



# FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

I Wayan Candra

FALSAFAH  
DAN TEORI  
KEPERAWATAN



# FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

**I Wayan Candra**



**MEGA  
PRESS**

# FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Copyright © 2023

**Penulis:**

I Wayan Candra

**Editor:**

Ns. Ni Luh Kompyang Sulisnadewi, M.Kep., Sp.Kep.An.

**Setting Layout:**

Riana Kusumawati

**Desain Sampul:**

Yosep Saipul Millah

**ISBN: 978-623-8221-58-5**

**IKAPI: 435/JBA/2022**

**Ukuran:** 15.5 cm x 23 cm; ix + 168 hlm

**Cetakan Pertama, April 2023**

Hak cipta dilindungi Undang-Undang dilarang menduplikasi, memfotokopi, dan memperbanyak sebagian atau seluruh bagian buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit dan penulis.

**Penerbit:**

**CV. Mega Press Nusantara**

**Alamat Redaksi:**

Komplek Perumahan Janatipark III, Cluster Copernicus Blok D-07, Cibeusi,  
Jatinangor, Kabupaten Sumedang, Jawa Barat 45363

0812-1208-8836

[www.megapress.co.id](http://www.megapress.co.id)

[penerbitmegapress@gmail.com](mailto:penerbitmegapress@gmail.com)

## UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# KATA PENGANTAR

Puji syukur dihaturkan dihadapan Ida Sanghyang Widhi Wasa atas waranugrahaNyalah Buku ini dapat diselesaikan tepat waktu dan dengan upaya yang sungguh-sungguh dan maksimal. Buku ini disusun untuk memberikan satu acuan disamping acuan lainnya dalam melakukan pembelajaran Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan.

Melalui kesempatan ini Penulis ucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang telah mendukung, memberikan saran dan kritik yang konstruktif atas naskah buku ini untuk diterbitkan. Dukungan yang diberikan telah mampu memelihara semangat Penulis untuk terus menulis menyelesaikan Buku ini sampai tuntas seluruhnya. Buku ini terdiri dari 18 BAB menyesuaikan dengan Kurikulum 2022 bagi Dosen dan mahasiswa Strata satu Keperawatan maupun mahasiswa Sarjana Terapan Keperawatan Poltekkes Kemenkes

Disadari sepenuhnya bahwa Buku ini belumlah sempurna, oleh karena itu kritik yang konstruktif sangat diharapkan untuk perbaikan Buku ini dikemudian hari. Semoga Buku ini bermanfaat dalam menuntun mencerdaskan kehidupan bangsa

I Wayan Candra

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>v</b>
<b>BAB 1 FALSAFAH-PARADIGMA, DAN PARADIGMA KEPERAWATAN.....</b>	<b>1</b>
A. Falsafah .....	1
B. Paradigma.....	2
C. Paradigma Keperawatan.....	3
D. Teori dan Teori Keperawatan .....	6
E. Komponen Teori.....	7
F. Hubungan Paradigma dan Teori Keperawatan .....	8
<b>BAB 2 JENIS ATAU TINGKATAN TEORI KEPERAWATAN.....</b>	<b>11</b>
A. Teori Keperawatan .....	11
B. Jenis atau Tingkatan Teori Keperawatan.....	12
C. Perbedaan dan Perbandingan Teori .....	19
<b>BAB 3 TEORI MIDDLE RANGE DALAM KEPERAWATAN.....</b>	<b>21</b>
A. Pengertian.....	21
B. Tokoh-Tokoh Teori Middle Range .....	22
C. Kegunaan dan Contoh Teori Middle Range .....	30
D. Asumsi Yang Mendasari Teori Middle Range.....	31
<b>BAB 4 TEORI KEPERAWATAN FLORENCE NIGHTINGALE.....</b>	<b>35</b>
A. Biografi .....	35
B. Konsep Utama Paradigma Keperawatan.....	36
C. Model Konsep dan Teori Keperawatan Menurut Florence Nightingale.....	37
<b>BAB 5 TEORI KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON .....</b>	<b>40</b>
A. Biografi .....	40
B. Kebutuhan Dasar Henderson.....	41

C. Konsep Utama Paradigma.....	42
D. Aplikasi teori Henderson dalam asuhan keperawatan.....	43
<b>BAB 6 TEORI KEPERAWATAN DOROTHEA ELIZABETH OREM.....</b>	<b>45</b>
A. Biografi .....	45
B. Teori dari Orem .....	47
C. Konsep Utama.....	49
<b>BAB 7 TEORI KEPERAWATAN CALLISTA ROY .....</b>	<b>55</b>
A. Biografi .....	55
B. Teori Adaptasi Calista Roy.....	55
D. Kelebihan dan Kekurangan Teori Adaptasi Calista Roy .....	60
<b>BAB 8 TEORI KEPERAWATAN MARGARET JEAN HARMAN WATSON.....</b>	<b>61</b>
A. Biografi .....	61
B. Teori Kebutuhan Dasar Manusia Jean Watson .....	62
C. Konsep <i>Caring</i> .....	63
D. Karatif dan Proses <i>Caritas</i> .....	64
E. Aplikasi Teori Jean Watson Dalam Keperawatan .....	67
F. Kritik Terhadap Teori Jean Watson .....	69
<b>BAB 9 TEORI KEPERAWATAN IMOGENE KING .....</b>	<b>72</b>
A. Biografi .....	72
B. Teori Keperawatan menurut Imogene King .....	73
C. Konsep Paragdimia Keperawatan Menurut Imogene King.....	77
D. Kelebihan dan Kekurangan Teori King.....	80
E. Penegasan Teoritis.....	81
<b>BAB 10 TEORI KEPERAWATAN MADELEINE LEININGER ....</b>	<b>82</b>
A. Biografi .....	82
B. Konsep Utama Teori Leininger .....	83
C. Prinsip Teori Leininger.....	85
D. <i>Sunrise Enabler</i> Dari Teori Madeleine Leininger .....	86
E. Analisis Teori Leininger.....	87
F. Bahasa Khusus Teori Leininger.....	88
<b>BAB 11 TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN.....</b>	<b>90</b>
A. Biografi .....	90
B. Konsep Utama Teorinya.....	91

C. Sumber Teori Betty Neuman .....	95
D. Model Teori Keperawatan Betty Neuman.....	95
E. Analisis Teori .....	96
<b>BAB 12 TEORI KEPERAWATAN HILDDEGARD PEPLAU .....</b>	<b>99</b>
A. Biografi .....	99
B. Konsep Teori Peplau .....	99
C. Model Teori Keperawatan Peplau .....	100
D. Hubungan Interpersonal Antar Perawat dan Klien.....	101
E. Konsep Utama Keperawatan.....	102
<b>BAB 13 TEORI KEPERAWATAN MARTHA ELIZABETH ROGERS .....</b>	<b>104</b>
A. Biografi .....	104
B. Asumsi Teori Martha Elizabeth Rogers .....	105
C. Empat Konsep Utama Model Rogers.....	107
D. Perspektif Paradigma Keperawatan Dalam Teori Rogers .....	108
E. Tiga Prinsip Hemodinamik .....	110
F. Kelebihan dan Kekurangan Teori Martha E Rogers.....	112
<b>BAB 14 TEORI KEPERAWATAN KATHARINE KOLCABA .....</b>	<b>113</b>
A. Biografi .....	113
B. Teori Kolcaba .....	114
C. Konteks Kenyamanan .....	115
D. Pandangan Kathrine Kolcaba tentang Paradigma Keperawatan.....	117
<b>BAB 15 TEORI KEPERAWATAN MYRA ESTRIN LEVINE .....</b>	<b>120</b>
A. Biografi .....	120
B. Konsep Utama Teori.....	120
C. Keperawatan Menurut Levine .....	124
D. Teori Levine dan Proses Keperawatan .....	126
<b>BAB 16 KEPERAWATAN HOLISTIK .....</b>	<b>128</b>
A. Pengertian Keperawatan Holistik.....	128
B. Sejarah Keperawatan Holistik.....	129
C. Konsep Yang Ada di Dalam Keperawatan Holistic.....	129
D. Macam-Macam Cabang Penyembuhan Holistik.....	131
E. Etikolegal Dalam Keperawatan Holistic .....	132

<b>BAB 17 KONSEP BERUBAH DALAM KEPERAWATAN .....</b>	<b>134</b>
A. Pengertian Berubah .....	134
B. Sifat Proses Berubah .....	135
C. Jenis dan Proses Perubahan.....	136
D. Teori Perubahan.....	137
E. Agen Perubahan ( <i>Agent of Change</i> ).....	140
F. Perubahan Dalam Keperawatan .....	141
<b>BAB 18 KONSEP SISTEM DAN PENDEKATAN SISTEM.....</b>	<b>145</b>
A. Konsep Sistem.....	145
1. Pengertian Sistem .....	145
2. Sifat Sistem.....	147
3. Ciri Sistem .....	148
4. Komponen Sistem .....	148
B. Hubungan Sistem Dengan Subsistem dan Suprasistem .....	151
C. Pendekatan Sistem.....	152
1. Pengertian .....	152
2. Tahap dan Langkah Pendekatan Sistem .....	153
D. Manusia sebagai Sistem .....	154
<b>REFERENSI .....</b>	<b>156</b>
<b>GLOSARIUM .....</b>	<b>162</b>
<b>INDEKS.....</b>	<b>166</b>
<b>TENTANG PENULIS .....</b>	<b>163</b>



# FALSAFAH-PARADIGMA, DAN PARADIGMA KEPERAWATAN

## A. Falsafah

Dalam hidup dan kehidupan baik sebagai makhluk individu maupun sebagai makhluk sosial, falsafah hidup menjadi bagian yang tidak terpisahkan saat berinteraksi dengan orang lain. Merupakan pandangan yang mendasar bagi individu dalam berinteraksi memenuhi kebutuhan hidupnya. Menurut KBBI (2022) falsafah adalah anggapan, gagasan, dan sikap batin yang paling dasar yang dimiliki oleh orang atau masyarakat, sebagai pandangan hidup. Berfalsafah berarti memikirkan dalam-dalam tentang sesuatu, mengungkapkan pemikiran-pemikiran yang dalam yang dijadikan sebagai pandangan hidup. Falsafah yang dimiliki seseorang merupakan suatu keyakinan yang didapat berdasarkan pengalaman hidup, pengamatan dan percobaan (Lestari dan Ramadhaniati, 2018). Falsafah dapat didefinisikan sebagai pengetahuan dan penyelidikan dengan akal budi mengenai sebab-sebab, azas-azas, hukum, dan sebagainya daripada segala yang ada dalam alam semesta ataupun mengenai kebenaran dan arti adanya sesuatu (Majkusova dan Jarosova, 2014).

