem terbuka). Untuk sistem personal konsep yang relevan adalah persepsi (perception), diri (self), pertumbuhan dan perkembangan (growth and development), citra diri (body image), ruang (space), dan waktu (time).

##### **a) Persepsi (perception)**

Persepsi adalah gambaran seseorang tentang objek, orang dan kejadian-kejadian. Persepsi berbeda dari satu orang ke orang lain dan hal ini tergantung dengan pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan dan status emosi. Karakteristik persepsi adalah universal atau dialami oleh semua, selektif untuk semua orang, dan subjektif atau personal.

##### **b) Diri (self)**

Diri adalah bagian dalam diri seseorang yang berisi benda-benda dan orang lain. Diri adalah individu atau bila seseorang berkata "AKU". Karakteristik diri adalah individu yang dinamis, sistem terbuka dan orientasi pada tujuan.

##### **c) Pertumbuhan dan perkembangan (growth and development)**

Tumbuh kembang meliputi perubahan sel, molekul dan perilaku manusia. Perubahan ini biasanya terjadi dengan cara yang tertib, dan dapat diprediksi walaupun individu itu bervariasi, dan sumbangan fungsi genetik, pengalaman yang berarti dan memuaskan. Tumbuh kembang dapat

didefinisikan sebagai proses diseluruh kehidupan seseorang dimana dia bergerak dari potensial untuk mencapai aktualisasi diri.

d) Citra diri (body image)

King mendefinisikan citra diri sebagai cara bagaimana orang merasakan tubuhnya dan reaksi-reaksi lain untuk penampilanya.

e) Ruang (space)

Ruang adalah universal sebab semua orang punya konsep ruang, personal atau subjektif, individual, situasional, dan tergantung dengan hubunganya dengan situasi, jarak dan waktu, transaksional, atau berdasarkan pada persepsi individu terhadap situasi. Definisi secara operasioanal, ruang meliputi ruang yang ada untuk semua arah, didefinisikan sebagai area fisik yang disebut territory dan perilaku orang yang menempatinya.

f) Waktu (time)

King mendefinisikan waktu sebagai lama antara satu kejadian dengan kejadian yang lain, merupakan pengalaman unik setiap orang

## 2. Sistem Interpersonal

King mengemukakan sistem interpersonal terbentuk oleh interaksi antar manusia. Interaksi antar dua orang disebut Dyad, tiga orang disebut Triad, dan empat orang disebut Group. Konsep yang relevan dengan sistem interpersonal adalah interaksi, komunikasi, transaksi, peran dan stres.

a) Interaksi

Interaksi didefinisikan sebagai tingkah laku yang dapat diobservasi oleh dua orang atau lebih didalam hubungan timbal balik.

b) Komunikasi

King mendefinisikan komunikasi sebagai proses dimana informasi yang diberikan dari satu orang ke orang lain baik langsung maupun tidak langsung, misalnya melalui

telepon, televisi atau tulisan. Ciri-ciri komunikasi adalah verbal, non verbal, situasional, perceptual, transaksional, tidak dapat diubah, bergerak maju dalam waktu, personal, dan dinamis. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis dalam menyampaikan ide-ide satu orang ke orang lain. Aspek perilaku nonverbal yang sangat penting adalah sentuhan. Aspek lain dari perilaku adalah jarak, postur, ekspresi wajah, penampilan fisik dan gerakan tubuh.

c) Transaksi

Ciri-ciri transaksi adalah unik, karena setiap individu mempunyai realitas personal berdasarkan persepsi mereka. Dimensi temporal-spatial, mereka mempunyai pengalaman atau rangkaian-rangkaian kejadian dalam waktu.

d) Peran

Peran melibatkan sesuatu yang timbal balik dimana seseorang pada suatu saat sebagai pemberi dan disaat yang lain sebagai penerima. Ada 3 elemen utama peran yaitu, peran berisi perilaku yang di harapkan pada orang yang menduduki posisi di sistem sosial, prosedur atau aturan yang ditentukan oleh hak dan kewajiban yang berhubungan dengan prosedur atau organisasi, dan hubungan antara 2 orang atau lebih berinteraksi untuk tujuan pada situasi khusus.

e) Stress

Definisi stress menurut King adalah suatu keadaan yang dinamis dimanapun manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stressor. Stress adalah suatu yang dinamis sehubungan dengan sistem terbuka yang terus-menerus terjadi pertukaran dengan lingkungan, intensitasnya bervariasi, ada dimensi yang temporal-spatial yang dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, individual, personal, dan subjektif.

### 3. Sistem Sosial

King mendefinisikan sistem sosial sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan. Konsep yang relevan dengan sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status dan pengambilan keputusan.

**a) Organisasi**

Organisasi bercirikan struktur posisi yang berurutan dan aktifitas yang berhubungan dengan pengaturan formal dan informal seseorang dan kelompok untuk mencapai tujuan personal atau organisasi.

**b) Otoritas**

King mendefinisikan otoritas atau wewenang, bahwa wewenang itu aktif, proses transaksi yang timbal balik dimana latar belakang, persepsi, nilai-nilai dari pemegang mempengaruhi definisi, validasi dan penerimaan posisi di dalam organisasi serta berhubungan dengan wewenang.

**c) Kekuasaan**

Kekuasaan adalah universal, situasional, atau bukan sumbangan personal, esensial dalam organisasi, dibatasi oleh sumber-sumber dalam suatu situasi, dinamis dan orientasi pada tujuan.

**d) Pembuatan Keputusan**

Pembuatan atau pengambilan keputusan bercirikan untuk mengatur setiap kehidupan dan pekerjaan, orang, universal, individual, personal, subjektif, situasional, proses yang terus menerus, dan berorientasi pada tujuan

**e) Status**

Status bercirikan situasional, posisi ketergantungan, dan dapat diubah. King mendefinisikan status sebagai posisi seseorang didalam kelompok atau kelompok dalam hubungannya dengan kelompok lain di

dalam organisasi dan mengenali bahwa status berhubungan dengan hak-hak istimewa, tugas-tugas, dan kewajiban.

Ketiga sistem tersebut membentuk hubungan personal antara perawat dan pasien/klien. Hubungan perawat dan pasien/klien merupakan sarana dalam pemberian asuhan keperawatan, di mana proses interpersonal dinamis yang ditampilkan oleh perawat dan pasien/klien dipengaruhi oleh perilaku satu dengan yang lain, demikian juga oleh sistem asuhan kesehatan yang berlaku. Tujuan perawat adalah memanfaatkan komunikasi untuk membantu pasien/klien dalam menciptakan dan mempertahankan adaptasi positif terhadap lingkungan.

Manusia sebagai makhluk yang berorientasi terhadap waktu tidak lepas dari masa lalu dan sekarang yang dapat mempengaruhi masa yang akan datang dan sebagai makhluk sosial manusia akan hidup bersama dengan orang lain yang akan berinteraksi satu dengan yang lain.

Berdasarkan hal tersebut, maka manusia memiliki 3 kebutuhan dasar yaitu :

- a) kebutuhan informasi kesehatan yang tidak mampu pada saat diperlukan dan dapat digunakan.
- b) Kebutuhan untuk perawatan yang bertujuan untuk mencegah penyakit.
- c) Kebutuhan untuk perawatan ketika manusia tidak dapat membantu/merawat diri mereka sendiri.

Untuk memenuhi kebutuhan tersebut, King mengemukakan pendekatan teori yang terdiri dari komponen berikut ini :

- a) Reaksi adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat dari adanya aksi dan merupakan respon dari individu.
- b) Interaksi merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling mempengaruhi antara perawat dan klien yang terwujud dalam komunikasi.
- c) Transaksi merupakan kondisi dimana antara perawat dengan klien terjadi suatu persetujuan -dalam rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

## **E. Konseptual Model Betty Neuman: Model Sistem**

### **Biografi Betty Neuman**



Gambar Betty Neuman

Betty Neuman lahir pada tahun 1924 di sebuah peternakan dekat Lowell, Ohio. Tahun 1947 memperoleh diploma keperawatan dari People's Hospital School of Nursing, Akron, Ohio. Dia memperoleh gelar sarjana keperawatan dari UCLA dan juga belajar psikologi dan kesehatan masyarakat. Tahun 1966 memperoleh gelar master di bidang kesehatan mental dan konsultasi kesehatan masyarakat, juga dari UCLA, kemudian meraih gelar doktor dalam psikologi klinis pada tahun 1985 dari Pacific Western University. Dia telah mengajar keperawatan medis-bedah, perawatan kritis, dan keperawatan penyakit menular di University of Southern California Medical Center di Los Angeles dan di perguruan tinggi lain di Ohio dan West Virginia (Neuman & Fawcett, 2002 dalam (McEwen & Wills, 2011))

### **Perkembangan teori Betty Neuman**

Sistem model Neuman berdasarkan pada teori sistem dan menggambarkan kehidupan alamiah individu sebagai sistem terbuka (Bertalanffy, 1968 dalam (Tomey & Alligood, 2006) yang saling berinteraksi baik antar individu maupun dengan lingkungannya (Neuman, 1982 dalam (Tomey & Alligood, 2006)).

Neuman melakukan sintesis terhadap pengetahuan dari beberapa disiplin ilmu dan menggabungkannya dengan keyakinan filosofis dan pengalaman klinis yang dimilikinya terutama dalam

keperawatan jiwa. Neuman mengambil inspirasi dalam mengembangkan teorinya dari teori (Tomey & Alligood, 2006):

- a) Pierre Tielhard de Chardin, seorang theorist yang percaya bahwa manusia terus berkembang menuju kesempurnaan.
- b) Gestalt: seorang theorist asal Jerman yang mengemukakan bahwa interaksi dinamis dari seorang individu dan situasi menentukan pengalaman dan perilaku.
- c) *General Adaptation Syndrom*, menjelaskan tentang reaksi individu terhadap stress pada 3 level yaitu: alarm, resisten, kelelahan.
- d) *General System Theory*, mendalilkan bahwa dunia terdiri dari sistim yang saling berhubungan dan dipengaruhi satu sama lain.

Betty Neuman's System Model mengemukakan tentang cara pandang terhadap manusia sebagai makhluk holistik (memandang manusia secara keseluruhan) meliputi aspek (variable) fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual yang berhubungan secara dinamis seiring dengan adanya respon-respon sistem terhadap stressor baik dari lingkungan internal maupun eksternal.

Komponen utama dari model ini adalah adanya stress dan reaksi terhadap stress. Klien dipandang sebagai suatu sistem terbuka yang memiliki siklus input, proses, output dan feedback sebagai suatu pola organisasi yang dinamis. Dengan menggunakan perspektif sistem ini, maka kliennya bisa meliputi individu, kelompok, keluarga, komunitas atau kumpulan agregat lainnya dan dapat diterapkan oleh berbagai disiplin keilmuan.

Tujuan ideal dari model ini adalah untuk mencapai stabilitas sistem secara optimal. Apabila stabilitas tercapai maka akan terjadi revitalisasi dan sebagai sistem terbuka maka klien selalu berupaya untuk memperoleh, meningkatkan, dan mempertahankan keseimbangan diantara berbagai faktor, baik didalam maupun diluar sistem yang berupaya untuk mengusahakannya. Neuman menyebut gangguan-gangguan tersebut sebagai stressor yang memiliki dampak negatif atau positif. Reaksi terhadap stressor bisa potensial atau aktual melalui respon dan gejala yang diidentifikasi.

### **Konseptual Betty Neuman's System Model.**

Konsep yang dikemukakan oleh Betty Neuman adalah konsep "Health care system" yaitu model konsep yang menggambarkan aktifitas keperawatan yang ditujukan kepada penekanan penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri secara fleksibel atau normal maupun resistan dengan sasaran pelayanan adalah komunitas. Betty Newman mendefinisikan manusia secara utuh, merupakan gabungan dari konsep holistik dan pendekatan sistem terbuka.

Betty Neuman menyajikan aspek-aspek model sistemnya dalam suatu diagram lingkaran konsentris, yang meliputi variabel fisiologi, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual, struktur dasar/ pusat inti dan sumber energi, garis pertahanan, garis pertahanan normal, garis pertahanan tetap, stressor (faktor intra, inter dan ekstra personal), *prevention*/pencegahan primer, sekunder, tertier, serta *reconstitution*/ pemulihan.

### **Konsep Mayor dan Definisi Betty Neuman's System Model**

Konsep mayor dan definisi yang terdapat dalam Neuman's Sistem Model meliputi (Tomey & Alligood, 2006):

#### **Neuman's Sistem Model**

Betty Neuman mendefinisikan Neuman's Sistem Model dengan pernyataan sebagai berikut: Sistem Model Neuman menggambarkan perhatian perawat terhadap individu yang sehat maupun sakit sebagai sistem yang holistik dan berada pada lingkungan yang mempengaruhi kesehatannya. Perawat dan klien mempersepsikan stressor dan memperkuat sumber daya, klien bekerjasama dengan perawat untuk menyusun tujuan dan mengidentifikasi intervensi yang relevan. Individu, keluarga atau kelompok, komunitas, atau lingkungan sosial membentuk sistem klien, yang dilihat sebagai satu kesatuan yang saling berinteraksi dengan variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.