Falsafah keperawatan berfokus pada konsep manusia. Setiap manusia dipahami sebagai makhluk individu dan makhluk sosial dengan nilai-nilai intrinsik yang unik. Isu penting dalam falsafah keperawatan adalah keadaan kesehatan dan penyakit. Falsafah dapat memengaruhi Perawat dalam cara pandang, gagasan yang dibentuk, dan perilakunya sesuai dengan pemahamannya terhadap filosofis keperawatan. Bruce, Rietze, dan Lim (2014) mendefinisikan falsafah keperawatan

menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup.

Dapat dimengerti bahwa falsafah adalah pandangan hidup dan sikap batin yang paling dasar yang dimiliki oleh seseorang atau masyarakat, sebagai hasil dari suatu aktivitas berfilsafat. Satu hal esensial yang biasanya ada dalam setiap falsafah adalah adanya suatu kebijaksanaan.

## **B. Paradigma**

Kata paradigma berasal Yunani yang berarti, “model”. Penggunaan model istilah paradigma dalam ide-ide teoritis dimulai oleh Thomas Kuhn. Menurut Kuhn, paradigma merupakan model, pola atau pandangan dunia yang dilandasi pada dua karakteristik yaitu penampilan dari kelompok yang menunjukkan keberadaannya terhadap sesuatu yang diyakini dan terbuka untuk penyelesaian masalah dalam kelompoknya (Bahramnezhad, Shiri, dan Asgari, 2015). Paradigma adalah konsep sentral Kuhn, yang memiliki maksud sebagai kerangka referensi yang mendasari sejumlah teori maupun praktik ilmiah dalam periode tertentu (Asrudin, 2014). Paradigma juga dapat disebut sebagai sesuatu yang akan kita dapatkan dari pengujian perilaku anggota-anggota masyarakat ilmiah yang telah ditentukan sebelumnya. Digunakan sebagai keseluruhan konstelasi keyakinan, nilai, teknik, dan lain-lain yang telah dilakukan oleh anggota-anggota masyarakat yang telah diakui. Paradigma merupakan bagian dari ilmu, filosofi, dan teori yang dapat diterima dan diterapkan oleh suatu disiplin ilmu.

Paradigma berlaku pada disiplin ilmu yang mewakili sudut pandang dominan dari sebuah konsep tertentu. Sudut pandang yang dimaksud didukung oleh berbagai teori dan penelitian dari disiplin ilmu yang berbeda. Teori dan penelitian dijadikan sebuah alat maka akan muncul perilaku yang menentang paradigma yang berlaku, lalu paradigma baru muncul agar dapat bersaing dengan pandangan dunia yang berlaku. Persaingan antar paradigma yang muncul akan menghasilkan revolusi paradigma atau paradigma *revolution*. Revolusi paradigma merupakan perlawanan dan konflik yang sering terjadi dalam suatu disiplin ilmu, maka paradigma yang dominan akan bersaing untuk mendapatkan penerimaan atas paradigma lain.

Perubahan paradigma akan fokus pada penerimaan paradigma yang bersaing atau paradigma yang berlaku atau diartikan perubahan dari satu pandangan dunia ke pandangan dunia lain. Revolusi paradigma dapat dijadikan sama dengan revolusi yang terjadi di negara berkuasa akan digulingkan oleh kelompok oposisi yang telah mengusulkan solusi yang lebih baik untuk dapat mengatasi masalah negara tersebut. Dalam situasi seperti ini kekuasaan akan bergeser dari penguasa ke kelompok oposisi. Para ilmuwan dan para ahli sepakat bahwa bumi itu bulat (paradigma ini masih berlaku sampai sekarang), semua pandangan lain tentang bumi juga telah berubah.

Paradigma adalah suatu model dalam suatu disiplin ilmu. Masing-masing disiplin ilmu akan memiliki paradigma atau pandangan terhadap konsep yang ada dalam keilmuannya. Paradigma pada disiplin ilmu bertujuan untuk memberi arahan terhadap perkembangan model konseptual atau teori dari suatu disiplin ilmunya.

### **C. Paradigma Keperawatan**

Menurut Nursalam (2014) paradigma keperawatan telah ditetapkan oleh para pakar, namun perlu diketahui bahwa ada dua klasifikasi paradigma yang berpengaruh terhadap perkembangan keperawatan yaitu:

1. Paradigma Empiris (*Empirical Paradigm*) yang berfokus pada anggapan atau asumsi bahwa ada satu realitas. Pengetahuan dapat di dapat dari sebuah eksperimen dengan kata lain dengan metode ilmiah. Kebenaran yang ditentukan dengan membandingkan antara pengetahuan dan realitas yang ada secara independen.
2. Paradigma Interpretif (*Interpretive Paradigm*) yang menyatakan bahwa tidak ada realitas tunggal yang digunakan dalam mengukur ilmu pengetahuan. Pengetahuan dapat diberikan melalui asumsi atau beberapa fenomena melalui pandangan individu yang mengalaminya.

Paradigma ini terdiri dari empat komponen yaitu manusia, sehat dan kesehatan, masyarakat dan lingkungan, serta komponen keperawatan.

#### **1. Manusia**

Keperawatan meyakini dan menekankan dalam setiap kegiatan pelayanan keperawatannya. Manusia merupakan individu yang layak

diperlakukan secara terhormat, dihargai keunikannya berdasarkan individualitas, dalam berbagai situasi, kondisi, dan sistem yang dapat mengancam kehormatan dan sifat kemanusiaannya. Perspektif keperawatan menjelaskan bahwa manusia merupakan pribadi-pribadi dan bukan obyek. Konseptualitas keperawatan tentang manusia dapat dibuktikan melalui model-model keperawatan tentang kemanusiaan, penghargaan terhadap manusia, dan perasaan sebagai manusia, yang telah berlaku sejak lama. Mengonseptualisasikan manusia sebagai suatu sumber energi atau beberapa set sistem perilaku, atau memperlakukan pikiran dan perasaan manusia sebagai lingkungan internal dapat menimbulkan keraguan keperawatan untuk menerangkan tentang manusia secara jelas.

Manusia dipandang sebagai sistem terbuka yang dinamis dan memerlukan berbagai masukan dari subsistem (sistem pernafasan, pencernaan, dan lain sebagainya) dan suprasistem (keluarga, komunitas, dan masyarakat) guna mempertahankan keadaan seimbang. Manusia adalah sebagai makhluk holistik adalah makhluk yang utuh, terdiri dari aspek bio- psiko-sosio-spiritual-kultural atau terdiri dari aspek jasmani dan rohani.

## 2. Kesehatan (Sehat-Sakit)

Kesehatan adalah kondisi dinamis manusia dalam rentang sehat sakit yang merupakan hasil interaksi dengan lingkungan. Sehat merupakan keadaan seimbang bio-psiko-sosio-spiritual yang dinamis yang memungkinkan individu untuk menyesuaikan diri sehingga dapat berfungsi secara optimal guna memenuhi kebutuhan dasar melalui aktivitas hidup sehari-hari sesuai dengan tingkat tumbuh kembangnya. Sakit adalah keadaan tidak seimbang antara bio-psiko-sosio-spiritual sebagai respons tubuh terhadap interaksinya dengan lingkungan, baik internal maupun eksternal.

## 3. Lingkungan atau Situasi

Teori yang berfokus total terhadap lingkungan dikemukakan melalui dukungan beberapa teori keperawatan dari Nightingale, Levine, Rogers, Roy, Neuman, dan Johnson. Memandang bahwa lingkungan merupakan kondisi eksternal sebagai sumber ventilasi, kehangatan, kebisingan, dan pencahayaan yang perawat dapat mengatur dan memanipulasinya dalam rangka membantu klien memulihkan diri.

Kegiatan keperawatan meliputi antara lain menciptakan lingkungan yang memungkinkan terjadinya penyembuhan dan pemulihan kesehatan klien. Lingkungan dapat berupa lingkungan internal (misalnya: genetik, struktur tubuh dan fungsi tubuh serta psikologis) dan lingkungan eksternal (misalnya: lingkungan fisik, lingkungan sekitar manusia, sosial, kultural).

#### 4. Keperawatan

Keperawatan adalah suatu profesi yang mengabdikan kepada manusia dan kemanusiaan. Mendahulukan kepentingan kesehatan masyarakat di atas kepentingan sendiri. Suatu bentuk pelayanan atau asuhan yang bersifat humanistic. Menggunakan pendekatan holistik, dilaksanakan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Berpegang pada standar pelayanan atau asuhan keperawatan serta menggunakan kode etik keperawatan sebagai tuntutan utama dalam melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan.

Keperawatan dapat dipandang sebagai suatu proses kegiatan dan juga sebagai suatu keluaran kegiatan, tergantung dari cara memandang dan perspektif pandangan. Sebagai proses serangkaian kegiatan, maka keperawatan perlu mengorganisasikan, mengatur, mengoordinasikan serta mengarahkan berbagai sumber (termasuk klien didalamnya) untuk digunakan seefektif dan efisien mungkin dalam rangka memenuhi kebutuhan klien. Keperawatan sering diartikan pula sebagai serangkaian kegiatan atau fungsi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Berbagai tujuan keperawatan terkait dengan upaya mempertahankan keseimbangan, upaya adaptasi, merancang pola kehidupan kembali yang kesemuanya dilakukan dalam rangka pulihnya situasi sehat dan kesehatan. Konseptualisasi keperawatan yang memfokuskan kepada proses interpersonal atau hubungan antar manusia telah mengarahkan keperawatan sebagai suatu pelayanan kesehatan yang menekankan pada hubungan saling menolong antar manusia.

Fokus tindakan keperawatan adalah diagnosis dan pengobatan respons manusia terhadap masalah kesehatan yang ada atau potensial ada. Misalnya pasien yang didiagnosa TBC (tuberculosis paru), maka diagnosa atau masalah keperawatan yang dapat diangkat oleh perawat adalah respon pasien terhadap penyakit TBC tersebut seperti: ketidakefektifan bersihan jalan nafas karena pasien mengeluh batuk.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena pasien mengalami penurunan berat badan dan nafsu makan. Pandangan individu sebagai makhluk holistik, menuntun kita harus memberikan perawatan secara total atau seluruh aspek biopsikososiospiritual. Keperawatan holistik merupakan suatu pendekatan yang berpusat pada orang dengan menyertakan konsep-konsep holisme, healing, dan transpersonal *caring* sebagai konsep inti. Keperawatan holistik akan tercapai bila perawat menerapkan "*caring*" dalam merawat pasien.

#### **D. Teori dan Teori Keperawatan**

Teori adalah seperangkat konsep dan proposisi yang memberikan cara yang teratur untuk melihat fenomena, pernyataan yang menjelaskan atau memberi ciri fenomena tertentu. Menurut definisi tradisional, teori adalah seperangkat konsep yang terorganisir, koheren, dan saling berhubungan satu sama lain yang menawarkan deskripsi, penjelasan dan prediksi tentang fenomena (DeLaune and Ladner, 2011; Jarosova, 2014). Teori adalah penjelasan tentang perilaku, peristiwa, atau fenomena alam atau sosial. Secara lebih formal, teori ilmiah adalah sistem konstruksi (konsep) dan proposisi (hubungan antara konstruksi tersebut) yang secara kolektif menyajikan penjelasan logis, sistematis, dan koheren dari fenomena yang menarik dalam beberapa asumsi dan kondisi (Bacharach, 1989).

Menurut Gioia & Pitre (1990) teori merupakan pernyataan konsep-konsep dan hubungan antar konsep-konsep tersebut yang menjelaskan suatu fenomena itu terjadi. Sifat teori adalah:

1. Bersifat *Idiographic*

Teori *Idiografic* adalah teori yang dikembangkan untuk menjelaskan satu fenomena tertentu yang spesifik untuk lingkungan/konteks tertentu saja. Umumnya menyangkut fenomena-fenomena sosial (terdapat aspek manusia), yang bersifat subyektif, relatif, dan ada pengaruh budaya. Teori-teori yang bersifat idiografi ini umumnya ditemui pada didisiplin ilmu seperti Sejarah, Arkeologi, Antropologi, Bahasa, Hukum, Politik, Seni, Filosofi, dan Agama.

2. Bersifat *Nomographic*

Teori *Nomografic* adalah teori yang menjelaskan satu fenomena tertentu dalam konteks yang lebih luas yang cenderung mengeneralisasi. Umumnya menyangkut fenomena alam dan teori bersifat nomografi ini

banyak dijumpai pada disiplin Ilmu Pengetahuan Alam seperti: Fisika, Biologi, Kimia, Astronomi dan lainnya.

Teori Keperawatan adalah kumpulan pengetahuan yang terorganisir untuk mendefinisikan keperawatan, yang perawat lakukan dan alasan perawat melakukannya. Teori keperawatan mendefinisikan keperawatan sebagai profesi yang terpisah dari disiplin ilmu lain (misalnya kedokteran). Tinjauan sejarah menunjukkan bahwa keperawatan telah menyusun pengetahuan keperawatan yang sedang berkembang. Konsep dan teori keperawatan telah berkembang sejak zaman *Nightingale*, seorang yang telah memilih keperawatan, berkata dengan penuh keyakinan tentang keperawatan sebagai profesi yang membutuhkan pengetahuan yang membuatnya berbeda dengan pengetahuan kedokteran.

Pertama-tama ahli teori mulai dengan mendefinisikan nilai, kepercayaan, dan asumsi mereka yang dinyatakan sebagai filosofi keperawatan. Selanjutnya konsep utama dalam filosofi diidentifikasi dan diperbaiki. Hubungan antara pernyataan proporsi dan hubungan, karya ahli teori tersebut disebut sebagai model konseptual. Selanjutnya dikembangkan suatu jaringan konsep yang saling dihubungkan oleh pernyataan relasi, maka model tersebut disebut sebagai kerangka kerja teoretis, meskipun perbaikan lebih lanjut diperlukan untuk mencukupi segi logis dan sesuai dengan pengujian. Ini dianggap sebagai teori. Teori harus diuji dan divalidasi dalam berbagai lingkungan praktik untuk mendapat dukungan dan penerimaan (Christensen, 2009)

## **E. Komponen Teori**

Aini (2018) mengemukakan sebelum memahami lebih lanjut tentang teori keperawatan, maka kita perlu mengetahui teori tersebut disusun. Unsur-unsur yang menyusun teori keperawatan terdiri dari konsep dan proposisi (pernyataan mengenai sesuatu yang dapat diamati benar adanya atau salah). Konsep adalah blok bangunan dasar dari sebuah teori. Bentuk pikiran atau gagasan dari pemahaman manusia yang mencerminkan tanda penting dan umum dari objek tertentu yang dipahami. Konsep dapat juga diartikan istilah atau label yang menjelaskan fenomena. Komponen suatu teori secara umum yaitu:

### 1. Konsep

Konsep adalah blok bangunan dasar dari sebuah teori, bentuk pikiran atau gagasan dari pemahaman manusia yang mencerminkan tanda penting dan umum dari objek tertentu yang dipahami. Konsep dapat juga diartikan istilah atau label yang menjelaskan fenomena. Konsep merupakan suatu pondasi untuk membangun suatu teori yang di dalamnya menggambarkan suatu fenomena tertentu.

### 2. Fenomena

Fenomena adalah fakta yang dapat diamati oleh panca indra dan dapat dijelaskan. Fenomena yang dijelaskan dapat berupa empirik atau abstrak. Fenomena empirik adalah sesuatu yang bisa dialami atau diamati melalui pancaindra. Fenomena abstrak adalah sesuatu yang tidak bisa diamati seperti harapan.

Menurut DeLaune (2016) Konsep merupakan suatu fondasi untuk membangun suatu teori yang didalamnya menggambarkan suatu fenomena tertentu. Konsep membuat kita mengetahui inti sari dari fenomena dan proses. Membantu kita merumuskan gambaran mental tentang suatu obyek atau situasi. Membantu menamai sesuatu dan kejadian di dunia di sekitar kita dan dalam berkomunikasi satu sama lain tentang dunia. Fenomena adalah fakta yang dapat diamati melalui panca indera dan dapat dijelaskan. Fenomena yang dijelaskan oleh konsep dapat berupa empirik atau abstrak. Konsep empirik adalah sesuatu yang bisa diamati atau dialami melalui panca indera. Sedangkan konsep abstrak adalah konsep yang tidak bisa diamati seperti caring atau harapan. Contoh konsep dalam dunia keperawatan, diantaranya adalah caring dan *self care*.

## **F. Hubungan Paradigma dan Teori Keperawatan**

Paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan. Dapat berbentuk ilmu, teori, dan filosofi yang dapat diterima dan diterapkan dalam keperawatan. Paradigma keperawatan membentuk suatu susunan yang mengatur hubungan diantara teori tersebut guna mengembangkan model konseptual dan teori-teori keperawatan sebagai kerangka kerja keperawatan. Paradigma

keperawatan memberi arah kepada perawat untuk menyelesaikan dan mencari jalan keluar pada suatu masalah yang dihadapinya.

Teori keperawatan merupakan suatu gagasan atau ide yang menjelaskan tentang pengalaman, hasil observasi, menggambarkan hubungan dan hasil. Teori keperawatan sangat penting bagi ilmu keperawatan karena menjadi cerminan keprofesionalan suatu disiplin ilmu. Teori keperawatan merupakan sebuah rancangan yang diciptakan untuk memantau perkembangan ilmu pengetahuan, dan menjelaskan fenomena yang terjadi di keperawatan kedalam level yang lebih spesifik. Teori keperawatan digunakan untuk mendukung praktik keperawatan, membantu dalam membuat keputusan tentang yang diketahui dan yang dibutuhkan (Lee, 2014).

Paradigma dan teori keperawatan dapat dijadikan kedalam satu kelompok berdasarkan urutan/hierarki ilmu pengetahuan yang telah di kenal.

1. *Metaparadigma*: Manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.
2. *Philosophical*: Cabang dari pohon ilmu, sedangkan filosofi itu sendiri adalah pandangan hidup untuk menjalani dan menghadapi masalah kehidupan sehari-hari. Filosofi akan menumbuhkan pandangan hidup dan mencerminkan tatanan hidup nilai masyarakat.
3. *Conceptual models*: Proses keperawatan juga dianggap sebagai model karena proses berhubungan adalah sekelompok konsep yang saling berhubungan.
4. Klasifikasi teori berdasarkan tingkat keabstrakannya, yaitu:
  - a. *Meta theory*: *Meta theory* adalah teori dengan level tertinggi dan merujuk pada *body of knowledge* tentang suatu bidang pembelajaran *Meta theory* adalah tingkatan paling abstrak dari semua *level theory*. Sebagai teori yang paling kuat diantara semua level teori, *meta theory* dalam ilmu keperawatan berfungsi mengungkapkan sebagian dari isu yang ditujukan melalui proses.
    - 1) Klarifikasi hubungan antar ilmu keperawatan dan praktik;
    - 2) Mendefinisikan, mengembangkan, dan menguji teori;
    - 3) Menciptakan dasar ilmu dari keperawatan; dan

- 4) Memeriksa dan menginterpretasikan pandangan dasar filosofi dan hubungan dengan keperawatan.
- b. *Nursing theory* atau *grand theory*: *Grand theory* merupakan tingkat abstrak yang luas sampai tingkat abstrak *practice*. Bahwa teori digunakan secara umum pada situasi keperawatan lain, ini masih abstrak, tetapi hal ini sulit untuk mengoperasionalkan. Grand teori menegaskan fokus global dengan *board perspective* dari praktik keperawatan dan pandangan keperawatan yang berbeda terhadap sebuah fenomena keperawatan.
  - c. *Middle range theory*: *Middle range theory* dikemukakan oleh sosiolog amerika Robert Merton dalam '*Social theory and Social Structure*' untuk menghubungkan pemisah diantara hipotesis-hipotesis terbatas dari studi empirisme dan teori-teori besar yang abstrak.
  - d. *Micro range theory/Practice theory*: Merupakan tingkatan teori yang tidak formal dan bersifat sementara dibandingkan tingkatan teori lainnya, dan sangat terbatas dalam hal waktu dan lingkup aplikasinya (Higgins dan Moore, 2004).