Konsep utama dalam model ini adalah pendekatan holistik, sistem terbuka (termasuk fungsi, input dan output, feedback,

negentropi, entropi dan stabilitas), lingkungan, lingkungan yang diciptakan, sehat dan sakit, sistem klien (termasuk lima variabel pada klien, struktur inti, garis resisten, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan fleksibel), stressor, tingkatan reaksi, pencegahan sebagai intervensi dan rekonstitusi.

#### 1. Pendekatan holistik

Sistem Model Neuman merupakan model dinamis, terbuka, menggunakan pendekatan sistem pada pengembangan perawatan pasien untuk menyediakan fokus yang menyeluruh dalam mendefinisikan problem keperawatan dan memberikan pemahaman yang terbaik terhadap klien dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Klien sebagai sistem dapat didefinisikan sebagai individu, keluarga, kelompok, komunitas atau isu sosial. Klien dipandang sebagai satu kesatuan dalam interaksi yang dinamis. Model Neuman mempertimbangkan semua variabel yang secara simultan mempengaruhi sistem klien yaitu: fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual.

#### 2. Sistem terbuka

Sebuah sistem merupakan sistem terbuka saat elemen-elemen yang berada didalamnya secara kontinyu saling menukar informasi dan energi didalam organisasinya yang kompleks. Stress dan reaksi terhadap stress merupakan komponen dasar dalam sistem terbuka.

#### 3. Fungsi atau proses

Klien sebagai sistem menukar energi, informasi dan banyak hal dengan lingkungannya dan menggunakan sumber daya energi yang tersedia di lingkungannya untuk menuju kondisi stabilitas dan keutuhannya.

#### 4. Input dan proses

Dalam memandang klien sebagai sistem maka input dan output adalah berbagai hal, energi dan informasi yang saling berinteraksi atau bertukar antara klien dan lingkungannya.

#### 5. Feedback

Output dari sistem, energy dan informasi digunakan sebagai feedback (umpan balik) pada input berikutnya untuk perbaikan

dalam melakukan perubahan, peningkatan atau stabilisasi pada sistem.

**6. Negentropi**

Neuman mendefinisikan negentropi adalah suatu proses konservasi/ penyimpanan energi yang membantu sistem bergerak menuju kondisi stabil dan sehat.

**7. Entropi**

Entropi sebagai suatu proses yang menghabiskan energi dan menyebabkan disorganisasi yang menggerakkan sistem menuju kondisi sakit atau kearah kematian.

**8. Stabilitas**

Stabilitas adalah keadaan seimbang ketika sistem dapat mengatasi stressor untuk mempertahankan tingkat kesehatan dan integritas yang optimal.

**9. Lingkungan**

Merupakan faktor-faktor internal dan eksternal yang berada disekitar dan mempengaruhi klien.

**10. Lingkungan yang diciptakan**

Lingkungan yang diciptakan merupakan lingkungan yang secara tidak sadar dibangun oleh klien untuk memperlihatkan keutuhan sistem dengan tujuan untuk menyediakan lingkungan yang aman bagi berlangsungnya fungsi sistem klien, dan menghindarkan klien dari stressor.

**11. Sistem klien**

Sistem klien meliputi lima variabel pada diri klien (fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual) yang berinteraksi dengan lingkungan dan membentuk sistem klien. Variabel fisiologis mengacu pada struktur tubuh atau organ tubuh dan fungsinya. Variabel psikologis mengacu pada proses mental dalam berinteraksi dengan lingkungan. Variabel sosiokultural mengacu pada efek dan pengaruh dari kondisi sosial dan budaya. Variabel perkembangan mengacu pada proses perkembangan sesuai usia. Variabel spiritual mengacu pada keyakinan spiritual dan pengaruhnya terhadap kehidupan klien.

## **Metaparadigma Teori Betty Neuman**

### **1. Manusia**

Betty Neuman memandang manusia secara keseluruhan/holistik sebagai sistem klien dan manusia itu adalah multidimensi yang berlapis. Setiap lapisan terdiri dari 5 variabel yaitu:

- 1) Fisiologis, melihat struktur fisik dan fungsi tubuh.
- 2) Psikologis, mengacu pada proses mental dan emosi.
- 3) Sosial budaya, mengacu pada hubungan dan sosial/ fungsi budaya dan aktivitas.
- 4) *Spiritual*, mengacu pada pengaruh keyakinan spiritual.
- 5) *Developmental* perkembangan, mengacu pada proses perkembangan kehidupan.

Lapisan biasanya diwakili oleh lingkaran konsentris, terdiri dari pusat inti, garis resistensi, garis pertahanan normal, dan garis pertahanan fleksibel.

#### **1) *Central core* / pusat inti**

Struktur dasar atau pusat inti terdiri dari faktor faktor kelangsungan hidup dasar yang umum/ mekanisme bertahan hidup. Faktor-faktor tersebut meliputi fungsi organ, kekuatan fisik, mengatur suhu, struktur genetik, pola respon, kemampuan kognitif, ego. Sistem manusia adalah sistem terbuka, oleh karena itu bersifat dinamis dan terus berubah dan berkembang. Stabilitas/ homeostasis terjadi ketika jumlah energi yang tersedia melebihi yang digunakan oleh sistem. Sistem homeostatik tubuh akan terus dalam suatu proses dinamis mulai dari input, output, umpan balik dan kompensasi yang mengarah ke keadaan keseimbangan.

#### **2) *Line of resistance* / garis resistensi**

Garis-garis perlawanan, melindungi struktur dasar/ pusat inti menjadi aktif ketika stress lingkungan menyerbu garis pertahanan normal. Jika garis resistensi efektif, sistem ini dapat menyusun kembali, dan jika garis resistensi tidak efektif, hilangnya energi yang dihasilkan dapat mengakibatkan kematian.

3) *Line of normal defence*/ garis pertahanan normal

Garis pertahanan normal merupakan pertahanan stabilitas sistem dari waktu ke waktu. Hal ini dianggap level yang biasa dari stabilitas dalam sistem. Garis pertahanan normal dapat berubah dari waktu ke waktu dalam respon untuk mengatasi/menanggapi lingkungan yang meliputi kecerdasan, sikap, pemecahan masalah dan mengatasi kemampuan.

4) *Lines of flexible defence*/ garis pertahanan fleksibel.

Garis pertahanan fleksibel adalah penghalang untuk luar/batas-batas luar ke garis pertahanan normal, garis perlawanan dan struktur inti. Garis pertahanan fleksibel akan menjaga sistem bebas dari stress dan tergantung pada jumlah istirahat, status gizi, serta kualitas dan kuantitas pengalaman stress seseorang. Jika garis pertahanan fleksibel gagal untuk memberikan perlindungan yang memadai terhadap garis pertahanan normal, maka garis perlawanan menjadi aktif. Garis pertahanan fleksibel bersifat dinamis dan dapat berubah dalam waktu yang relatif singkat.

## 2. Lingkungan

Menurut Neuman lingkungan adalah seluruh faktor-faktor internal dan eksternal yang berada di sekitar klien. Neuman mengatakan baik lingkungan internal maupun eksternal pada manusia memiliki hubungan yang harmonis dan keduanya mempunyai keseimbangan yang bervariasi, dimana keseimbangan atau keharmonisan antara lingkungan internal dan eksternal tersebut dipertahankan.

Pengaruh lingkungan terhadap klien atau sebaliknya bias berdampak positif atau negative. Reaksi seseorang terhadap stress tergantung pada kekuatan garis pertahanan. Ketika garis pertahanan gagal, reaksi yang dihasilkan tergantung pada kekuatan garis perlawanan.

Stressor yang berasal dari lingkungan meliputi 3 hal yaitu intrapersonal, interpersonal dan extrapersonal.

- a) Intrapersonal, terjadi dalam diri individu, misalnya infeksi, pikiran dan perasaan.
- b) Interpersonal, terjadi antara individu, misalnya harapan, peran.
- c) Extrapersonal, terjadi diluar individu, misalnya masalah pekerjaan dan keuangan.

Neuman membagi lingkungan menjadi 3 yaitu :

- 1) Lingkungan internal yaitu lingkungan intrapersonal yang ada dalam sistem klien.
- 2) Lingkungan eksternal yaitu lingkungan yang berada diluar sistem klien. Kekuatan-kekuatan dan pengaruh interaksi yang berada diluar sistem klien.
- 3) Lingkungan yang diciptakan merupakan pertukaran energi dalam sistem terbuka dengan lingkungan internal dan eksternal yang bersifat dinamis. Lingkungan ini tujuannya adalah untuk memberikan stimulus positif ke arah kesehatan klien.

### **3. Kesehatan**

Neuman mendefinisikan sehat/kesehatan adalah sebagai kondisi dimana semua bagian/variabel keseluruhan manusia selalu berada dalam keadaan harmoni. Sistem klien akan bergerak terhadap penyakit dan kematian bila lebih banyak energi yang dibutuhkan daripada yang tersedia. Sistem klien akan bergerak menuju kesehatan, bila lebih banyak energi yang tersedia daripada yang dibutuhkan.

### **4. Keperawatan**

Neuman melihat keperawatan sebagai profesi yang unik yang berkaitan dengan semua variabel yang mempengaruhi respon seseorang terhadap stressor. Manusia dilihat secara keseluruhan/ utuh, dan tugas perawat untuk menangani manusia secara utuh tersebut. Neuman mendefinisikan keperawatan sebagai tindakan yang membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mempertahankan tingkat kesehatan maksimum dan tujuan utamanya adalah stabilitas

klien/ sistem klien, melalui intervensi keperawatan untuk mengurangi stress. Neuman juga menyatakan bahwa persepsi perawat akan mempengaruhi perawatan yang diberikan, maka tidak hanya persepsi klien saja yang dinilai, tetapi persepsi perawat. Peran perawat terlihat dalam hal tingkat reaksi terhadap stres dan penggunaan intervensi primer, sekunder, tertier. Neuman mendefinisikan pencegahan sebagai intervensi keperawatan utama. Pencegahan berfokus pada menjaga stres dan respon stres yang menimbulkan efek yang merugikan pada tubuh. Pencegahan terdiri dari:

1) Pencegahan primer

Pencegahan primer berfokus pada melindungi garis pertahanan normal dan memperkuat garis pertahanan fleksibel. Pencegahan primer terjadi sebelum sistem bereaksi terhadap stressor dan memperkuat individu untuk memungkinkan dia mengatasi stres lebih baik dan memanipulasi lingkungan untuk mengurangi/ melemahkan stres. Pencegahan primer meliputi promosi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan.

2) Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder berfokus pada penguatan internal garis resistensi, mengurangi reaksi stres dan meningkatkan faktor-faktor resistensi untuk mencegah kerusakan pada pusat inti. Hal ini terjadi setelah sistem bereaksi terhadap stressor.

3) Pencegahan tertier

Pencegahan tertier berfokus pada readaptasi dan stabilitas, menjaga pemulihan atau kembali ke kesehatan setelah perawatan. Hal ini terjadi setelah sistem diobati melalui strategi pencegahan sekunder. Pencegahan tertier memberi dukungan untuk klien dan upaya untuk menambah energi pada sistem atau mengurangi energi yang diperlukan dalam rangka untuk memfasilitasi pemulihan.

## **F. Konseptual Model Sister Calista Roy: Model Adaptasi**

### **Biografi Sister Calista Roy**



Gambar Sister Calista Roy

Suster Callista Roy adalah anggota Suster Santo Yosef dari Carondelet. Dia menerima gelar BS dalam keperawatan dari Mount Saint Mary's College di Los Angeles, California, MS dalam keperawatan dari UCLA, dan gelar master dan doktor dalam sosiologi dari UCLA (Phillips dalam (McEwen & Wills, 2011)). Roy pertama kali mengusulkan RAM saat belajar untuk gelar masternya di UCLA. Dia telah menerima banyak penghargaan. Saat ini sebagai Ahli Teori Perawat Fakultas Pascasarjana di Boston College School of Nursing (Roy, 2009 dalam (McEwen & Wills, 2011)).

### **Teori Model Adaptasi Roy**

Asal mula dari model adaptasi Roy untuk keperawatan mengutip karya Harry Helson. Dalam teori adaptasi Helson, respon adaptif adalah suatu fungsi dari stimulus yang datang dan tingkat adaptif yang dimiliki seseorang. Stimulus adalah beberapa faktor yang dapat menimbulkan respon. Stimulus dapat timbul dari luar maupun dalam lingkungan. Tingkat adaptasi dibentuk dari efek yang disatukan dari tiga kelas stimulus sebagai berikut :

- a. Stimulus fokal
- b. Stimulus kontekstual
- c. Stimulus Residual

## **Konsep Utama dan Definisi Model Adaptasi Roy**

### **Sistem**

Sistem adalah satu set dari beberapa bagian yang berhubungan dengan keseluruhan fungsi untuk beberapa tujuan dan juga berkaitan dengan beberapa bagiannya. Dengan kata lain bahwa untuk memiliki keseluruhan bagian-bagian yang saling berhubungan, system juga memiliki input, output, control dan proses umpan balik.

### **Tingkat Adaptasi**

Tingkat adaptasi mewakili kondisi dari proses kehidupan yang menggambarkan ttiga tingkatan yaitu integrasi, kompensasi dan kompromi. Tingkat adaptasi seseorang adalah perubahan yang konstan yang terbentuk dari stimulus fokal, kontekstual dan residual yang mewakili standar seseorang dalam rentang stimulus yang dapat direspon oleh orang tersebut dengan respon adaptif yang biasa dilakukan.