Posisi antara Paradigma Keperawatan dengan Teori cukup jauh. Hal ini berarti Paradigma Keperawatan tidak dapat secara langsung memberikan arahan/masukan kepada Teori. Tidak seperti halnya Teori yang dapat langsung diturunkan dari model konseptual. Teori-teori keperawatan dapat diprediksi melalui paradigma keperawatan tentang arah teori. Paradigma memberikan pandangan terhadap arah keperawatan. Paradigma tidak memberikan kepastian namun memberi pandangan kepada teori baru.



## JENIS ATAU TINGKATAN TEORI KEPERAWATAN

### A. Teori Keperawatan

Teori adalah deskripsi dari suatu fenomena dan interaksi variabel-variabelnya yang digunakan untuk mencoba menjelaskan atau memprediksi (Thomas, 2017). Menurut KBBI (2021) teori adalah pendapat yang didasarkan pada penelitian dan penemuan, didukung oleh data dan argumentasi, serta penyelidikan eksperimental yang mampu menghasilkan fakta berdasarkan ilmu pasti, logika, dan metodologi. Menurut Aini (2018) teori adalah seperangkat konsep dan proposisi yang memberikan cara yang teratur untuk melihat fenomena, pernyataan yang menjelaskan atau memberi ciri fenomena tertentu. Selanjutnya Arora (2015) mengemukakan ciri-ciri teori:

1. Rasional.
2. Dapat digeneralisasikan.
3. Tersusun atas ide-ide yang terhubung sedemikian rupa.
4. Digunakan oleh praktisi untuk membimbing dan meningkatkan praktik.
5. Konsisten dengan teori-teori, hukum dan prinsip-prinsip yang sudah dibuktikan sebelumnya tetapi tetap meninggalkan pertanyaan yang belum terjawab sehingga memungkinkan untuk diteliti dan diuji lebih lanjut.

Keperawatan adalah suatu pohon ilmu (*body of knowledge*) dan penerapan dari ilmu pengetahuan melalui praktik keperawatan. Pohon ilmu adalah landasan ilmiah bagi perawat dalam melakukan segala tindakan dalam praktik keperawatan, sehingga perawat memahami

secara mendalam makna asuhan keperawatan (Nugroho, 2021). Teori keperawatan adalah seperangkat ide, definisi, hubungan dan harapan atau saran yang berasal dari model keperawatan atau dari disiplin (bidang ilmu) lain dan rancangan *purposive*. Pandangan metodis fenomena dengan merancang inter relationship khusus diantara ide-ide yang bertujuan menggambarkan, menjelaskan, peramalan, atau merekomendasikan (Aurora, 2015). Teori keperawatan digunakan untuk membangun model konsep keperawatan, yang memerlukan penerapan struktur keperawatan itu sendiri, yang memungkinkan perawat untuk menggunakan pengetahuannya dalam koridor asuhan keperawatan.

Uraian dari para penulis di atas dapat disimpulkan bahwa teori keperawatan merupakan suatu konsep, definisi, gambaran, dan struktur dari model keperawatan untuk diterapkan dalam keperawatan. Teori keperawatan dapat digunakan untuk membentuk struktur keperawatan yang berguna dalam memberikan asuhan keperawatan.

## **B. Jenis atau Tingkatan Teori Keperawatan**

Menurut Alligood (2018) jenis teori keperawatan diklasifikasikan menjadi 4 tingkatan: *Nursing Philosophies, Nursing Conceptual Models, Nursing Theories and Grand Theories, Middle-Range Nursing Theories*.

### **1. Nursing Philosophies Theory**

Filosofi keperawatan menetapkan makna fenomena keperawatan melalui analisis, penalaran, dan argumen logis. Filosofi berkontribusi pada pengetahuan keperawatan dengan arah disiplin, membentuk dasar untuk profesional yang mengarah ke pemahaman teoretis baru. Filosofi keperawatan merupakan karya awal sebelum era teori serta karya kontemporer yang bersifat filosofis. Filosofi adalah karya yang memberikan pemahaman luas yang memajukan disiplin keperawatan dan aplikasi profesionalnya. Contoh dari *Nursing Philosophy Theory*:

#### **a. Nightingale's Philosophy of Nursing Practice**

*Nightingale* mendefinisikan yang dibutuhkan untuk keperawatan profesional adalah keterampilan, perilaku, dan pengetahuan. Seiring perubahan ilmiah dan sosial yang terjadi di dunia, beberapa pengamatan *Nightingale* hanya digunakan untuk menganalisis lebih dekat bahwa keyakinan yang mendasari filosofi dan pengamatan terus berlanjut untuk menjadi valid. *Nightingale* tidak

secara sadar berusaha mengembangkan yang dianggap sebagai teori keperawatan. Ia memberikan definisi pertama agar perawat bisa mengembangkan teori dan model konseptual serta kerangka kerja yang menginformasikan keperawatan profesional saat ini.

Secara khusus Jurnal Keperawatan Holistik menerbitkan berbagai artikel. Artikel Beck yang mengidentifikasi tujuh rekomendasi untuk praktik keperawatan abad ke-2. Berdasarkan pada filosofi *Nightingale*, perawat baik mahasiswa maupun praktisi, akan bijaksana untuk melakukannya dan menjadi akrab dengan tulisan asli *Nightingale* untuk meninjau berbagai buku dan dokumen yang tersedia. Membaca ulang catatan tentang keperawatan akan mengungkapkan ide-ide baru dan inspiratif. Logika dan akal sehat itu terkandung dalam tulisan-tulisan *Nightingale* berfungsi untuk merangsang berpikir produktif untuk individu perawat dan keperawatan profesi Menjadi profesi keperawatan.

b. *Watson's Philosophy and Science of Caring*

Watson awalnya mendasarkan teorinya untuk praktik keperawatan 10 faktor karatif. Sejak publikasi awal teori, faktor-faktor tersebut telah berevolusi menjadi hal yang sekarang digambarkan sebagai 10 proses caritas/kasih (charity) yang mencakup dimensi spiritual yang jelas dan kebangkitan cinta dan kepedulian yang nyata.

- 1) Membangun suatu sistem nilai altruistik. Dalam hal ini, perawat dapat memberikan kasih sayang serta memiliki sikap yang terbuka pada klien.
- 2) Membangun rasa kepercayaan dan harapan. Dilakukan perawat dengan menjalin hubungan terapeutik bersama klien dengan tujuan untuk menawarkan suatu bantuan.
- 3) Mengembangkan rasa sensitif baik kepada diri sendiri maupun orang lain. Faktor ini dapat dilakukan dengan belajar untuk menerima keadaan diri sendiri dan orang lain.
- 4) Membentuk sikap pertolongan dan kepercayaan. Hal ini dapat dilakukan perawat melalui komunikasi efektif bersama klien untuk membentuk dan menopang pertolongan-kepercayaan.
- 5) Menawarkan serta mengungkapkan perasaan negatif maupun positif. Perawat dapat membantu dan menerima perasaan klien dengan menunjukkan bahwa kita siap untuk berbagi perasaan.

- 6) Dalam menyelesaikan masalah perlu menggunakan proses caring yang inovatif.
- 7) Menawarkan kegiatan belajar dan mengajar. Perawat belajar bersama-sama ketika mengajarkan klien untuk melakukan perawatan diri. Selain itu klien juga memiliki tanggung jawab untuk belajar bersama dengan perawat.
- 8) Memfasilitasi dukungan, perlindungan, serta perbaikan secara fisik, mental, sosial, serta spiritual. Dapat dilakukan dengan membangun suasana yang nyaman, damai, dan adanya rasa kebersamaan, keindahan serta kepercayaan pada semua tingkatan fisik maupun non-fisik.
- 9) Mendapatkan bantuan orang lain dengan membantu klien untuk memenuhi kebutuhan dasar dengan mengacu pada sikap caring.
- 10) Memperkenalkan adanya kekuatan fenomena yang bersifat spiritual. Dalam hal ini, perawat memberikan pengertian secara spiritual untuk memberikan gambaran yang lebih baik mengenai kondisi yang sedang dirasakan. Biasanya hal ini dilakukan perawat dalam menangani klien dengan kondisi menjelang ajal.

## **2. *Nursing Conceptual Models***

Model konseptual keperawatan adalah konsep dan hubungannya yang menentukan perspektif dan hasil bukti antara fenomena khusus untuk disiplin ilmu. Model konseptual membahas konsep meta paradigma yang luas (manusia, kesehatan, keperawatan, dan lingkungan) yang merupakan pusat makna dalam konteks kerangka kerja tertentu dan disiplin keperawatan.

Model konseptual keperawatan memberikan perspektif dengan fokus yang berbeda untuk berpikir kritis tentang individu, keluarga, dan komunitas dan untuk membuat keputusan keperawatan yang berpengetahuan. Model konseptual keperawatan memberikan perspektif keperawatan untuk pengembangan teori di berbagai tingkatan abstraksi. Contoh *Conceptual Models*.

### *a. Self-Care Deficit Theory of Nursing by Dorothea E. Orem*

Teori keperawatan defisit perawatan diri adalah teori umum terdiri dari empat teori terkait berikut:

- 1) *The theory of self-care*, yang menjelaskan mengapa dan bagaimana caranya orang peduli pada diri mereka sendiri.
- 2) *The theory of dependent-care*, yang menjelaskan caranya anggota keluarga dan/atau teman memberikan tanggungan perawatan bagi seseorang yang bergantung secara sosial.
- 3) *The theory of self-care deficit*, yang menjelaskan mengapa orang dapat dibantu melalui keperawatan.
- 4) *The theory of nursing systems*, yang menjelaskan hubungan yang harus dibawa dan dipertahankan untuk keperawatan yang akan dilakukan.

Orem mengidentifikasi faktor-faktor penting untuk pengembangan ilmu keperawatan:

- 1) Model mengamalkan ilmu.
- 2) Valid, reliabel, teori umum perawatan.
- 3) Model operasi menjadi operasional praktik keperawatan.
- 4) Pengembangan struktur konseptual dari teori umum integrasi elemen konseptual teori dengan operasi menjadi operasional praktik.

Pekerjaan Orem terkait dengan bentuk ilmu keperawatan sebagai ilmu praktis memberikan landasan untuk pengembangan tubuh pengetahuan. Merupakan upaya sarjana perawat dan peneliti perawat untuk membangun dan menghasilkan tubuh pengetahuan yang menjadi acuan perawat dalam penyediaan perawatan kepada orang-orang membutuhkan keperawatan.

### **3. *Nursing Theories and Grand Theory***

Teori keperawatan yang menggambarkan, menjelaskan, atau memprediksi hasil berdasarkan hubungan antara konsep fenomena keperawatan. Teori mengusulkan hubungan dengan mbingkai masalah keperawatan dan mendefinisikan istilah yang relevan. Teori keperawatan dapat dikembangkan pada berbagai tingkat abstraksi. Grand nursing theory dianggap sebagai teori karena meskipun hampir sama abstraknya dengan model konseptual, teori ini mengusulkan hasil yang menguji premis utama grand theory. Contoh *Grand Nursing Theory*:

a. *The Theory of Nursing as Caring by Boykin and Schoenhofer*

Teori Keperawatan sebagai caring bersifat umum atau besar. Teori keperawatan yang menawarkan kerangka kerja filosofis yang luas dengan implikasi praktis untuk mengubah praktik. Menurut Boykin dan Schoenhofer, perspektif keperawatan sebagai caring, fokus dan tujuan keperawatan sebagai disiplin ilmu pengetahuan dan layanan profesional adalah "*nurturing persons living caring and growing in caring*". Teori itu didasarkan pada asumsi mendasar bahwa (1) menjadi manusia adalah menjadi peduli, dan (2) kegiatan disiplin dan profesi keperawatan. Menyatu dalam mengenal orang sebagai yang merawat dan memelihara mereka sebagai pribadi yang hidup dan tumbuh dalam merawat. Kepedulian diciptakan secara unik pada saat itu sebagai respons terhadap pengalaman unik suatu panggilan untuk asuhan keperawatan, tidak ada hasil yang ditentukan. *Caring* yang dialami oleh perawat dan orang lain dalam situasi keperawatan yang bisa dijelaskan dan dihargai.

b. *Transition Theory by Meleis*

Kondisi transisi adalah "*those circumstances that influence the way a person moves through a transition, and that facilitate or hinder progress toward achieving a healthy transition*". Kondisi transisi meliputi pribadi, komunitas, atau masyarakat. Faktor-faktor yang dapat mempercepat atau menghalangi proses dan keluar dari transisi yang sehat. Kondisi pribadi meliputi makna, keyakinan budaya dan sikap, status sosial ekonomi, persiapan, dan pengetahuan. Makna yang melekat pada beberapa peristiwa yang mempercepat transisi dan proses transisi itu sendiri dapat mempercepat atau menghalangi transisi yang sehat.

c. *Health Promotion Model by Pender*

Perilaku yang mempromosikan kesehatan adalah titik akhir atau tindakan hasil yang diarahkan untuk mencapai kesehatan yang positif hasil yang dicapai seperti kesejahteraan optimal, pemenuhan pribadi, dan hidup produktif. Contoh perilaku yang mempromosikan kesehatan adalah makan makanan yang sehat, berolahraga secara teratur, mengelola stres, istirahat yang cukup, pertumbuhan spiritual, dan membangun hubungan yang positif.

d. *Culture Care Theory by Leininger*

Sebagai teori perawatan manusia holistik dalam keperawatan, Budaya *Care Theory of Diversity and Universality* dihargai di seluruh dunia. Praktik perawat sekarang sudah holistik, berbudaya berdasarkan temuan penelitian untuk digunakan dalam merawat klien dari budaya atau subkultur yang beragam dan serupa. Pemandang baru dalam teori dan manfaat metode dari mentor ahli yang berpengalaman, selain mempelajari penelitian transkultural yang sebelumnya itu menggunakan teori dan metode. Perawat sering menyatakan bahwa teori itu alami untuk keperawatan dan membantu seseorang mendapatkan wawasan baru tentang perawatan, kesehatan, dan kesejahteraan. Tidak diragukan lagi, teori akan terus membimbing membangun pengetahuan keperawatan dan penemuan aplikasi baru praktik menggunakan perawatan budaya model keputusan dan tindakan dalam masyarakat yang semakin multi budaya dan global.

e. *Theory of Human Becoming by Parse*

Teori human becoming berlanjut sebagai teori untuk masa depan. Sebagai perawat mempertanyakan dalam berhubungan dengan orang lain dan mempertanyakan basis disiplin pengetahuan. Teori human becoming memberikan perspektif dan bidang kemungkinan untuk perubahan dan pertumbuhan. Administrator yang melibatkan perawat terus mengklarifikasi tidak hanya yang mereka inginkan dari profesional, tetapi juga yang mereka inginkan profesional mereka lakukan. Pendekatan mekanis terus kehilangan daya tarik untuk profesional perawatan kesehatan yang mandatnya berhubungan dengan orang sebagai manusia hidup dengan harapan dan tanpa harapan, sukacita dan kesedihan, hidup dan mati. Teori ini adalah pendekatan kemanusiaan untuk perawat dan bahkan lebih sebagai manusia berkembang.

#### **4. *Middle Range Nursing Theory***

*Middle Range Theory* adalah level teori yang paling tidak abstrak untuk penerapan praktik yang konkret dan mencakup karakteristik praktik atau situasi keperawatan. *Middle Range Theory* adalah bukti teoretis dari penerapan dan hasil serta mengembangkan bukti untuk hasil praktik keperawatan. *Middle Range Theory* dapat dikenali karena

mengandung karakteristik praktik keperawatan. Karakteristik *Middle Range Theory*:

- a. Situasi atau kondisi kesehatan klien atau pasien atau populasi pasien atau kelompok usia.
- b. Lokasi atau area praktik (misalnya komunitas).
- c. Tindakan perawat atau intervensi.
- d. Hasil klien atau pasien diantisipasi.

Contoh *Middle Range Theory*:

- a. *Maternal Role Attainment - Becoming a Mother by Ramona T. Mercer*

Teori Maternal Role Attainment telah ditunjukkan berguna dalam penelitian dan praktik bagi perawat dan disiplin lain yang berkaitan dengan pengasuhan anak. Keibuan dan pencapaian peran pengasuhan adalah hal yang sangat penting, proses yang kompleks dan bertingkat. Teori Mercer membuat proses ini logis dan dapat dimengerti dan memberikan dasar yang kuat untuk praktik, pendidikan, dan riset. *Maternal Role Attainment* adalah proses yang mengikuti empat tahap akuisisi peran:

- 1) *Anticipatory*: Tahap antisipatif dimulai selama kehamilan dan termasuk penyesuaian sosial dan psikologis awal terhadap kehamilan. Sang ibu belajar harapan peran, berfantasi tentang peran, berhubungan dengan janin dalam rahim, dan mulai bermain peran.
- 2) *Formal*: Tahap formal dimulai dengan lahirnya sang bayi dan termasuk belajar dan mengambil peran dari ibu. Perilaku peran dipandu oleh ekspektasi konsensual formal dari orang lain dalam lingkungan sosial ibu.
- 3) *Informal*: Tahap informal dimulai sebagai ibu mengembangkan cara-cara unik menghadapi peran yang tidak disampaikan oleh sistem sosial. Wanita itu membuatnya peran baru sesuai dengan gaya hidupnya saat ini berdasarkan masa lalu, pengalaman dan tujuan masa depan.
- 4) *Personal*: Tahap identitas pribadi atau peran terjadi sebagai wanita menginternalisasi perannya. Sang ibu mengalami rasa harmoni, kepercayaan diri, dan kompetensi dalam cara dia melakukan peran, dan peran keibuan tercapai.

Tahapan pencapaian peran tumpang tindih dan diubah dari bayi tumbuh dan berkembang. Identitas peran ibu mungkin dicapai dalam sebulan, atau bisa memakan waktu beberapa bulan. Tahapan tersebut dipengaruhi oleh dukungan sosial, stres, fungsi keluarga, dan hubungan antara ibu dan ayah atau orang penting lainnya.

### C. Perbedaan dan Perbandingan Teori

Menurut Kasron, Sahran dan Ohorella (2016) perbedaan antara berbagai tingkatan teori (*Metatheory, Grand Theory, Middle Range Theory, and Practice Theory*).