### **Masalah adaptasi**

Masalah-masalah adaptasi, adalah area yang luas yang berhubungan dengan adaptasi hal ini menjelaskan kesulitan berhubungan dengan indicator dari adaptasi yang positif. Roy mengatakan sebagai berikut, dapat dicatat pada poin ini bahwa kejelasan yang dibuat antara masalah adaptasi dan diagnosa keperawatan didasarkan pada perkembangan kedua bidang tersebut. Masalah adaptasi tidak dianggap sebagai masalah keperawatan tetapi sebagai area fokus keperawatan yang berhubungan dengan adaptasi seseorang atau kelompok.

### **Stimulus Fokal**

Stimulus fokal adalah stimulus internal dan eksternal yang paling segera mengkonfrontasi sistem manusia.

### **Stimulus kontekstual**

Stimulus kontekstual adalah keseluruhan stimulus lain yang timbul pada situasi serta berkontribusi terhadap efek dari fokal stimuli.

Stimulus kontekstual adalah keseluruhan faktor lingkungan yang ada pada seseorang baik dari dalam maupun dari luar tapi bukan merupakan pusat perhatian atau energi seseorang.

### **Stimulus residual**

Stimulus residual adalah faktor lingkungan yang berasal dari dalam dan luar sistem manusia dengan efek pada situasi terakhir yang masih belum jelas

### **Proses Koping**

Proses koping, adalah cara interaksi bawaan atau cara interaksi yang dipelajari seiring perubahan lingkungan yang terjadi.

### **Mekanisme Koping Bawaan**

Mekanisme koping bawaan, ditentukan oleh sifat genetik yang dimiliki atau umum pada suatu spesies dan secara umum dipandang sebagai proses yang terjadi otomatis tanpa dipikirkan sebelumnya oleh manusia.

### **Mekanisme Koping Yang Dipelajari**

Mekanisme koping yang dipelajari, dikembangkan melalui strategi seperti melalui pembelajaran. Pengalaman-pengalaman yang ditemui selama menjalani kehidupan berkontribusi terhadap respon yang biasanya dipergunakan terhadap stimulus yang dihadapi.

### **Subsistem Regulator**

Subsistem regulator, adalah proses koping utama sistem neural, kimia, dan endokrin. Subsistem kognator, adalah proses koping utama yang terdiri dari empat channel kognisi-emosi, proses informasi dan perceptual, pembelajaran, penilaian, dan emosi.

### **Respon Adaptif**

Respon adaptif, adalah keseluruhan yang meningkatkan integritas dalam batasan yang sesuai dengan tujuan "human system" .

## **Respon inefektif**

Respon inefektif, yaitu egala sesuatu yang tidak memberikan kontribusi yang sesuai dengan tujuan “human system.”

## **Asumsi Mayor Model Adaptasi Roy**

Menurut Roy terdapat empat objek utama dalam ilmu keperawatan, yaitu (Tomey & Alligood, 2006):

### **1. Manusia**

Roy mengemukakan bahwa manusia sebagai sebuah sistem adaptif. Sebagai suatu sistem adaptif, manusia dapat digambarkan secara holistik sebagai satu kesatuan yang mempunyai input, kontrol, out put dan proses umpan balik. Proses kontrol adalah mekanisme koping yang dimanifestasikan dengan cara-cara adaptasi. Lebih spesifik manusia didefinisikan sebagai sebuah sistem adaptif dengan aktivitas kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi dalam empat cara-cara adaptasi yaitu : fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Dalam model adaptasi keperawatan, manusia dijelaskan sebagai suatu sistem yang hidup, terbuka dan adaptif yang dapat mengalami kekuatan dan zat dengan perubahan lingkungan. Sebagai sistem adaptif manusia dapat digambarkan dalam istilah karakteristik sistem, jadi manusia dilihat sebagai satu-kesatuan yang saling berhubungan antara unit fungsional secara keseluruhan atau beberapa unit fungsional untuk beberapa tujuan (Tomey & Alligood, 2006). Input pada manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah dengan menerima masukan dari lingkungan luar dan lingkungan dalam diri individu itu sendiri. Input atau stimulus termasuk variabel standar yang berlawanan yang umpan baliknya dapat dibandingkan. Variabel standar ini adalah stimulus internal yang mempunyai tingkat adaptasi dan mewakili dari rentang stimulus manusia yang dapat ditoleransi dengan usaha-usaha yang biasa dilakukan. Proses kontrol manusia sebagai suatu sistem adaptasi adalah mekanisme koping. Dua mekanisme koping yang telah diidentifikasi yaitu : subsistem regulator dan subsistem

kognator. Regulator dan kognator digambarkan sebagai aksi dalam hubungannya terhadap empat efektor atau cara-cara adaptasi yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependen (Tomey & Alligood, 2006)

## 2. Keperawatan

Roy mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respon adaptasi berhubungan dengan empat mode respon adaptasi. Perubahan internal dan eksternal dan stimulus input tergantung dari kondisi koping individu. Kondisi koping seseorang atau keadaan koping seseorang merupakan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Fokal adalah suatu respon yang diberikan secara langsung terhadap ancaman/input yang masuk. Penggunaan fokal pada umumnya tergantung tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristik/riwayat dari seseorang yang ada dan timbul relevan dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif (Tomey & Alligood, 2006).

## 3. Konsep Sehat

Roy mendefinisikan sehat sebagai suatu continuum dari meninggal sampai tingkatan tertinggi sehat. Dia menekankan bahwa sehat merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya dan menjadikan dirinya secara terintegrasi secara keseluruhan, fisik, mental dan social. Integritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan mempertahankan pertumbuhan dan reproduksi. Sakit adalah suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan luar individu. Kondisi sehat dan sakit sangat individual dipersepsikan oleh individu. Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) tergantung dari latar belakang individu

tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya dan lain-lain (Tomey & Alligood, 2006).

#### 4. Konsep Lingkungan

Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua kondisi yang berasal dari internal dan eksternal, yang mempengaruhi dan berakibat terhadap perkembangan dari perilaku seseorang dan kelompok. Lingkungan eksternal dapat berupa fisik, kimiawi, ataupun psikologis yang diterima individu dan dipersepsikan sebagai suatu ancaman. Sedangkan lingkungan internal adalah keadaan proses mental dalam tubuh individu (berupa pengalaman, kemampuan emosioanal, kepribadian) dan proses stressor biologis (sel maupun molekul) yang berasal dari dalam tubuh individu. manifestasi yang tampak akan tercermin dari perilaku individu sebagai suatu respons. Pemahaman yang baik tentang lingkungan akan membantu perawat dalam meningkatkan adaptasi dalam merubah dan mengurangi resiko akibat dari lingkungan sekitar (Tomey & Alligood, 2006).

## **BAB 9**

### **TOKOH TEORI KEPERAWATAN**

Ruang lingkup tokoh teori keperawatan adalah:

- a. Model Teori Ida Jean Orlando : Teori Proses Keperawatan.
- b. Model Teori Nola J Pender : Model Promosi Kesehatan
- c. Model Teori Rosemarie Rizzo Parse : Menjadi Manusia
- d. Model Teori Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain : Modeling and role-modeling
- e. Model Teori Medeleine Leininger : Transkultural Keperawatan
- f. Model Teori Margareth A Neuman : Kesehatan sebagai perluasan kesadaran

#### **A. Model Teori Ida Jean Orlando : Teori Proses Keperawatan**

##### **Biografi Ida Jean Orlando**



Gambar Ida Jean Orlando

Ida Jean Orlando-Pelletier (12 Agustus 1926 – 28 November 2007) adalah seorang perawat, ahli teori, dan peneliti kesehatan psikiatri yang dikenal secara internasional yang mengembangkan Teori Proses Keperawatan. Tahun 1947 lulus diploma keperawatan dari Flower Fifth Avenue Hospital School of Nursing di New York. Tahun 1951 lulus Bachelor of Science dalam keperawatan kesehatan masyarakat dari Universitas St. John di Brooklyn, New York. Tahun 1954 lulus Master of Arts dalam konsultasi kesehatan mental dari Teachers College, Columbia University (Gonzalo, 2021a).

## **Asumsi Orlando Tentang Metaparadigma Keperawatan**

Orlando mengenai empat area yang ditekuninya yaitu:

### **1. Perawat**

Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien.

### **2. Manusia**

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.

### **3. Sehat**

Orlando tidak mendefinisikan tentang sehat, tetapi berasumsi bahwa bebas dari ketidaknyamanan fisik dan mental dan merasa adekuat dan sejahtera berkontribusi terhadap sehat. Perasaan adekuat dan sejahtera dalam memenuhi kebutuhannya berkontribusi terhadap sehat.

### **4. Lingkungan**

Orlando berasumsi bahwa lingkungan merupakan situasi keperawatan yang terjadi ketika perawat dan pasien berinteraksi, dan keduanya mempersepsikan, berfikir, dan merasakan dan bertindak dalam situasi yang bersifat segera. Pasien dapat mengalami distress terhadap lingkungan terapeutik dalam mencapai tujuannya, perawat perlu mengobservasi perilaku pasien untuk mengetahui tanda-tanda distress.

## **Konsep Teori Proses Keperawatan Ida Jean Orlando**

Teori keperawatan Orlando menekankan ada hubungan timbal balik antara pasien dan perawat, apa yang mereka katakan dan kerjakan akan saling mempengaruhi. Dan sebagai orang pertama yang mengidentifikasi dan menekankan elemen-elemen pada proses keperawatan dan hal-hal kritis penting dari partisipasi pasien dalam proses keperawatan. Proses aktual interaksi perawat-pasien sama halnya dengan interaksi antara dua orang. Ketika perawat menggunakan proses ini untuk mengkomunikasikan reaksinya dalam merawat pasien, Orlando menyebutnya sebagai Disiplin proses keperawatan. Itu merupakan alat yang dapat perawat gunakan untuk melaksanakan fungsinya dalam merawat pasien.

Orlando menggambarkan model teorinya dengan lima konsep utama yaitu fungsi perawat profesional, mengenal perilaku pasien, respon internal atau kesegaraan, disiplin proses keperawatan serta kemajuan.

### **1) Tanggung jawab perawat**

Tanggung jawab perawat yaitu membantu apapun yang pasien butuhkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (misalnya kenyamanan fisik dan rasa aman ketika dalam mendapatkan pengobatan atau dalam pemantauan). Perawat harus mengetahui kebutuhan pasien untuk membantu memenuhinya. Perawat harus mengetahui benar peran profesionalnya, aktivitas perawat profesional yaitu tindakan yang dilakukan perawat secara bebas dan bertanggung jawab guna mencapai tujuan dalam membantu pasien. Ada beberapa aktivitas spontan dan rutin yang bukan aktivitas profesional perawat yang dapat dilakukan oleh perawat, sebaiknya hal ini dikurangi agar perawat lebih terfokus pada aktivitas-aktivitas yang benar-benar menjadi kewenangannya.

- 2) Mengenal perilaku pasien  
Mengenal perilaku pasien yaitu dengan mengobservasi apa yang dikatakan pasien maupun perilaku nonverbal yang ditunjukkan pasien.
- 3) Reaksi segera  
Reaksi segera meliputi persepsi, ide dan perasaan perawat dan pasien. Reaksi segera adalah respon segera atau respon internal dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan.
- 4) Disiplin proses keperawatan  
Disiplin proses keperawatan sebagai interaksi total (*totally interactive*) yang dilakukan tahap demi tahap, apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut dan tindakan yang harus dilakukan, mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk membantunya serta untuk melakukan tindakan yang tepat.
- 5) Kemajuan / peningkatan  
Peningkatan berarti tumbuh lebih, pasien menjadi lebih berguna dan produktif.

### **Disiplin Proses Keperawatan Dalam Teori Proses Keperawatan**

Seperti yang telah diuraikan diatas bahwa disiplin proses keperawatan dalam teori proses keperawatan dikenal dengan sebutan proses keperawatan. Disiplin proses keperawatan meliputi komunikasi perawat kepada pasiennya yang sifatnya segera, mengidentifikasi permasalahan klien yang disampaikan kepada perawat, menanyakan untuk validasi atau perbaikan (Tomey & Alligood, 2006). Disiplin proses keperawatan didasarkan pada proses bagaimana seseorang bertindak. Tujuan dari proses disiplin ketika digunakan antara perawat dan pasien adalah untuk membantu pemenuhan kebutuhan pasien. Peningkatan perilaku pasien merupakan indikasi dari pemenuhan kebutuhan sebagai hasil yang diharapkan.

#### **1. Perilaku Pasien**

Disiplin proses keperawatan dilaksanakan sesuai dengan perilaku pasien. Seluruh perilaku pasien yang tidak sesuai dengan permasalahan dapat dianggap sebagai ekspresi yang membutuhkan pertolongan, ini sangat berarti pada pasien tertentu dalam kondisi gawat harus dipahami. Orlando menekankan hal ini pada prinsip pertamanya "dengan diketahuinya perilaku pasien, atau tidak diketahuinya yang seharusnya ada hal tersebut menunjukkan pasien membutuhkan suatu bantuan".