No	Indikator	<i>Meta Theory</i>	<i>Grand Theory</i>	<i>Middle Range Theory</i>	<i>Practice Theory</i>
1	Tingkat abstrak dan cakupan	Paling abstrak dan sangat luas cakupannya	Lebih abstrak dari <i>middle range</i> , kurang abstrak dari <i>metatheory</i> , cakupan masih luas/umum	Lebih spesifik cakupannya (hampir kongkrit), lebih abstrak dari praktik teori dan kurang abstrak dari <i>grand theory</i>	Lebih spesifik ruang lingkup pembahasannya (paling kongkrit dibanding yang lainnya).
2	Fokus	Pandangan sistematis atas fenomena-fenomena yang masih bersifat abstrak dalam menjelaskan suatu konsep keilmuan keperawatan	Menggabungkan pengetahuan menjadi suatu kerangka teori dalam menjelaskan suatu fenomena keperawatan	Gabungan dari beberapa konsep untuk menjelaskan suatu konsep atau untuk mengetahui efek dari konsep-konsep	Aplikasi dari konsep.
3	Penggunaan dalam praktik	Belum bisa diaplikasikan secara langsung dalam praktik keperawatan	Sulit diaplikasikan secara langsung, karena bersifat normatif sehingga lebih diutamakan untuk pengembangan <i>middle range theory</i> .	Lebih dapat diaplikasikan pada praktik tetapi lebih tepat pada penelitian keperawatan sehingga sesuai untuk pengujian secara empiris.	Aplikatif dalam praktik keperawatan.
4	Karakteristik Konsep	Kejadiannya dapat dilakukan observasi secara umum dan kompleks.	Konsep abstrak dan tidak terdefinisi secara operasional	Sejumlah konsep terbatas, namun cukup konkrit dan dapat didefinisikan secara opera-	Mandiri, konsep konkret yang dapat dioperasionalkan

Falsafah dan Teori Keperawatan

No	Indikator	<i>Meta Theory</i>	<i>Grand Theory</i>	<i>Middle Range Theory</i>	<i>Practice Theory</i>
				sional.	
5	Karakteristik proposisi	Mencakup dan keseluruhan teori	Proposisi tidak selalu eksplisit	Proposisi ditetapkan secara jelas	Proposisi jelas
6	Pengembangan sumber	Tujuannya untuk menjelaskan segala peristiwa yang berkaitan dengan disiplin ilmu	Dikembangkan melalui model konseptual	Dikembangkan dari <i>grand theory</i> , model konseptual, penelitian literatur, pedoman untuk praktik	Berasal dari pengalaman klinis <i>middle range</i> atau uji empiris.



## TEORI MIDDLE RANGE DALAM KEPERAWATAN

### A. Pengertian

Menurut Smith dan Liehr (2018) teori *Middle Range* adalah serangkaian ide atau gagasan yang saling berhubungan dan berfokus pada suatu dimensi terbatas. Teori-teori ini terdiri dari beberapa konsep yang saling berhubungan dan dapat digambarkan dalam suatu model. Menjelaskan fenomena spesifik, lebih sesuai untuk uji empiris, lebih konkrit dan sempit daripada *grand theory* dalam penelitian dan digunakan untuk memandu praktik keperawatan dan riset. Peran utama teori *middle range* adalah mendefinisikan atau menghaluskan substansi ilmu dan praktik keperawatan. Hal ini penting bagi perawat praktisioner dan perawat pendidik yang secara terus menerus membangun pengetahuan untuk disiplin ilmu keperawatan.

*Middle range of theory* memiliki 3 tipe :

1. *Middle Range Descriptive Theory* yaitu teori paling dasar dalam *middle range of theory*. Teori ini menggambarkan atau mengklasifikasikan suatu fenomena dan mungkin hanya mencakup satu konsep teori, contohnya hubungan interpersonal dari teori Peplau tentang hubungan interpersonal.
2. *Middle Range Explanatory Theory* bersifat memberi penjelasan, memiliki kriteria, lingkup, tingkat abstraksi, dan kestabilan penerimaan secara luas. Dalam lingkup dan tingkatan abstrak, *middle range theory* cukup spesifik untuk memberikan petunjuk riset dan praktik, cukup umum pada campuran populasi klinik dan mencakup fenomena yang sama. *Middle range theory* relatif baru dalam ilmu keperawatan, teori ini berguna untuk praktik dan

penelitian keperawatan. Peran utama *middle range theory* adalah mendefinisikan atau menghaluskan substansi ilmu yaitu teori yang khusus menjelaskan hubungan antara dua atau lebih konsep. Teori ini menjelaskan mengapa dan bagaimana memilih satu konsep yang dihubungkan dengan konsep lainnya, contohnya teori Watson tentang *Human Caring*.

3. *Middle range Predictive theory*, teori ini memprediksi ketepatan hubungan antara konsep atau efek dari satu atau lebih konsep di dalam satu atau lebih konsep lainnya. Tipe ini ditujukan untuk suatu perubahan-perubahan dalam sebuah fenomena yang terjadi.

## **B. Tokoh-Tokoh Teori Middle Range**

Alligood (2014) menjelaskan tokoh-tokoh teori *middle range* dalam keperawatan adalah.

### **1. Ramona T. Mercer**

Ramona T. Mercer mengembangkan salah satu model konseptual keperawatan yang mendasari keperawatan meternitas yaitu *Maternal Role Attainment-Becoming a Mother*. Fokus utama dari teori ini adalah gambaran proses pencapaian peran ibu dan proses menjadi seorang ibu dengan berbagai asumsi yang mendasarinya. Model ini juga menjadi pedoman bagi perawat dalam melakukan pengkajian pada bayi dan lingkungannya. Digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan bayi, memberikan bantuan terhadap bayi dengan pendidikan dan dukungan. Memberikan pelayanan pada bayi yang tidak mampu untuk melakukan perawatan secara mandiri dan mampu berinteraksi dengan lingkungannya.

Konsep teori Mercer ini dapat diaplikasikan dalam perawatan bayi baru lahir terutama pada kondisi psikososial dan emosional bayi baru lahir masih sering terabaikan. Model konseptual Mercer memandang bahwa sifat bayi berdampak pada identitas peran ibu. Respon perkembangan bayi baru lahir yang berinteraksi dengan perkembangan identitas peran ibu dapat diamati dari pola perilaku bayi.

### **2. Katharine Kolcaba**

Kolcaba mengembangkan Teori Kenyamanan melalui tiga jenis pemikiran logis antara lain:

a. Induksi

Induksi terjadi ketika penyamarataan dibangun dari suatu kejadian yang diamati secara spesifik. Perawat dengan sungguh-sungguh melakukan praktik dan dengan sungguh-sungguh menerapkan keperawatan sebagai disiplin ilmu, sehingga mereka menjadi terbiasa dengan konsep implisit atau eksplisit, terminologi, dalil, dan asumsi pendukung praktiknya.

b. Deduksi

Deduksi adalah suatu format dari pemikiran logis, kesimpulan spesifik berasal dari prinsip atau pendapat yang lebih umum prosesnya dari yang umum ke yang spesifik.

c. Retroduksi

Retroduksi adalah suatu format pemikiran untuk memulai ide. Bermanfaat untuk memilih suatu fenomena yang dapat dikembangkan lebih lanjut dan diuji. Pemikiran jenis ini diterapkan di dalam bidang yang tersedia sedikit teori.

Teori ini melibatkan semua aspek holistik yang meliputi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial kultural. Untuk menilai semua aspek tersebut dibutuhkan komitmen tinggi dan kemampuan perawat yang terampil dalam hal melakukan asuhan keperawatan berfokus kenyamanan, yang di dalamnya dibutuhkan teknik *problem solving* yang tepat.

### 3. Pamela G.Reed (Teori *Self Transendence*)

a. *Vulnerability*

Kesadaran seseorang akan adanya kematian. Konsep *vulnerable* meningkatkan kesadaran akan situasi mendekati kematian termasuk di dalamnya adalah keadaan gawat seperti disabilitas, penyakit kronik, kelahiran, dan pengasuhan.

b. *Self-Transcendence*

Transendensi diri berarti suatu gerak melampaui hal yang telah dicapai, suatu gerak dari yang kurang baik menjadi baik dan dari yang baik menjadi lebih baik.

c. *Well-Being*

Didefinisikan sebagai perasaan sehat secara menyeluruh baik fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual. Menunjukkan suatu kesejahteraan dan keadan yang baik.

d. *Moderating-Mediating Factors*

Faktor-faktor yang memengaruhi proses transendensi diri yang berkontribusi terhadap kondisi yang baik, diantaranya: usia, jenis kelamin, kemampuan kognitif, pengalaman hidup, persepsi spiritual, lingkungan sosial, dan riwayat masa lalu.

e. *Point of Intervention*

Berdasarkan teori transendensi diri, terdapat dua poin intervensi.

- 1) Tindakan keperawatan secara langsung berfokus pada sumber-sumber yang berasal dari dalam diri seseorang terhadap transendensi diri.
- 2) Tindakan yang berfokus pada beberapa faktor personal dan kontekstual yang memengaruhi hubungan antara transendensi diri dan *vulnerabel* hubungan antar transendensi diri dan keadaan baik/sehat.

#### 4. **Carolyn L Wiener**

Hidup disituasikan dalam konteks biografi, konsepsi diri berakar pada kondisi fisik. Diformulasikan berdasarkan kemampuan menerima untuk membentuk kebiasaan atau aktivitas yang diharapkan dalam mencapai tujuan dari aturan yang berbeda. Interaksi dengan orang lain adalah pengaruh utama (*major influence*) untuk membentuk suatu konsep diri. Sebagai ragam peran perilaku, seseorang memonitor reaksi orang lain dan merasakan dirinya merupakan bagian yang terintegrasi dari proses yang dibentuk/dihasilkan.

Pengalaman tentang sakit selalu ditempatkan dalam konteks biografi oleh karena itu kondisi sakit adalah pengalaman yang masih berlanjut. Domain dari kondisi sakit adalah berhubungan dengan ketidakpastian bervariasi dalam dominasi di lintasan penyakit melalui aliran dinamis dari persepsi tentang diri dan interaksi dengan orang lain. Aktivitas dari hidup dan kehidupan seseorang dalam kondisi sakit merupakan bentuk kerja. Lingkungan dari kerja termasuk individu dan yang lainnya dengan semua interaksi, termasuk keluarga dan pelayanan kesehatan. Semua komponen yang berperan tersebut disebut total organisasi. Seorang yang sakit (pasien) merupakan pekerja utama namun semua pekerjaan yang diambil didalamnya dipengaruhi oleh total organisasi.