Perilaku pasien dapat verbal dan non verbal. Inkonsistensi antara dua perilaku ini dapat dijadikan faktor kesiapan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien. Perilaku verbal yang menunjukkan perlunya pertolongan seperti keluhan, permintaan, pertanyaan, kebutuhan dan lain sebagainya. Sedangkan perilaku nonverbal misalnya heart rate, edema, aktivitas motorik: senyum, berjalan, menghindari kontak mata dan lain sebagainya. Walaupun seluruh perilaku pasien dapat menjadi indikasi perlunya bantuan tetapi jika hal itu tidak dikomunikasikan dapat menimbulkan masalah dalam interaksi perawat-pasien. Tidak efektifnya perilaku pasien merupakan indikasi dalam memelihara hubungan perawat-pasien, ketidakakuratan dalam mengidentifikasi kebutuhan pasien yang diperlukan perawat, atau reaksi negatif pasien terhadap tindakan perawat. Penyelesaian masalah tidak efektifnya perilaku pasien layak diprioritaskan. Reaksi dan tindakan perawat harus dirancang untuk menyelesaikan perilaku seperti halnya memenuhi kebutuhan yang emergensi

## 2. Reaksi Perawat

Perilaku pasien menjadi stimulus bagi perawat, reaksi ini terdiri dari 3 bagian yaitu pertama perawat merasakan melalui indranya, kedua yaitu perawat berfikir secara otomatis, dan ketiga adanya hasil pemikiran sebagai suatu yang dirasakan. Contoh perawat melihat pasien merintih, perawat berfikir bahwa pasien mengalami nyeri kemudian memberikan perhatian

Persepsi, berfikir, dan merasakan terjadi secara otomatis dan hampir simultan. Oleh karena itu perawat harus relajar mengidentifikasi setiap bagian dari reaksinya. Hal ini akan membantu dalam menganalisis reaksi yang menentukan mengapa ia berespon demikian. Perawat harus dapat menggunakan reaksinya untuk tujuan membantu pasien.

Disiplin proses keperawatan menentukan bagaimana perawat membagi reaksinya dengan pasien. Orlando menawarkan prinsip untuk menjelaskan penggunaan dalam hal berbagi beberapa observasi dilakukan dan dieksplorasi dengan pasien adalah penting untuk memastikan dan memenuhi kebutuhannya atau mengenal yang tidak dapat dipenuhi oleh pasien pada waktu itu.

Orlando menyampaikan 3 kriteria untuk memastikan keberhasilan perawat dalam mengeksplor dan bereaksi dengan pasien, yaitu;

- a. Perawat harus menemuinya dan konsisten terhadap apa yang dikatakannya dan mengatakan perilaku nonverbalnya kepada pasien
  - b. Perawat harus dapat mengkomunikasikannya dengan jelas terhadap apa yang akan diekspresikannya
  - c. Perawat harus menanyakan kembali kepada pasien langsung untuk perbaikan atau klarifikasi.
3. Tindakan Perawat

Setelah mevalidasi dan memperbaiki reaksi perawat terhadap perilaku pasien, perawat dapat melengkapi proses disiplin dengan tindakan keperawatan, Orlando menyatakan bahwa apa yang dikatakan dan dilakukan oleh perawat dengan atau untuk kebaikan pasien adalah merupakan suatu tindakan profesional perawatan. Perawat harus menentukan tindakan yang sesuai untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien. Prinsip yang menjadi petunjuk tindakan menurut Orlando yaitu perawat harus mengawali dengan mengeksplorasi untuk memastikan bagaimana mempengaruhi pasien melalui tindakan atau kata-katanya.

Perawat dapat bertindak dengan dua cara yaitu: tindakan otomatis dan tindakan terencana. Hanya tindakan terencana yang memenuhi fungsi profesional perawat. Sedangkan tindakan otomatis dilakukan bila kebutuhan pasien yang mendesak, misalnya tindakan pemberian obat atas intruksi medis. Dibawah ini merupakan kriteria tindakan keperawatan yang direncanakan:

- a. Tindakan merupakan hasil dari indentifikasi kebutuhan pasien dengan memvalidasi reaksi perawat terhadap perilaku pasien.
- b. Perawat menjelaskan maksud tindakan kepada pasien dan sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien.
- c. Perawat memvalidasi efektifitas tindakan, segera setelah dilakukan secara lengkap.
- d. Perawat membebaskan stimulasi yang tidak berhubungan dengan kebutuhan pasien ketika melakukan tindakan.

Tindakan otomatis tidak akan memenuhi kriteria tersebut. Beberapa contoh tindakan otomatis tindakan rutinitas, melaksanakan instruksi dokter, tindakan perlindungan kesehatan secara umum. Semua itu tidak membutuhkan validasi reaksi perawat.

#### 4. Fungsi profesional

Tindakan yang tidak profesional dapat menghambat perawat dalam menyelesaikan fungsi profesionalnya, dan dapat menyebabkan tidak adekuatnya perawatan pasien. Perawat harus tetap menyadari bahwa aktivitas termasuk profesional jika aktivitas tersebut direncanakan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan pasien.

Disiplin proses keperawatan adalah serangkaian tindakan dengan suatu perilaku pasien yang membutuhkan bantuan. Perawat harus bereaksi terhadap perilaku pasien dengan mempersepsikan, berfikir dan merasakan. Perawat membagi aspek reaksinya dengan pasien, meyakinkan bahwa tindakan verbal dan nonverbalnya adalah konsisten dengan reaksinya, dan mengidentifikasi reaksi sebagai dirinya sendiri, dan perawat

mengunjungi pasien untuk memvalidasi reaksinya. Membagi reaksinya oleh perawat membantu pasien untuk menggunakan proses yang sama agar lebih efektif perlu komunikasinya. Selanjutnya tindakan yang sesuai untuk menyelesaikan kebutuhan adalah saling menguntungkan anatar pasien dan perawat. Setelah perawat bertindak, perawat segera katakan kepada pasien jika tindakannya berhasil interaksi. Secara keseluruhan interaksi, perawat meyakinkan bahwa perawat bebas terhadap stimulasi tambahan yang bertentangan dengan reaksinya terhadap pasien.

## **B. Model Teori Nola J Pender : Model Promosi Kesehatan**

### **Biografi Nola J. Pender**



Gambar Nola J. Pender

Nola J. Pender (1941– sekarang) adalah seorang ahli teori keperawatan yang mengembangkan Model Promosi Kesehatan pada tahun 1982. Dia seorang penulis dan profesor emeritus keperawatan di University of Michigan. Tahun 1982 pertama kali menerbitkan Model Promosi Kesehatan. Model Promosi Kesehatannya menunjukkan tindakan pencegahan kesehatan dan menggambarkan fungsi kritis perawat dalam membantu pasien mencegah penyakit dengan perawatan diri dan alternatif. Nola Pender memasuki School of Nursing di West Suburban Hospital di Oak Park, Illinois, dan lulus diploma keperawatan tahun 1962. Tahun 1965 lulus master dalam pertumbuhan dan perkembangan manusia dari universitas yang sama. Dia melanjutkan S3 di

Universitas Northwestern di Evanston, Illinois, pada tahun 1969 (Gonzalo, 2021c).

Teori model promosi kesehatan (*Health Promotion Model*) disintesis oleh Pender dari sumber keperawatan, psikologi, dan kesehatan masyarakat yang kemudian menjadi teori model perilaku sehat, khususnya pada sasaran dewasa dan dewasa muda. Model Promosi Kesehatan adalah suatu cara untuk menggambarkan interaksi manusia dengan lingkungan fisik dan interpersonalnya dalam berbagai dimensi. Model ini mengintegrasikan teori nilai harapan (*Expectancy-value*) dan teori kognitif sosial (*Social Cognitive Theory*) dalam perspektif keperawatan manusia dilihat sebagai fungsi yang holistik.

Menurut Pender promosi kesehatan meliputi mendorong gaya hidup yang lebih sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, memperkuat tindakan masyarakat, mengorientasikan kembali pelayanan kesehatan dan membangun kebijakan publik yang sehat.

### **Asumsi Utama Teori Nola J. Pender**

Asumsi utama dari Nola J. Pender adalah sbb:

- a. Manusia mencoba menciptakan kondisi agar mereka tetap hidup dan dapat mengekspresikan keunikannya.
- b. Manusia mempunyai kapasitas untuk merefleksikan kesadaran dirinya, termasuk penilaian terhadap kemampuannya.
- c. Manusia menilai perkembangan sebagai suatu nilai yang positif.
- d. Setiap individu secara aktif berusaha mengatur perilakunya.
- e. Individu dalam biopsikososial yang kompleks berinteraksi dengan lingkungannya secara terus menerus, menjelmakan lingkungan yang diubah secara terus-menerus.
- f. Profesional kesehatan merupakan bagian dari lingkungan interpersonal yang berpengaruh terhadap manusia sepanjang hidupnya.
- g. Memulai Pembentukan kembali konsep diri manusia dengan lingkungan adalah penting untuk perubahan perilaku.

## C. Model Teori Rosemarie Rizzo Parse: Menjadi Manusia

### Biografi Rosemarie Rizzo Parse



Gambar Rosemarie Rizzo Parse

Parse menempuh pendidikan di Duquesne University di Pittsburgh, Pennsylvania, dan memperoleh gelar master dan doktoralnya dari University of Pittsburgh. Parse menjadi dekan di College of Nursing di Duquesne, dan saat ini menjadi Profesor dan Ketua Niehoff di Loyola University di Chicago, Illinois. Dia adalah pendiri dan editor *Nursing Science Quarterly*, dan presiden *Discovery International*, yang mensponsori konferensi teori keperawatan internasional. Dia juga pendiri *Institute of Human Becoming*, di mana dia mengajarkan aspek ontologis, epistemologis, dan metodologis dari aliran pemikiran *Human Becoming* (McEwen & Wills, 2011).

### Konsep Teori Rosemarie Rizzo Parse

Teori ini merupakan sintesa dari *unitary human being* yang dikembangkan oleh Marta E Rogers dan esensi fenomena diambil dari pemikiran teorist Marti Heidegger, Jean-Paul Sartre dan Merleau-Ponty. Parse melihat keperawatan dari segi Manusia tidak bisa dianggap sebagai sistem yang terpisah. Parse mendeklarasikan bahwa manusia merupakan makhluk yang utuh atau menyeluruh dalam suatu kehidupan (*a living unity*).

Teori Parse menjelaskan adanya interelasi antara manusia dan lingkungan pada saat menghadapi masalah kesehatan. Esensi dari teori Parse yaitu (1) Interelasi manusia dan lingkungan, (2)

peningkatan kesehatan, (3) kebebasan untuk memilih alternatif pemecahan masalah pada saat menghadapi situasi (memberi kebebasan manusia untuk menjadi apa dan bagaimana). Esensi teori Parse dapat dijelaskan dibawah ini:

- a. Interelasi manusia dan lingkungan  
Manusia merupakan sistem terbuka, berusaha mencari tahu, dan bisa menerima segala informasi. Manusia dianggap terlibat dengan kondisi natural alamiah secara terbuka. Manusia dapat menolak terhadap kondisi yang ada disekitarnya sesuai dengan nilai-nilai yang dimiliki oleh manusia.
- b. Peningkatan kesehatan  
Ide ini muncul pada saat melihat situasi yang berhubungan dengan manusia dan hidup berdampingan dengan orang lain sehingga manusia tahu akan dirinya secara komprehensif
- c. Kebebasan memilih

### **Paradigma Keperawatan Menurut Parse**

#### **Keperawatan**

Memandu individu dan keluarga untuk berbagi dan menemukan makna personal dari situasi kehidupan kesehatan mereka.

#### **Klien**

Setiap orang atau keluarga yang peduli dengan kualitas situasi hidup mereka, manusia di pandang sebagai mahluk yang utuh yang di pengaruhi oleh pengalaman hidup yang lalu dan sekarang, yang berinteraksi dengan lingkungan melalui pilihan-pilihan dan tanggung jawab terhadap pilihan tersebut.

#### **Kesehatan**

Proses dari pengalaman hidup yang di singkap yang terus-menerus berubah termasuk sintesis nilai-nilai dan cara hidup

#### **Lingkungan**

Tempat yang tidak di definisikan, tetapi setiap tempat yang berkaitan dengan kesehatan.

### **Asumsi Teori Parse**

Asumsi teori Parse adalah sebagai berikut:

- a. Manusia hidup bersama sekaligus turut menyusun pola ritmik dengan lingkungan
- b. Manusia adalah makhluk terbuka, bebas memilih makna dalam situasi, mengemban tanggung jawab atas keputusan
- c. Manusia adalah keutuhan hidup yang secara kontinyu turut menyusun pola berhubungan
- d. Manusia adalah makhluk unggul multidimensi dengan berbagai kemungkinan
- e. Kesehatan adalah proses penyesuaian yang terbuka yang dialami oleh manusia
- f. Kesehatan adalah proses penyusunan bersama secara ritmik dan hubungan manusia-lingkungan
- g. Kesehatan adalah pola manusia menghubungkan prioritas yang berharga
- h. Kesehatan adalah proses keunggulan intersubjektif disertai berbagai kemungkinan.
- i. Kesehatan adalah peningkatan negatropik manusia yang utuh.

### **Prinsip-prinsip Teori Parse**

Prinsip-prinsip Teori Parse sebagai berikut:

#### **a. Prinsip 1 : Structuring**

Prinsip ini menunjukkan bahwa realita secara berkesinambungan diciptakan nilai-nilai dan gambar-gambar atau simbol. Tiga konsep yang terkandung dalam prinsip structuring adalah

##### 1) Imaging

Imaging adalah pandangan individu terhadap realita. Parse mengatakan bahwa manusia secara satu padu ingin mengetahui dan mencari jawaban dan mengkhayalkan sesuatu. Imaging adalah interpretasi seseorang terhadap makna, kemungkinan dan konsekuensi. Perawat tidak dapat secara komplit mengetahui imaging yang lainnya, tetapi mereka dapat mengeksplorasi, menghargai dan menjadi saksi perjuangan seseorang dalam proses pembentukan, eksplorasi, integrasi, penolakan, dan interpretasi.

2) Valuing

Merupakan konsep yang menekankan tentang bagaimana seseorang menetapkan keyakinan perspektif personal dan pandangan dunia. Manusia secara kontinu mengkonfirmasi keyakinan dan membuat suatu keputusan tentang apa yang mereka pikirkan, lakukan, dan rasakan serta pilihan ini konsisten dengan pilihan prioritas.

3) Languaging

Languaging adalah konsep yang terkait dengan bagaimana manusia mensymbolisasi dan mengekspresikan realita gambaran mereka dan prioritas nilai mereka.

**b. Prinsip 2 : Cocreating**

Prinsip ini berarti bahwa manusia secara kontinyu memiliki irama yang terbentang dari pola-pola yang turut menyusun interaksi dengan dunia, yang termasuk mengungkapkan-menyembunyikan, menyembunyikan-membatasi, menghubungkan -memisahkan.

Tiga konsep yang terkandung prinsip Cocreating adalah

1) Revealing–Concealing (mengungkapkan–menyembunyikan).

Merupakan cara keterbukaan seseorang dalam menjaga rahasia, bagaimana manusia menentukan akan berbagi dan menyimpan pesan tentang apa yang mereka pikirkan.

2) Enabling – Limiting (memungkinkan – membatasi)

Mempresentasikan kebebasan dan kesempatan yang dihadapi dalam keterbatasan pilihan dalam setiap kehidupan. Perawat dapat membantu individu atau klien untuk mempertimbangkan pilihan dan mengantisipasi konsekuensi dari pilihan yang sulit.

3) Connecting – Separating (menghubungkan – memisahkan)

Pola diciptakan untuk merealisasikan prioritas nilai. Perawat mempelajari pola seseorang dalam Connecting–Separating dengan bertanya tentang hubungan penting dan proyek diantara mereka.

### c. Prinsip 3 : Cotranscending

Prinsip ini menunjukkan bahwa manusia melebihi interelasi yang sebenarnya dan mendorong kearah masa depan dengan mewujudkan maksud dan tindakan kearah kemungkinan. Transformasi terjadi melalui originasi dan menguasai, suatu proses pertukaran manusia, lingkungan, energi, dengan pengakuan terhadap pembuktian diri yang terus menerus. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan kualitas kehidupan yang dirasakan oleh individu dan keluarga. Parse menguraikan tiga dimensi sehat: memperjelas makna, mensinkronkan irama, dan memindahkan transedensi.

Tiga konsep utama dari prinsip Cotranscending yaitu:

#### 1) *Powering*

Merupakan konsep yang menguraikan tentang makna kegigihan dalam hidup dan keinginan untuk pergi meskipun ada kekurangan dan penipuan. Powering merupakan pemaksaan usaha untuk mendorong perilaku hidup dengan tujuan dan menahan apa yang diharapkan. Perawat dapat membantu proses bersama dengan klien mengeksplere isu, konflik dan pilihan.

#### 2) *Originating*

Originating adalah konsep tentang manusia yang unik dan memegang 2 paradoks yaitu menyesuaikan diri / tidak menyesuaikan diri dan kepastian / ketidakpastian.

#### 3) *Transforming*

Merupakan konsep tentang perubahan yang sengaja dan perpindahan pandangan yang dilakukan manusia terhadap kehidupan mereka. Transforming merupakan karakteristik perubahan yang sedang terjadi pada proses mutual dan ketulusan hati manusia unttuk merubah secara langsung dalam menaruh harapan dan cita-cita / mimpi.

#### **D. Model Teori Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain : Modeling and Role-Modeling**

Teori ini dikemukakan oleh Erickson, Tomlin dan Swain(1983). Teori *modelling and role-modeling* adalah teori keperawatan yang cukup spesifik untuk memberi pedoman pada praktik keperawatan tapi juga cukup abstrak untuk diturunkan dalam *middle range theory*. Teori ini diturunkan dari teori tentang perkembangan, kebutuhan *inherent* dan stressor, dan dari teori adaptasi. Perawat dan klien berada dalam suatu hubungan, dan perawat belajar dari klien tentang dunia mereka. Ketika perawat dan klien memahami situasi dengan lebih jernih, sumber daya – sumber daya diidentifikasi yang menggerakkan klien untuk mencapai tujuan berupa tindakan perawatan diri untuk memenuhi kebutuhan klien. Landasan teori yang digunakan dalam teori ini meliputi teori Maslow, Erikson, Piaget, Bowlby, Winnicott, Engel, Lindemann, Selye, Lazarus dan Seligman. Pandangan teori ini terhadap konsep sentral ilmu keperawatan adalah sebagai berikut:

#### **Paradigma Keperawatan Menurut Erickson, Tomlin, & Swain Manusia**

Manusia/individu terdiri dari subsistem kognitif, biofisik, sosial dan psikologikal yang disokong oleh faktor genetik dan dorongan spiritual. Interaksi yang berkelanjutan dari subsistem ini menghasilkan sistem yang holistik dan dinamik yang lebih besar daripada jumlah bagian-bagian tadi.

Manusia berada dalam suatu keadaan perubahan yang kontinyu dan memiliki dorongan *inherent* yang memotivasi perilaku. Hal ini meliputi dorongan untuk memuaskan kebutuhan, beradaptasi, dan tumbuh sesuai dengan perkembangannya. Menurut Erickson, Tomlin dan Swain, pertumbuhan didefinisikan sebagai perubahan pada tubuh pikiran dan jiwa yang terjadi sepanjang waktu dan memfasilitasi perkembangan individu. Ketika individu diberi informasi yang perlu dan dukungan emosional yang adekuat serta diberdayakan untuk membuat keputusan yang

memuaskan, maka pertumbuhan dan perkembangan terjadi dan kesehatan dapat ditingkatkan.

### **Kesehatan**

Kesehatan dipengaruhi oleh interaksi dinamik tersebut, merupakan suatu persepsi tentang keadaan yang baik. Sekalipun keadaan fisik mempengaruhi persepsi sehat, seseorang dapat mencapai tingkatan yang tinggi dari keadaan yang baik saat dia sedang dalam keadaan menjelang kematian. Karena itu, kesehatan dapat didefinisikan sebagai suatu perasaan dari keadaan baik yang dinamik dan eudaemonistic yang dihubungkan dengan pemenuhan diri sendiri dan kesadaran obyektif dari realitas suatu keadaan yang terjadi saat ini.

### **Keperawatan**

Perawat memfasilitasi hubungan interpersonal dan interaktif dengan klien. Selama proses ini, perawat mendorong klien untuk mengidentifikasi, mengembangkan dan memobilisasi sumber daya internal dan eksternal - dimana sumber daya ini berguna untuk mengkopling stresor yang terjadi dalam hidup klien - untuk bertumbuh dan sembuh. Faktor paling penting dalam hubungan ini adalah penerimaan tanpa syarat dari perawat. Erickson, Tomlin dan Swain menyatakan bahwa diterima sebagai suatu individu yang unik, berharga dan penting. Hal ini bisa tercapai bila individu difasilitasi dalam mengembangkan potensinya.

*Modeling* adalah untuk mencapai pemahaman tentang dunia klien dengan memandang dari perspektif klien. *Role Modeling* berbasis pada suatu asumsi dimana manusia menginginkan untuk berinteraksi dengan manusia lain dan mereka membawa aturan ke dalam hubungan/interaksi tersebut. *Role Modeling* digunakan untuk merencanakan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan, pertumbuhan, perkembangan dan kesembuhan individu tersebut. Dalam *Role Modeling* diharapkan perawat mempunyai kemampuan untuk membangun kepercayaan, menciptakan orientasi yang positif dan memiliki *sense of control*, memberikan kekuatan dan

menciptakan tujuan khusus yang dapat dicapai. Tujuan keperawatan adalah untuk memberikan pertolongan kepada orang lain (klien) untuk mencapai kualitas hidup yang baik dan sehat secara holistik.

### **Konsep Utama Teori *Modeling and Role-Modeling***

Asumsi teori modeling dan remodeling yaitu:

1. Konsep manusia dalam teori ini berkaitan dengan bagaimana manusia tersebut merupakan suatu kesatuan, saling berkaitan antara jiwa dan raga, memiliki kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan sebagai individu, kebutuhan untuk tubuh dan berkembang dalam jangka waktu yang lama.
2. Konsep yang merefleksikan tentang manusia yang berbeda satu dengan yang lain dijabarkan bahwa perbedaan yang dimiliki meliputi perbedaan secara genetik, adanya proses adaptasi dan kemampuan *self care*.
3. Konsep tentang perawat dan peran perawat adalah sebagai fasilitator dan mampu menunjukkan adaptasi terhadap kondisi yang tidak terduga dan tidak alamiah.

konsep-konsep dalam teori *Modeling-Remodeling* dapat dipahami sebagai berikut :

#### 1. *Modeling*

Adalah suatu proses untuk memahami dan menggambarkan dunia klien, sebuah gambaran dan pemahaman tersebut dikembangkan dalam kerangka dan perspektif klien. *Modeling* adalah pengembangan dari pencerminan situasi dari perspektif klien. Ilmu *modeling* adalah kumpulan pengetahuan dan analisa data tentang model klien. *Modeling* dapat terjadi bila perawat menerima dan memahami klien.

#### 2. *Role Modeling*

*Role Modeling* terjadi saat perawat merencanakan dan mengimplementasikan intervensinya yang unik untuk klien. *Role Modeling* membutuhkan penerimaan tak bersyarat kepada individu sebagai individu yang mana akan membantu fasilitasi pertumbuhan dan perkembangan individu tersebut. *Role*

*Modeling* bermula saat perawat menyelesaikan tahap analisa dan bergerak menuju ke tahap perencanaan intervensi.

3. Keperawatan

Keperawatan adalah tindakan membantu yang menyeluruh kepada seseorang melalui aktivitas *self care* dalam hubunannya dengan kesehatan mereka. Keperawatan adalah proses interaktif, interpersonal yang memelihara kekuatan untuk menghadirkan perkembangan, pelepasan dan saluran dari sumber daya untuk mekanisme koping terhadap lingkungan dan keadaan sekitar individu. Tujuan dari keperawatan adalah untuk mencapai keadaan persepsi yang optimal tentang sehat dan kepuasan.

4. Pemeliharaan

Pemeliharaan menggabungkan dan mengintegrasikan proses kognitif, fisik, dan afektif dengan tujuan membantu klien mencapai kesehatan yang holistik. Pemeliharaan mengandung arti bahwa perawat wajib mengetahui dan memahami model klien tentang dunianya da menghargai nilai dan manfaatnya untuk klien bila dilihat dari perspektif klien.

5. Penerimaan tak bersyarat

Merasa diterima sebagai individu yang unik, berharga dan penting dapat terjadi jika individu difasilitasi untuk mengembangkan potensinya. Perawat menggunakan bantuan empati agar individu belajar bahwa perawat menerima dan menghargai dia apa adanya. Penerimaan akan memfasilitasi mobilisasi sumber daya yang akan berguna bagi individu untuk mencapai keseimbangan dalam beradaptasi.

6. Manusia

Manusia adalah sama karena mereka memiliki pertumbuhan dan perkembangan sepanjang hayat yang holistik dan kebutuhan mereka akan hubungan antar individu. Mereka berbeda karena mempunyai pengetahuan *self care*, kemampuan adaptasi dan bakat.

## 7. Kesamaan Manusia

### a. Holistik.

Manusia adalah makhluk holistik yang memiliki subsistem yang saling berinteraksi. Tubuh, pikiran, emosi dan jiwa adalah unit yang ada di manusia dan mereka bekerja bersama. Interaksi antara subsistem menciptakan keholistikan manusia.

### b. Kebutuhan dasar

Semua manusia memiliki kebutuhan dasar yang harus dipenuhi.

### c. Perkembangan sepanjang hayat

Perkembangan sepanjang hayat meliputi keadaan psikis dan kognitif.

### d. Hubungan antar individu

Individu mempunyai instink untuk kebutuhan akan hubungan dengan individu yang lain. mereka butuh untuk dapat tergantung pada sistem dukungan yang mana secara bersamaan juga berusaha memelihara kebebasan dari sistem dukungan ini.

## 8. Perbedaan Manusia

### a. Bakat yang melekat

Masing-masing individu lahir dengan kumpulan gen yang berbeda yang akan mempengaruhi penampilan, pertumbuhan, perkembangan dan respon terhadap kejadian dalam hidup.

### b. Adaptasi

Adaptasi terjadi saat individu merespon stresor internal dan eksternal dalam kebutuhannya untuk menjadi sehat. Adaptasi meliputi mobilisasi sumber koping internal maupun eksternal.