## 5. Cheryl Tatano Beck

### a. Teori Depresi Postpartum/ *Postpartum Depression Theory*

Depresi Postpartum adalah gangguan mood yang secara historis sering diabaikan dalam perawatan kesehatan, membiarkan ibu menderita dalam ketakutan, kebingungan, dan keheningan. Hal ini tidak terdiagnosa, dapat memengaruhi hubungan ibu-bayi dan menyebabkan masalah emosional jangka panjang bagi anak. Teori ini membedakan depresi postpartum dari gangguan mood dan kecemasan postpartum lainnya dan aspek-aspek depresi postpartum: gejala, prevalensi, faktor risiko, intervensi, dan efek pada hubungan dan perkembangan anak. Dibahas juga tentang Instrumen yang tersedia yang digunakan untuk skrining depresi postpartum. Cheryl menegaskan bahwa depresi merupakan hasil dari kombinasi stres fisiologis, psikologis, dan lingkungan dan bahwa gejala bervariasi dan kemungkinan akan muncul beberapa gejala. Depresi dapat terjadi juga pada kasus lainnya seperti pada pasien diabetes melitus. Candra dkk (2019), (2022), dan (2023) dari hasil penelitian yang dilakukan yang telah dipublikasikan di berbagai jurnal ilmiah menemukan pasien diabetes melitus mengalami depresi.

Cheryl memperkenalkan NURSE program untuk menangani depresi postpartum. NURSE program ini meliputi 5 aspek perawatan yang diperlukan untuk menyembuhkan depresi postpartum, yaitu:

- 1) *Nourishment and needs* (nutrisi dan kebutuhan lain)
- 2) *Understanding* (pemahaman)
- 3) *Rest and relaxation* (istirahat dan relaksasi)
- 4) *Spirituality* (spiritualitas)
- 5) *Exercise* (latihan)

Masing-masing aspek didiskusikan secara terpisah dan dikolaborasikan dengan ibu yg bersangkutan. Mereka seringkali hanya bisa berfokus pada satu atau dua aspek dalam satu waktu, namun program ini harus diselesaikan dalam setiap tahap penyembuhannya.

## 6. Merle Helaine Mishel

Teori Keraguan terhadap penyakit/*Uncertainty in Illness Theory*

Teori ini menjelaskan bahwa keraguan dapat memengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi pada suatu penyakit. Keraguan terhadap penyakit berhubungan dengan penyesuaian yang buruk, dan sering perlu dinilai sebagai ancaman yang memiliki efek merusak. Dalam populasi sakit, keraguan terhadap penyakit terkait dengan kepekaan yang meningkat terhadap nyeri dan toleransi yang menurun terhadap rangsangan nyeri. Keraguan terhadap penyakit juga terkait dengan koping maladaptif, *distress* psikologis yang lebih tinggi, dan penurunan kualitas hidup.

## 7. Phil Barker

- a. Nilai Tidal model dapat diringkas menjadi sepuluh komitmen yang perlu diperhatikan:
  - 1) *Value the voice* (menghargai suara). Mendengarkan cerita seseorang adalah yang hal yang terpenting.
  - 2) *Respect the language* (hormati bahasa). Memungkinkan orang untuk mengekspresikan, menggambarkan, dan mendeskripsikan pengalaman hidup mereka menggunakan cara dan bahasanya sendiri.
  - 3) *Develop genuine curiosity* (mengembangkan rasa ingin tahu). Menunjukkan ketertarikan dan rasa ingin tahu tentang cerita orang tersebut.
  - 4) *Become the apprentice* (menjadi *apprentice*). Menempatkan diri dalam cerita tersebut dan belajar serta mengambil hikmah dari cerita orang yang dibantu (klien).
  - 5) *Reveal personal wisdom* (mengungkapkan kebijaksanaan). Pada dasarnya setiap orang memiliki sikap bijaksana dalam menghadapi setiap pengalaman hidupnya. Praktisi atau tenaga penolong mempunyai tugas untuk membantunya mengungkapkan kebijaksanaan tersebut yang akan membantu dalam proses pemulihannya.
  - 6) *Be transparent* (jadilah transparan atau terbuka). Baik klien maupun praktisi atau tenaga penolong profesional berada dalam posisi istimewa dan harus menjadi model yang percaya diri, dengan cara setiap saat menjadi transparan atau terbuka dan

membantu untuk memastikan klien tersebut memahami hal yang sebenarnya sedang dilakukannya

- 7) *Use the available toolkit* (gunakan sumberdaya yang ada). Cerita seseorang berisi informasi yang berharga untuk mengetahui sumberdayanya yang dapat digunakan untuk membantu proses pemulihan dan yang tidak dapat digunakan.
  - 8) *Craft the step beyond* (menentukan langkah). Praktisi atau tenaga penolong bersama-sama dengan klien membangun sebuah apresiasi dan menentukan langkah apa yang harus dilakukan "sekarang" karena langkah awal merupakan langkah yang penting.
  - 9) *Give the gift of time* (berikan waktu). Tidak ada yang lebih berharga daripada waktu yang dihabiskan praktisi dan klien bersama-sama. Pertanyaan yang harus ditanyakan bukan "Berapa banyak waktu yang masih kita punya?" melainkan "Bagaimana kita menggunakan waktu yang ada saat ini?"
  - 10) *Know that change is constant* (ketahuilah bahwa perubahan adalah konstan). Hal ini merupakan pengalaman umum bagi semua orang.
- b. Tidal model berawal dari empat poin penting, yaitu:
- 1) Fokus terapeutik yang utama dalam kesehatan jiwa ialah dalam komunitas. Manusia hidup di "lautan pengalaman" dan krisis kejiwaan hanyalah satu dari sekian banyak hal yang dapat "menenggelamkan" mereka. Tujuan keperawatan atau asuhan kesehatan jiwa ialah untuk mengembalikan mereka ke "lautan pengalaman" tersebut sehingga mereka dapat melanjutkan perjalanan hidup mereka.
  - 2) Perubahan merupakan proses yang terus berjalan dan konstan. Manusia akan terus berubah, namun kadang mereka tidak menyadarinya. Salah satu tujuan utama intervensi yang dilakukan ialah untuk membantu klien membangun kesadaran bahwa sekecil apapun perubahan itu akan membawa dampak yang besar bagi hidupnya.
  - 3) Kekuatan terletak pada proses asuhan. Perawat membantu klien untuk mengidentifikasi agar ia dapat lebih berperan dalam

hidupnya dan mengontrol hidupnya serta pengalaman yang didapatnya.

- 4) Perawat dan klien adalah satu, tidak dapat dipisahkan seperti penari dalam sebuah tarian.

## **8. Kristen Swanson**

### *Theory of Caring*

Asal teori Swanson dapat ditemukan dalam wawancara yang dilakukannya pada wanita yang mengalami keguguran, orang tua yang memiliki anak di unit perawatan intensif, dan ibu yang secara sosial berisiko.

Melalui wawancara ini, Swanson mampu memahami ruang lingkup *caring* secara keseluruhan dan pada saat yang sama menguraikan dimensi spesifik dari hal yang diperlukan seorang perawat untuk merawat pasien. Satu diantaranya hal paling penting yang memberikan kontribusi pada teori keperawatan dalam hal ini, yaitu argumen bahwa pasien seharusnya tidak hanya dilihat sebagai individu yang terpisah, melainkan sebagai manusia seutuhnya. Hal yang menarik tentang pengertian pasien ini adalah bahwa Swanson selalu menempatkan peran perawat dalam proses *becoming* tersebut. Jadi dalam aspek kesehatan *becoming* tersebut, perawat tidak hanya menjadi dispenser pengobatan medis, tetapi juga merupakan mitra dalam membantu pasien lebih dekat dengan tujuannya (*well-being*).

## **9. Shirley M. Moore**

Shirley M. Moore lahir pada tahun 1948. Lulus diploma keperawatan tahun 1969 di *Youngtown Hospital Association School of Nursing* Tahun 1974 mengambil *Bachelor of Nursing* di *Kent State University*, kemudian mengambil gelar Master di bidang mental psikiatri pada tahun 1990, dan Doktornya di bidang *Nursing Science* pada tahun 1993 di Case Western Reserve University.

### a. Sumber Teori

Dalam teori *End Of Life*, setting struktur adalah sistem keluarga (pasien penyakit terminal dan orang-orang terdekat) yang menerima asuhan dari tenaga profesional di unit akut rumah sakit, dan prosesnya dijelaskan sebagai tindakan-tindakan (intervensi

keperawatan) yang didesain untuk meningkatkan hasil positif terkait dengan:

- 1) Bebas dari rasa sakit
- 2) Mendapatkan penghiburan
- 3) Mendapatkan martabat dan rasa hormat
- 4) Berada dalam kedamaian
- 5) Mengalami kedekatan kepada orang lain yang signifikan dan mereka yang peduli.

b. Penggunaan Bukti Empiris

Teori ini berdasarkan bukti empiris yang berasal dari pengalaman langsung perawat-perawat ahli dan tinjauan menyeluruh dari literatur beberapa komponen teori berasal. Kelompok praktisi yang mengembangkan standar asuhan *peaceful end of life* ini mempunyai pengalaman klinik sekurang-kurangnya 5 tahun dalam merawat pasien penyakit terminal. Standar asuhan terdiri dari praktik-praktik terbaik berdasarkan bukti penelitian dalam area manajemen nyeri, rasa nyaman, nutrisi dan relaksasi. Di dalam teori preferensi terdapat usulan pernyataan yang berhubungan dengan bukti empiris yang dibutuhkan dan dari pernyataan ini hipotesis dapat diturunkan dengan mudah dites kegunaannya.

c. Pengembangan Lebih Lanjut

Teori *End Of Life*, damai adalah sebuah teori baru yang menggunakan sumber berupa sejumlah langkah dapat digunakan untuk memajukan pembangunan. Teori ini bisa mempertimbangkan penggabungan beberapa kriteria proses dari tiga konsep (nyeri, kenyamanan, damai) menciptakan sebuah konsep tunggal yang terkait dengan manajemen gejala fisik psikologis. Konsep atau pemetaan analisis dapat digunakan untuk menentukan jika beberapa kriteria proses yang berhubungan dengan tiga konsep (nyeri, kenyamanan, damai). Misalnya:

- 1) Kriteria proses dan konsep nyeri (monitoring dan mengelola rasa sakit dan menerapkan intervensi farmakologis dan non farmakologis)
- 2) Kriteria proses kenyamanan (mencegah, pemantauan, dan menghilangkan ketidaknyamanan fisik)
- 3) Proses perdamaian kriteria (pemantauan dan pasien yang memenuhi kebutuhan obat anti ansietas).