### c. Perawatan Diri

Perawatan diri (*self care*) meliputi penggunaan pengetahuan, sumber daya, dan tindakan seperti berikut: 1) Pengetahuan perawatan diri: pada tingkatan tertentu seseorang tahu apa yang menjadikannya sakit dan apa yang akan membuatnya

kembali baik, sehingga mengoptimalkan keefektifan untuk meningkatkan kesehatan. 2) Sumber daya perawatan diri adalah sumber daya internal sebagaimana sumber daya tambahan, dimobilisasi melalui tindakan perawatan diri yang membantu mencapai, mempertahankan dan meningkatkan tingkat optimum dari kesehatan yang holistik. 3) Tindakan perawatan diri adalah pengembangan dan pemakaian pengetahuan dan sumber daya perawatan diri.

## **E. Model Teori Madeleine Leininger: Keperawatan Transkultural**

### **Biografi Madeleine Leininger**



Gambar Madeleine Leininger

Madeleine Leininger (13 Juli 1925 – 10 Agustus 2012) adalah seorang pendidik, penulis, ahli teori, administrator, peneliti, konsultan, pembicara publik, dan pengembang konsep keperawatan transcultural. Dia adalah Perawat Transkultural Bersertifikat, Anggota Royal College of Nursing di Australia, dan Anggota American Academy of Nursing (Gonzalo, 2021b).

Pada tahun 1945, Madeleine Leininger memasuki Korps Perawat Kadet, sebuah program yang didanai pemerintah federal untuk meningkatkan jumlah perawat yang dilatih untuk memenuhi kebutuhan selama Perang Dunia II. Dia lulus diploma keperawatan dari Sekolah Keperawatan Rumah Sakit St. Anthony, dan lulus sarjana di Mount St. Scholastica College dan Creighton University (Gonzalo, 2021b).

Dia menerima gelar Master of Science in Nursing dari Catholic University of America pada tahun 1954. Dan pada tahun

1965, Leininger memulai program doktor dalam Antropologi Budaya dan Sosial di Universitas Washington di Seattle dan menjadi perawat profesional pertama yang memperoleh gelar Ph.D. dalam antropologi (Gonzalo, 2021b).

### **Konsep Teori Medeleine Leininger**

Pada akhir 1970an Medeleine Leininger membuat model konseptual tentang pemberian transkultural. Konsepnya sunrise model  $\mu$  di publikasikan di berbagai buku dan artikel jurnal dan menarik banyak perhatian dari berbagai penjuru dunia (Leininger, 1984). Yang kemudian diakui public pada tahun 1998. Setelah menyelesaikan pendidikannya sebagai perawat psikiatrik, Leininger melanjutkan studinya di bidang antropologi cultural. Hal ini menghasilkan di kembangkannya konsep kerangka kerja pemberian asuhan transkultural, yang mengakui adanya perbedaan (diversitas), dan persamaan (universalitas) dalam pemberian asuhan di budaya yang berbeda.

Beberapa inti dari model teori Leininger:

- a. Asuhan membantu, mendukung atau membuat seorang atau kelompok yang memiliki kebutuhan yang memiliki kebutuhan nyata agar mampu memperbaiki jalan hidup dan kondisinya.
- b. Budaya diekspresikan sebagai norma-norma dan nilai-nilai kelompok tertentu.
- c. Asuhan transkultural perawat secara sadar mempelajari norma norma nilai nilai dan cara hidup budaya tertentu dalam rangka memberikan bantuan dan dukungan dengan tujuan untuk membantu individu mempertahankan tingkat kesejahteraannya.
- d. Diversitas asuhan kultural Keanekaragaman asuhan kultural mengakui adanya variasi dan rentang kemungkinan tindakan dalam hal memberikan bantuan dan dukungan.
- e. Universalitas asuhan kultural asuhan kultural merujuk pada persamaan atau karakteristik universal, dalam hal memberikan bantuan dan dukungan.

### **Pandangan Leininger Tentang Paradigma Keperawatan**

**Manusia.** Seseorang yang diberi perawatan dan harus diperhatikan kebutuhannya.

**Kesehatan.** Konsep yang penting dalam perawatan transkultural

**Lingkungan.** Tidak didefinisikan secara khusus, namun jika dilihat bahwa telah terwakili dalam kebudayaan, maka lingkungan adalah inti utama dari teori M. Leininger.

**Keperawatan.** Beliau menyajikan 3 tindakan yang sebidang dengan kebudayaan klien yaitu Cultural care preservation, accomodation dan repatterning.

## **Perbedaan budaya menurut Leininger**

### **Preservasi asuhan cultural**

Preservasi asuhan cultural berarti bahwa keperawatan melibatkan penghargaan yang penuh terhadap pandangan budaya dan ritual pasien serta kerabatnya.

### **Adaptasi Asuhan Kultural**

Bertentangan dengan preservasi asuhan kultural, adaptasi asuhan kultural melibatkan negosiasi dengan pasien dan kerabatnya dalam rangka menyesuaikan pandangan dan ritual tertentu yang berkaitan dengan sehat, sakit, dan asuhan.

### **R ekonstruksi Asuhan Kultural**

R ekonstruksi asuhan kultural melibatkan kerjasama dengan pasien dan kerabatnya dalam rangka membawa perubahan terhadap perilaku mereka yang berkaitan dengan sehat, sakit, dan asuhan dengan cara yang bermakna bagi mereka.

## **Asumsi Teori**

Asumsi atau keyakinan dasar teori Leininger (Parker, 2005):

1. Perawatan sangat penting untuk pertumbuhan, perkembangan, dan kelangsungan hidup manusia dan untuk menghadapi kematian atau sekarat.
2. Perawatan sangat penting untuk penyembuhan dan penyembuhan; tidak akan ada penyembuhan tanpa perawatan.
3. Bentuk, ekspresi, pola, dan proses perawatan manusia bervariasi di antara semua budaya di dunia.
4. Setiap budaya memiliki perawatan (awam, rakyat, atau naturalis) dan biasanya praktik perawatan profesional.
5. Nilai dan keyakinan peduli budaya tertanam dalam dimensi agama, kekerabatan, sosial, politik, budaya, ekonomi, dan sejarah dari struktur sosial dan dalam konteks bahasa dan lingkungan.

6. Asuhan keperawatan terapeutik hanya dapat terjadi ketika nilai, ekspresi, dan/atau praktik budaya klien diketahui dan digunakan secara eksplisit untuk memberikan asuhan kemanusiaan.
7. Perbedaan antara harapan pemberi asuhan dan penerima asuhan perlu dipahami agar dapat memberikan asuhan yang bermanfaat, memuaskan, dan selaras.

## **F. Model Teori Margareth A Newman: Kesehatan Sebagai Perluasan Kesadaran**

### **Biografi Margareth A. Newman**

Margaret Newman belajar keperawatan di University of Tennessee, lulus sarjana pada tahun 1962. Dia menerima gelar master dari University of California, San Francisco, pada tahun 1964, dan gelar doktor dari NYU pada tahun 1971 (Coklat, 2006 dalam (McEwen & Wills, 2011)). Newman telah bertugas di fakultas di University of Tennessee, NYU, Pennsylvania State University, dan University of Minnesota. Dia saat ini adalah profesor emeritus di University of Minnesota, Minneapolis. Karyanya telah diakui secara internasional, dan dia telah menerima berbagai penghargaan dan kehormatan baik di Amerika Serikat maupun di luar negeri (Jones, dalam (McEwen & Wills, 2011)).

### **Konsep Model Teori Margareth A. Newman**

Konsep Utama Neuman: *Consciousness*

1. **Kesehatan:** menyangkut penyakit dan non-penyakit, eksplorasi pola yang mendasari individu dan lingkungan. Sebagai suatu proses perkembangan kesadaran diri dan lingkungan bersama-sama dengan peningkatan kemampuan untuk mempersepsikan alternative dan berespon dalam berbagai cara.
2. **Pola:** apa yang mengidentifikasi individual sebagai seseorang yang khusus.
3. **Kesadaran:** kapasitas informasional system: kemampuan sistem berinteraksi dengan lingkungannya (waktu, pergerakan dan ruang).

## **Kesehatan sebagai Perkembangan Kesadaran**

Kesehatan sebagai Perkembangan Kesadaran dikembangkan dari teori Martha Rogers tentang Kesatuan Manusia. Asumsi Rogers mengenai pola orang dalam interaksi dengan lingkungan sekitarnya didasarkan pandangan bahwa kesadaran merupakan manifestasi dari pola perkembangan interaksi orang dan lingkungan.

Kesadaran tidak hanya mencakup kesadaran kognitif dan kesadaran afektif yang biasanya terkait dengan kesadaran, tetapi juga keterkaitan seluruh sistem libing, yang meliputi pemeliharaan physiochemical dan proses pertumbuhan sebagaimana sistem kekebalan tubuh. Pola informasi kesadaran dari sistem adalah bagian terbesar pola kesungguhan pengembangan alam semesta.

Teori Newman tentang pengenalan pola memberikan dasar untuk proses interaksi perawat-klien. Newman menyarankan tugas di intervensi adalah pengenalan pola yang dilakukan oleh profesional kesehatan menyadarkan akan pola orang lain dengan berhubungan dengan pola mereka sendiri. Newman menyarankan bahwa profesional harus fokus pada pola orang lain.

Teori ini dirangsang dengan perhatian seseorang terhadap kesehatan bahwa tidak ada penyakit atau ketidakmungkinan mengalami cacat. Teori ini telah berkembang untuk menjadikan kesehatan setiap orang agar terlepas dari penyakit. Teori Newman menyatakan bahwa setiap orang dalam setiap situasi, tidak peduli seberapa teratur dan harapan itu mungkin tampak, adalah bagian dari proses perkembangan kesadaran universal maksudnya suatu proses menjadi diri sendiri, menemukan makna yang lebih besar dalam hidup, dan mencapai dimensi baru yang berhubungan dengan orang lain dan dunia (Endo, 2017).

## **Hubungan Teori dengan Konsep Metaparadigma**

Newman telah mengatakan peduli dalam pengalaman kesehatan manusia sebagai fokus disiplin keperawatan dan telah menentukan fokus sebagai disiplin metaparadigma.

a. Keperawatan

Untuk membantu klien memahami makna kehidupan mereka dengan mengidentifikasi hubungan pola mereka. Intervention adalah bentuk non intervensi dimana kehadiran perawat membantu klien untuk mengenali pola mereka sendiri dalam berinteraksi dengan lingkungan. Pola pengenalan fasilitas pada klien, dengan membentuk hubungan pada titik-titik kritis dalam kehidupan mereka dan menghubungkan mereka dengan cara yang otentik. Perawat dilihat sebagai mitra dalam proses perkembangan kesadaran.

b. Manusia

Manusia sebagai individu yang diidentifikasi oleh pola kesadaran mereka sendiri. Manusia lebih lanjut didefinisikan sebagai pusat kesadaran keseluruhan pola dalam memperluas kesadaran. Definisi orang juga telah diperluas untuk mencakup keluarga dan masyarakat.

c. Lingkungan

Lingkungan tidak secara eksplisit didefinisikan tetapi digambarkan ketulusan / kesungguhan, yang berada di luar kesadaran individu.

d. Kesehatan

Peleburan antara penyakit dan bukan penyakit menciptakan sintesis yang dianggap sebagai kesehatan. Penyakit dan bukan penyakit masing-masing refleksi dari ketulusan terbesar. Newman menyatakan bahwa pengenalan pola adalah inti dari timbulnya kesehatan. Kesehatan nyata, meliputi penyakit dan bukan penyakit dapat dianggap sebagai penjelasan yang mendasari pola orang-lingkungan.

### **Esensi Teori Margareth A. Newman**

Esensi Teori Margareth A. Newman adalah sebagai berikut:

- a. Individu dalam setiap situasi, tidak peduli seberapa teratur dan putus asa, adalah bagian dari proses universal dalam memperluas kesadaran.

- b. Mengembangkan kesadaran adalah proses dimana seorang individu lebih menjadi diri sendiri yang sebenarnya, karena ia menemukan makna yang lebih besar dalam hidupnya dan kehidupan orang-orang di sekitarnya.
- c. Dalam pencarian jati diri yang sebenarnya, kesadaran individu mengembangkan ketertarikan terhadap orang-orang di sekitarnya dan seluruh dunia.
- d. Kesadaran diri menyebabkan penerimaan diri sendiri dan keadaan serta keterbatasan seseorang.
- e. Dengan kesadaran diri dan penerimaan diri, pemahaman mendalam tentang kondisi seseorang dapat membuka jalan bagi orang lain untuk terlibat dalam kegiatan yang mengarah ke positif

### **Asumsi Margareth A. Newman**

Asumsi Margareth A. Newman adalah sebagai berikut:

- a. Kesehatan meliputi kondisi sampai sekarang digambarkan sebagai penyakit, atau, dalam istilah medis, patologi
- b. Kondisi patologis dapat dianggap sebagai manifestasi dari pola total individu
- c. Pola individu sering memanifestasikan dirinya sebagai patologi yaitu dasar dan lebih dulu ada untuk perubahan struktural atau fungsional
- d. Penghapusan patologi tidak akan mengubah pola individu
- e. Jika sakit adalah satu-satunya cara pola individu dapat memanifestasikan dirinya, maka itu adalah kesehatan untuk orang tersebut
- f. Kesehatan merupakan perluasan kesadaran.

## BAB 10

### TOKOH MIDDLE RANGE THEORY

#### A. Ramona T. Mercer: Pencapaian Peran Ibu

Middle range theory sedikit kurang abstrak dari grand theory, lebih dapat digunakan oleh peneliti dan tenaga kesehatan dan mengandung pernyataan yang lebih umum, yang dapat digunakan dalam studi kasus klinik (Meleis, 2007). Teori *Maternal Role Attainment-Becoming a Mother* merupakan pengembangan dari teori Reva Rubin yang dikenal dengan proses *bonding-attachment*.

#### Konsep Teori Ramona T. Mercer

1. Pencapaian peran ibu (*maternal role attainment*) adalah suatu proses perkembangan dan interaksional yang terjadi ketika ibu merawat bayinya yang membutuhkan kemampuan untuk tugas mengasuh meliputi peran, dan menunjukkan kepuasan dan kesenangan menikmati perannya tersebut.
2. *Maternal identity* didefinisikan sebagai internalisasi nilai-nilai diri sebagai seorang ibu.
3. Persepsi terhadap kelahiran bayi adalah persepsi setiap wanita dalam menunjukkan persepsi pengalamannya selama melahirkan bayinya.
4. *Self esteem* digambarkan sebagai persepsi individu dalam menggambarkan dirinya sendiri, dan juga persepsi individu terhadap bagaimana seseorang memandang orang lain dan penerimaan diri terhadap persepsi tersebut.
5. Konsep diri adalah seluruh persepsi individu terhadap kepuasan diri, penerimaan diri, harga diri dan kesesuaian antara diri dan ideal dirinya.
6. Fleksibilitas dikemukakan untuk menunjukkan bahwa peran tidak secara kaku diberlakukan, siapa yang mengisi peran tersebut tidak penting. Fleksibilitas perilaku pengasuhan anak meningkat seiring dengan meningkatnya perkembangan. Ibu

- yang usianya lebih tua mempunyai respon yang lebih luwes ketika pertama kali berinteraksi dengan bayinya
7. *Childbearing attitude* adalah perilaku ibu atau kepercayaan mengenai pengasuhan anak.
  8. Status kesehatan didefinisikan sebagai persepsi orang tua terhadap prioritas kesehatannya, pandangan terhadap kesehatan, kesehatan saat ini, resistensi atau kemungkinan untuk sakit, hal yang dikhawatirkan dalam kesehatan, orientasi sakit dan penolakan/pengakhiran peran sakit.
  9. Kecemasan digambarkan sebagai persepsi individu tentang situasi yang penuh stress seperti adanya bahaya atau ancaman.
  10. Depresi ditunjukkan dengan adanya beberapa gejala tekanan dan khususnya komponen afek dari mood yang tertekan.
  11. *Role strain-role conflict* (konflik/ ketegangan peran) didefinisikan sebagai konflik dan kesulitan yang dirasakan oleh wanita dalam penyesuaiannya terhadap tugas peran ibu.
  12. *Gratification-satisfaction* digambarkan sebagai kepuasan, kenikmatan, umpan balik dan kebanggaan yang diekspresikan oleh wanita dalam berinteraksi dengan bayinya dan dalam memenuhi tugas rutinnnya sebagai seorang ibu.
  13. *Attachment* adalah komponen dari peran orang tua dan identitas yang digambarkan sebagai proses dalam mempertahankan komitmen sikap dan emosi yang telah terbentuk.
  14. *Infant temperament* dikaitkan dengan kemudahan dan kesulitan perangai bayi untuk menyampaikan isyarat yang sukar diterima/diterjemahkan sehingga akan menyebabkan perasaan ketidakmampuan dan keputusasaan dari ibu.
  15. Status kesehatan bayi (*infant health status*) adalah penyakit (keadaan sakit) yang menyebabkan permisahan antara ibu dan bayi, mempengaruhi proses kasih sayang (*attachment*).
  16. Karakteristik bayi (*infant characterize*) meliputi temperamen bayi, penampilan dan status kesehatan.
  17. Isyarat-isyarat bayi (*infant cues*) adalah perilaku bayi yang menunjukkan respon terhadap ibunya.

18. Keluarga (*family*) didefinisikan sebagai sistem yang dinamis yang terdiri atas subsistem-individu (ibu, ayah, janin/bayi) dan *dyads* (ibu-ayah, ibu-janin/bayi, ayah-janin/bayi) yang bersama dalam satu sistem.
19. Fungsi keluarga (*family functioning*) adalah pandangan individu terhadap aktivitas dan hubungan antara keluarga dan sub sistem serta unit sosial yang tinggal dalam rumah
20. Ayah atau pasangan intim (*father or intimate partner*) berkontribusi pada proses pencapaian peran ibu yang pada pelaksanaannya tidak bisa digantikan oleh orang lain. Interaksi ayah membantu mengurangi tekanan dan memfasilitasi pencapaian peran ibu.
21. Stress terbentuk dari persepsi positif atau negatif tentang hidup dan lingkungan.
22. Dukungan sosial (*social support*) adalah sejumlah bantuan yang diterima, puas dengan bantuan tersebut dan orang-orang disekitarnya selalu siap untuk membantu. Terdapat empat area dukungan sosial yang mencakup dukungan emosional (perasaan dicintai, dibantu, dipercaya, dan dipahami), informasi (membantu individu untuk menolong dirinya sendiri untuk memperoleh informasi dalam menghadapi masalah/situasi tertentu), fisik (tindakan langsung untuk membantu) dan penilaian (berupa dukungan yang disampaikan terkait dengan bagaimana peran yang dilakukan, yang memungkinkan individu untuk mengevaluasi diri sendiri dikaitkan antara tugas yang telah dilakukan dengan perannya).
23. Hubungan ibu-ayah (*mother-father relationship*) adalah persepsi tentang hubungan pasangan yang mencakup nilai, tujuan antara keduanya dan perjanjian. Kasih sayang ibu terhadap bayinya berkembang seiring dengan keluasan hubungan emosional dari hubungan orangtuanya.

### **Asumsi yang Mendasari Model Konseptual**

Menurut Mercer (1981, 1986, 1995 dalam Tomey & Alligood, 2006), beberapa asumsi dalam *Maternal Role Attainment* adalah bahwa inti relatif dari diri didapat melalui sosialisasi sepanjang hidup, yang memutuskan bagaimana ibu mengartikan dan menerima kejadian, persepsinya terhadap bayinya dan respon oranglain terhadap perannya. Tingkat perkembangan dan karakteristik kepribadian ibu dapat berpengaruh terhadap respon perilakunya. Bayi sebagai partner ibu akan merefleksikan kompetensi ibu dalam menjalankan perannya sehingga dapat tumbuh dan berkembang. Dan bayi baru lahir diyakini sebagai partner yang aktif dalam proses pencapaian peran ibu, yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh peran ibu. Ayah atau pasangan intim ibu merupakan partner yang berkontribusi pencapaian peran dan tidak dapat diduplikasikan oleh oranglain. Perkembangan identitas peran ibu bersamaan dengan maternal attachment dan masing-masing berkaitan satu dengan yang lain.

Perkembangan identitas peran ibu sangat terpengaruh oleh kondisi psikologis dan perilaku ibu dan bayi. Pada bayi respon perkembangan yang berpengaruh terhadap interaksi dengan perkembangan identitas peran ibu antara lain adanya kontak mata sebagai isyarat komunikasi, refleks menggenggam, refleks tersenyum dan tingkah laku yang tenang sebagai respon terhadap perawatn ibu, konsistensi tingkah laku interaksi dengan ibu serta respon ibu terhadap bayinya dapat meningkatkan pergerakan bayi.

Dengan demikian kondisi bayi baru lahir sangat berpengaruh terhadap pencapaian dan pengembangan peran ibu sehingga perawat bayi baru lahir adalah komponen penting dalam penerapan model konseptual yang dikemukakan oleh Mercer.

### **Model Teori Mercer**

*Maternal Role Attainment* yang dikemukakan oleh Mercer merupakan sekumpulan siklus mikrosistem, mesosistem dan makrosistem. Model ini dikembangkan oleh Mercer sejalan

pengertian yang dikemukakan Bronfenbrenner's (1979) dalam Marriner (1994), yaitu :

1. Mikrosistem adalah lingkungan segera dimana peran pencapaian ibu terjadi. Komponen mikrosistem ini antara lain fungsi keluarga, hubungan ibu-ayah, dukungan sosial, status ekonomi, kepercayaan keluarga dan stressor bayi baru lahir yang dipandang sebagai individu yang melekat dalam sistem keluarga. Mercer (1990) mengungkapkan bahwa keluarga dipandang sebagai sistem semi tertutup yang memelihara batasan dan pengawasan yang lebih antar perubahan dengan sistem keluarga dan sistem lainnya.
2. Mesosistem meliputi, mempengaruhi dan membatasi mikrosistem. Mesosistem mencakup perawatan sehari-hari, sekolah, tempat kerja, tempat ibadah dan lingkungan yang umum berada dalam masyarakat.
3. Makrosistem adalah budaya pada lingkungan individu. Makrosistem terdiri atas sosial, politik. Lingkungan pelayanan kesehatan dan kebijakan sistem kesehatan yang berdampak pada pencapaian peran ibu.

*Maternal Role Attainment* adalah proses yang mengikuti 4 (empat) tahap penguasaan peran menurut Thronton dan Nardi (1975) dalam Marriner (1994) yaitu :

1. **Antisipatori** : tahapan antisipatori dimulai selama kehamilan mencakup data sosial, psikologi, penyesuaian selama hamil, harapan ibu terhadap peran, belajar untuk berperan, hubungan dengan janin dalam uterus dan mulai memainkan peran.
2. **Formal** : tahapan ini dimulai dari kelahiran bayi yang mencakup proses pembelajaran dan pengambilan peran menjadi ibu. Peran perilaku menjadi petunjuk formal, harapan konseptual yang lain dalam sistem sosial ibu.
3. **Informal** : tahapan ini dimulainya perkembangan ibu dengan jalan atau cara khusus yang berhubungan dengan peran yang tidak terbawa dari sistem sosial. Wanita membuat peran barunya dalam keberadaan kehidupannya yang berdasarkan pengalaman masa lalu dan tujuan ke depan.

4. **Personal** atau identitas peran yang terjadi adalah internalisasi wanita terhadap perannya. Pengalaman wanita yang dirasakan, seperti rasa harmonis, percaya diri, kemampuan dalam menampilkan perannya dan pencapaian peran ibu.

Tahapan pencapaian peran ibu ini berkaitan dan sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Tahapan pencapaian peran ibu ini berkaitan dan sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangan bayi baru lahir. Respon perkembangan bayi sebagai respon terhadap perkembangan peran ibu adalah :

- a. Kontak mata dengan ibu saat ibu bicara, refleks menggenggam
- b. Refleks tersenyum dan tenang dalam perawatan ibu
- c. Perilaku interaksi yang konsisten dengan ibu
- d. Menimbulkan respon dari ibu; meningkatkan aktifitas

Pada tahun 2003, Mercer merevisi model *maternal role attainment* menjadi *a becoming mother*. Pada model ini ditempatkan interaksi antara ibu, bayi dan ayah sebagai sentral interaksi yang tinggal dalam satu lingkungan. Model ini menjelaskan variabel lingkungan keluarga dan teman, meliputi dukungan sosial, nilai dari keluarga, budaya, fungsi keluarga dan stressor. Lingkungan komunitas meliputi perawatan sehari-hari, tempat kerja, sekolah, rumah sakit, pusat rekreasi, dan pusat kebudayaan. Lingkungan yang lebih besar dipengaruhi oleh hukum yang berhubungan dengan perempuan dan anak-anak, termasuk ilmu tentang bayi baru lahir, kesehatan reproduksi, budaya terapan dan program perawatan kesehatan nasional

## **Paradigma Keperawatan Menurut Ramona T. Mercer**

### **a. Keperawatan**

Keperawatan adalah profesi yang dinamis dengan 3 fokus utama yaitu promosi kesehatan, mencegah kesakitan dan menyediakan layanan keperawatan bagi yang memerlukan untuk mendapatkan kesehatan yang optimal serta penelitian untuk memperkaya dasar pengetahuan bagi pelayanan keperawatan. Pengkajian selanjutnya pada klien dan lingkungan, perawat

mengidentifikasi tujuan klien, menyediakan layanan pada klien yang meliputi dukungan, pendidikan, dan layanan keperawatan pada klien yang tidak mampu merawat dirinya sendiri (Marriner, 1994).

**b. Manusia**

Mercer tidak mendefinisikan secara spesifik mengenai konsep manusia namun mengarah pada diri dan inti diri. Mercer memandang diri sebagai bagian dari peran yang dimainkan. Wanita sebagai individu dapat berperan menjadi orang tua jika telah melalui mother-infant dyad. Inti dari manusia tersusun dari konteks budaya dan dapat mendefinisikan dan membentuk situasi. Konsep kepercayaan diri dan harga diri sebagai manusia terpisah dari interaksi dengan bayinya dan ayah dari bayinya atau orang lain yang berarti yang saling mempengaruhi (Marriner, 1994).

**c. Kesehatan**

Mercer mendefinisikan status kesehatan dari orang tua sebagai persepsi kesehatan mereka yang lalu, kesehatan saat ini, harapan tentang kesehatan, risiko terhadap penyakit, kekhawatiran dan perhatian tentang kesehatan, orientasi pada penyakit dan penyembuhannya, status kesehatan bayi baru lahir dengan tingkat kehadiran penyakit dan status kesehatan bayi oleh orang tua pada kesehatan secara menyeluruh. Kesehatan dipandang sebagai keinginan yang ditunjukkan untuk bayi. Mercer mengemukakan bahwa bahwa stress suatu proses yang memerlukan perhatian penting selama perawatan persalinan dan proses kelahiran (Marriner, 1994).

**d. Lingkungan**

Menurut Mercer, budaya dari tempat tinggal seseorang, pasangan, dan keluarga dan jaringan pendukung serta ukuran dari jaringan pendukung sangat berpengaruh terhadap penerimaan peran seorang ibu. Cinta kasih pasangan, dukungan dan perhatian merupakan faktor yang penting bagi perempuan untuk menjadi ibu bagi anaknya. Respon pasangan, orang tua, keluarga lainnya, serta teman juga perlu dikaji dalam

penerimaan peran. Pasangan, orang tua, keluarga, dan teman juga harus diidentifikasi sebagai sumber coping dan membantu peran ibu baru (Marriner, 1994).

## **B. Sandra J. Peterson**

### **Biografi Sandra J. Peterson**



Sandra Josephine Patterson, DN adalah seorang perawat peneliti dari rumah sakit Veterans administration di North Porth, New York. Awal karir lulus DIII dari Lenox hill hospital, gelar BSNE dari St. Johns University, gelar MPH dari Johns Hopkins University dan menerima gelar DNS dari Boston University School Of Nursing dengan peminatan Public Health dan Psychiatric Nursing. Pada tahun 1990 dia mengembangkan pendidikan kolaborasi bagi para lulusan perawat dan mengembangkan pelatihan humanistic nursing di Veteran administration Hospital. Tahun 1976 mengeluarkan buku teaching and observing clinicians in practice.

Sandra J. Patterson mengemukakan teori tentang hubungan interpersonal yang pertama kali dikenalkan oleh Hildegard Peplau sebagai teori keperawatan kontemporer. Teori interpersonal lebih dikenal sebagai sebagai teori middle range. Konsep dalam teori ini adalah pentingnya perilaku seorang perawat dengan klien dalam situasi keperawatan dan fenomena psikologikal.

### **Latar Belakang Teori**

Awal teori ini adalah dulunya perawat tidak diizinkan berbicara dengan pasien karena akan membuat kesalahan saja.

Kejadian ini sampai tahun 1930, kemudian perawat yang bertugas dirumah sakit Mount Sinai New York mengubah paradigma tersebut, bahwa perawat dibolehkan berkomunikasi dengan pasien sambil menjalankan tugasnya. Peplau menyatakan hubungan perawat merupakan cara yang sangat mendasar untuk dapat menyediakan pelayanan keperawatan. Tujuan teori ini adalah untuk berespon terhadap kebutuhan manusia dan membangun ilmu keperawatan yang humanistik. Kerangka kerja praktik keperawatan humanistic memerlukan partisipasi untuk memahami keunikan dan kesamaan dengan yang lain.

### **Deskripsi Teori**

Paterson mendeskripsikan dua fokus pertanyaan besar dalam teorinya:

1. Bagaimana perawat berinteraksi dengan pasien?

Proses hubungan yang signifikan antar pasien dan perawat merupakan fokus yang utama dimana respon keperawatan kepada pergerakan humanistik. Orientasi yang humanistik memandang secara luas terhadap diri manusia, mencoba untuk mengerti dari konteks pengalaman hidup mereka di dunia ini. Individu dipandang sebagai kemungkinan-kemungkinan pada saat membuat pilihan, dengan memiliki kesempatan untuk memilih, setiap tindakan yang kita pilih adalah signifikan dan memberikan arti kehidupan.

2. Bagaimana perawat mengembangkan ilmunya selama menjalankan praktek keperawatan

Perawat harus mampu mengaplikasikan ilmu yang dimilikinya, pengalaman yang dimiliki seperti keakraban dan hubungan yang saling menguntungkan (*mutuality*). Ilmu yang menyangkut asuhan (mengasuh), kenyamanan, komunikasi dua arah, dialog, kehadiran perawat, keintiman, hubungan timbal balik, panggilan dan respon perawat, waktu, memberi ruang.

## **Karakteristik Teori dan Kerja Patterson**

1. Teori dapat berhubungan timbal balik dengan cara untuk menciptakan cara yang berbeda untuk melihat fenomena penting.
2. Teori harus masuk akal dan alami.
3. Teori juga harus sederhana tetapi menyeluruh atau umum.
4. Teori bisa menjadi dasar untuk hipotesis yang diuji atau untuk teori yang dibangkitkan.
5. Teori menyumbang dan menolong untuk meningkatkan pengetahuan dengan disiplin melalui implementasi penelitian untuk memvalidasi teori-teori tersebut.
6. Teori bisa digunakan oleh praktisi-praktisi untuk menuntun dan membuktikan praktek mereka.
7. Teori harus konsisten dengan teori-teori yang tervalidasi, hukum, dan prinsipal tetapi membuka pertanyaan yang tidak terjawab yang diperlukan untuk diinvestigasi.

## **Paradigma Keperawatan Menurut J. Patterson**

### **1. Manusia**

Manusia dipandang dari kerangka kerja eksistensial melalui pilihan-pilihan. Manusia sebagai individu yang penting berhubungan dengan orang lain di dalam waktu dan jarak. Manusia dikarakterkan sebagai orang yang mampu, terbuka terhadap pilihan, mempunyai nilai, dan manifestasi unik terhadap mereka yang dulu sekarang dan masa depan. Aplikasi dalam dunia keperawatan adalah jelas bahwa manusia memerlukan informasi. Mereka membutuhkan pilihan. Individu dan kelompok membutuhkan kesempatan untuk membuat pilihan mereka sendiri.

### **2. Kesehatan**

Kesehatan adalah komponen penting dari seseorang, sebagai kualitas dari kehidupan dan kematian. Kesehatan adalah sebagai pengalaman di dalam proses kehidupan. Kesehatan bisa ditemukan pada kemauan seseorang untuk terbuka kepada

pengalaman kehidupan terhadap fisik, sosial, spiritual, kognitif atau keadaan emosi mereka.

### 3. **Keperawatan**

Keperawatan adalah respon manusia terhadap satu orang kepada yang lain dalam waktu yang dibutuhkan untuk mencapai tujuannya untuk mendapatkan kesehatan. Keperawatan adalah mengenai bentuk individu yang unik dan berfokus pada seluruh bagian. Paterson mengatakan keperawatan menunjukkan sebuah pertemuan spesial dari setiap manusia. Keperawatan terlihat seperti campuran yang unik antara teori dan metodologi. Keperawatan sebagai seni untuk menggunakan teori-teori diantara konteks kehidupan sebagai perjuangan seseorang untuk mencapai sesuatu yang diinginkan.

### 4. **Lingkungan**

Dipandang sebagai sebuah sistem terbuka dan komponen masyarakat yang lebih besar. Keluarga bermanfaat dari dan memberikan kontribusi pada hubungan dan sumber daya di masyarakat.

### **Kekuatan dan Kelemahan teori Sandra J. Patterson**

Kekuatan teori Sandra J. Patterson adalah: 1) Teori ini menyediakan sebuah keunikan, pendekatan yang tidak biasa untuk mempelajari keperawatan; 2) Fokus terhadap keperawatan yang kuat; 3) Teori ini berkembang dari pengalaman langsung dari perawat klinik dan merefleksikan perspektif keperawatan.

Kelemahan teori Sandra J. Patterson adalah: 1) Teori ini tidak bisa menjadi referensi yang digumakan untuk menyelesaikan masalah praktek klinik dengan cepat; 2) Perawat harus membaca dengan baik tentang humanistik, filosofi, supaya mengerti bahasa dan penekanannya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aggleton, P., & Chalmers, H. (1986). *Nursing model and the nursing process*. Macmillan Press LTD: London.
- Barrett, E. (2002). What is Nursing Science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51–60.  
<https://doi.org/10.1177/089431840201500109>
- Benner, P. M. (1982). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Nursing Practice*. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley.
- Branch, C., Deak, H., Hiner, C., & Holzwart, T. (2016). Four Nursing Metaparadigms. *Undergraduate Research Journal*, 16.
- Budiana. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan* (Edisi 1, Vol. 148). Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Carper, B. (1978). Fundamental Patterns of Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–24.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (1999). *Theory and nursing a systematic approach* (Fourth Edi). St. Louis Philadelphia: Mosby-Year Book, Inc.
- Davies, G. M., & Malloy, L. C. (2011). Relationship Between Research and Practice. *Children's Testimony: A Handbook of Psychological Research and Forensic Practice*, 371–401.  
<https://doi.org/10.1002/9781119998495.ch18>
- de Jong, T., & Ferguson-Hessler, M. G. M. (1996). Types and Qualities of Knowledge. *Educational Psychologist*, 31(2), 105–113.
- Endo, E. (2017). Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness and a Nursing Intervention from a Unitary Perspective. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 50–52.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4103/2347-5625.199076>
- Fawcett, J. (1999). *The Relationship of Theory and Research* (3rd editio). Philadelphia: FA Davis Company.

- Fawcett, J. (2005). Criteria for evaluation of theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), 131–135.  
<https://doi.org/10.1177/0894318405274823>
- Gonzalo, A. (2021a). *Ida Jean Orlando: Deliberative Nursing Process Theory*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/ida-jean-orlandos-deliberative-nursing-process-theory/>
- Gonzalo, A. (2021b). *Madeleine Leininger: Transcultural Nursing Theory*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/>
- Gonzalo, A. (2021c). *Nola Pender: Health Promotion Model*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/nola-pender-health-promotion-model/>
- Gortner, S. (1993). Nursing's syntax revisited: a critique of philosophies said to influence nursing theories. *Int J Nurs Stud.*, 30(6), 477–488. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(93\)90019-q](https://doi.org/10.1016/0020-7489(93)90019-q)
- Gortner, S. R., & Schultz, P. R. (1988). Approaches to Nursing Science Methods. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(1), 22–24. <https://doi.org/doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00023.x>
- Gul, R. (2009). Importance of Philosophy and Philosophizing for Nurses. *Aga Khan University School of Nursing, January*, 2015–2018.
- Hartweg, D. L. (2013). *Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory*. SAGE Publications, Inc.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4135/9781483325842>
- Kapborg, I. (2003). The Phenomenon Of Caring From The Novice Student Nurse's Perspective: A Qualitative Content Analysis ? *International Nursing Review*, 50.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2011). *Theoretical Basis For Nursing* (Third Edit). Philadelphia: Wolter Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- McKenna, H. (2006). Nursing Theories and Models. In *Nursing Theories and Models* (2 edition). New York: Taylor & Francis e-Library. <https://doi.org/10.4324/9780203135440>
- McKenna, H. P., Pajnkihar, M., & Murphy, F. A. (2014).

- Fundamentals of nursing models, theories and practice.* John Wiley & Sons, Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO19 8SQ, UK Editorial.
- Moody, L. E. (1990). *Advancing Nursing Science Through Research.* SAGE Publications, Incorporated.
- Orem, D. E., Taylor, S. G. T., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing : concepts of practice* (6th ed). St. Louis : Mosby.
- Parker, M. E. (2005). *Nursing theories and nursing practice* (Second ed). F.A. Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103.
- Parse, R. (1999). Nursing: the discipline and the profession. *Nurs Sci Q*, 12(4), 275–276.  
<https://doi.org/10.1177/089431849901200401>
- Pena, L. (1991). *The Boundary between Scientific and Non-scientific Knowledge* (Issue june).
- Reed, P. G. (1997). Nursing: The Ontology of the Discipline. *Nursing Science Quarterly*, 10(2), 76–79.  
<https://doi.org/10.1177/089431849701000207>
- Renpenning, K. M., & Taylor, S. G. (2003). *Self-Care Theory in Nursing.* New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Saleh, U. (2018). Theory guided practice in nursing. *Journal of Nursing Research Practice*, 2(1), 18.
- Soutsos, M., & Domone, P. (2018). *Construction Materials : Their nature and behaviour* (5 edition). Toby Mottram, University of Warwick.
- Sue C, D., & Ladner, P. K. (2011). *Fundamentals of nursing sandards & prakttice* (D. Garza (ed.); Fourth Edi). Clifton Park. New York: Delmar Cengage Learning.  
<https://books.google.co.id/books?isbn=1133007619>
- Tailor, C. (2002). Assessing Patients' Needs: Does The Same Information Guide Expert And Novice Nurses? *International Nursing Review*, 49.
- Teichman, J., & Evans, K. C. (1999). *Philosophy: A Beginners Guide* (3rd Editio). Wiley-Blackwell.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theorists and Their Work* (Six editio). Missouri: Mosby Elsevier.
- Travis, J. W., & Ryan, R. S. (2004). *Wellness Workbook: How to*

*Achieve Enduring Health and Vitality.* New York: Random House LLC.

Virkus, S. (2014). *Key Concepts in Information and Knowledge Management.* Institute of Information Studies, Tallinn University.

# Teori dan Falsafah Keperawatan



Ns. Muhamad Rofii, S.Kp., M.Kep. adalah dosen di Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Buku yang pernah ditulis adalah Buku Kerja Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan (2008), Buku Ajar Keterampilan Dasar Dalam Keperawatan (2015), dan Discharge Planning pada Pasien di Rumah Sakit (2019).

ISBN 978-623-6528-84-6 (EPUB)