- 4) Intervensi *non pharmacological* (misalnya musik, humor, atau relaksasi) yang berfungsi untuk distrac pasien sekarat yang berguna untuk menghilangkan nyeri, kecemasan, dan ketidaknyamanan fisik secara umum.

## **10. Georgene Gaskill Eakes**

Georgene Gaskill Eakes lahir di kota New Bern di negara bagian Carolina Utara. Dia lulus dari *Watts Hospital School of Nursing* di Durham, North Carolina, dengan diploma keperawatan pada tahun 1966. Di *North Carolina Agricultural and Technical State University* memperoleh gelar *Baccalaureate* pada tahun 1977 dengan *Summa Cumlaude*.

*The Nursing Consortium for Chronic Sorrow Research* (NCRCS) diadakan untuk pertama kalinya pada musim panas 1989. Atas dasar bukti empiris yang cukup, ahli teori NCRCS memodifikasi definisi kesedihan kronis untuk mencakup kekambuhan berkala dari kesedihan permanen, meresap atau kesedihan lainnya. Anggota NCRCS menargetkan populasi dengan penyakit kronis yang mengancam jiwa, pengasuh, dan orang yang berduka dengan pendekatan kualitatif (Egenes, 2017). Studi Eakes berfokus pada diagnosis kanker, pengasuh keluarga anak-anak dengan penyakit mental, dan orang-orang yang pernah mengalami kematian (Smith dan Liehr, 2018).

### **a. Sumber Teori**

Menurut Coughlin dan Sethare (2017) istilah kehilangan kronis pertama kali digunakan dalam literatur 40 tahun yang lalu untuk menggambarkan pengalaman berduka yang berulang. Dialami orang tua dari anak-anak cacat. Kesedihan yang terus-menerus ini berlangsung sepanjang hidup seseorang, namun intensitasnya berfluktuasi dari waktu ke waktu, skenario ke situasi, dan anggota keluarga ke anggota keluarga. Kesedihan kronis adalah respons normal terhadap situasi kehilangan yang terus-menerus, bukan fenomena patologis (Smith dan Liehr, 2018).

## **C. Kegunaan dan Contoh Teori Middle Range**

Menurut Smith dan Liehr (2018) kegunaan dan contoh dari teori middle range dalam keperawatan yaitu:

1. Dalam bidang praktik dan penelitian mudah diaplikasikan dan cukup abstrak secara ilmiah. Tingkatnya menengah diorganisasi dalam lingkup terbatas, variable terbatas, serta dapat diuji secara langsung.
2. Mampu menstimulasi dan mengembangkan pemikiran rasional dari penelitian.
3. Membimbing dalam penelitian variable dan pernyataan dalam penelitian.
4. Membantu praktik dengan memfasilitasi pemahaman terhadap perilaku klien.

Contoh Teori Middle Range:

No	Tipe	Teori
1	Fisiologi	Nyeri akut, intervensi <i>Chronotherapeutic</i> nyeri setelah pembedahan, <i>dyspnea</i> , proses <i>perimonopause</i> , <i>unpleasant symptoms</i>
2	Kognitif	<i>Health belief</i> , <i>social learning theory</i>
3	Emosional	Sedih kronis, empati, <i>grief</i> , <i>hope</i> , depresi postpartum
4	Sosial	<i>Home care</i> , <i>informed caring</i> , <i>maternal role attainment</i> , <i>negotiating partnership</i> , <i>quality of family caregiving</i>
5	<i>Integrative</i>	<i>Health promotion</i> , <i>ilness constellation</i> , <i>interaction model of client behavior</i>

#### D. Asumsi Yang Mendasari Teori Middle Range

Alligood (2014) menjelaskan *Middle Range Theory of Caring* dapat memberikan asuhan keperawatan yang bernilai kepada klien dengan penuh rasa komitmen dan tanggung jawab. Terdapat 5 asumsi yang mendasari konsep tersebut, diantaranya:

##### 1. *Maintaining Belief*

Memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup seseorang adalah dasar dari *caring* dalam praktik keperawatan.

Sub Dimensinya:

- a. *Believing in*: Perawat menanggapi hal yang klien rasakan dan percaya bahwa perasaan-perasaan tersebut bisa terjadi dan wajar terjadi pada siapapun yang sedang dalam masa transisi.
- b. *Offering a hope-filled attitude*: Menunjukkan perilaku bahwa perawat sepenuhnya peduli terhadap masalah yang dialami dengan sikap tubuh, kontak mata dan intonasi bicara perawat.
- c. *Maintaining realistic optimism*: Menjaga dan menunjukkan optimisme perawat dan harapan terhadap sesuatu yang menimpa klien secara realistis dan berusaha memengaruhi agar klien mempunyai optimisme dan harapan yang sama.
- d. *Helping to find meaning*: Membantu klien menemukan makna akan masalah yang terjadi sehingga klien perlahan-lahan menerima bahwa setiap orang dapat mengalami hal yang dialami klien.
- e. *Going the distance* (menjaga jarak): Semakin jauh menjalin atau menyelami hubungan dengan tetap menjaga hubungan sebagai perawat-klien. Tujuan akhir dalam tahap ini adalah kepercayaan klien sepenuhnya terhadap perawat dan *responsibility* serta *caring* secara total oleh perawat kepada klien.

## 2. **Knowing**

*Knowing* adalah penghubung dari keyakinan keperawatan terhadap realita kehidupan. Adapun sub dimensinya :

- a. *Avoiding assumptions*: Menghindari asumsi-asumsi
- b. *Assessing thoroughly*: Melakukan pengkajian menyeluruh meliputi biologis, psikososial, spiritual, dan kultural
- c. *Seeking clue*: Perawat menggali informasi-informasi secara mendalam
- d. *Centering on the one cared for*: Perawat berfokus pada klien dalam melakukan asuhan keperawatan
- e. *Engaging the self of both*: Melibatkan diri sebagai perawat secara utuh dan bekerja sama dengan klien dalam melakukan asuhan keperawatan yang efektif.

## 3. **Being With**

Artinya tidak hanya hadir secara fisik, tetapi juga komunikasi dan berbagai perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama klien.

Sub Dimensinya:

- a. *Non-burdening*: Perawat bekerja sama dengan klien tanpa memaksakan kehendak kepada klien dalam melakukan tindakan keperawatan.
- b. *Covering availability*: Menunjukkan kesediaan perawat dalam membantu klien dan memfasilitasi klien untuk mencapai tahap kesejahteraan atau *well being*.
- c. *Enduring with*: Bersama-sama berkomitmen dengan klien berusaha dalam meningkatkan kesehatan klien.
- d. *Sharing feeling*: Berbagai pengalaman bersama klien yang berkaitan dengan usaha peningkatan kesehatan klien.

Dengan *Being With*, perawat dapat menunjukkan kontak mata, bahasa tubuh, nada suara, mendengarkan serta memiliki sikap positif dan bersemangat, sehingga akan membentuk suasana keterbukaan dan saling mengerti.

#### **4. Doing For**

Bersama-sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien.

Sub Dimensinya:

- a. *Comforting*: Dalam melakukan tindakan keperawatan dilakukan dengan memberi kenyamanan pada klien dan menjaga privasi klien.
- b. *Performing competently*: Tidak hanya berkomunikasi dan memberikan kenyamanan dalam tindakannya, perawat juga menunjukkan kompetensi atau skill nya sebagai perawat profesional.
- c. *Preserving dignity*: Menjaga martabat klien sebagai individu atau memanusiakan manusia.
- d. *Anticipating*: Perawat dalam melakukan tindakan selalu meminta persetujuan klien dan keluarga.
- e. *Protecting*: Melindungi hak-hak klien dalam memberikan asuhan keperawatan dan tindakan medis.

### 5. *Enablings*

Memberdayakan klien, memfasilitasi klien untuk melewati masa transisinya, memberi dukungan, memvalidasi perasaan dan memberikan umpan balik atau *feedback*.

Sub Dimensinya:

- a. *Validating*: Memvalidasi semua tindakan yang telah dilakukan
- b. *Informing*: Memberikan informasi yang berkaitan dengan peningkatan kesehatan klien dalam rangka memberdayakan klien dan keluarga klien
- c. *Supporting*: Memberikan dukungan kepada klien dalam mencapai kesejahteraan atau well being sesuai kapasitas sebagai perawat
- d. *Feedback*: Memberikan umpan balik terhadap sesuatu yang dilakukan oleh klien dalam usahanya mencapai kesembuhan
- e. *Helping patients to focus generate alternatives*: Menolong pasien untuk selalu fokus dan terlibat dalam program peningkatan kesehatannya baik tindakan keperawatan maupun tindakan medis.



## TEORI KEPERAWATAN FLORENCE NIGHTINGALE

### A. Biografi

Menurut Lestari dan Ramadhaniyati (2018) Sejarah Keperawatan Dunia mengenal sosok Florence Nightingale sebagai pioner keperawatan. Florence Nightingale sendiri lahir sebagai ibu dari keperawatan modern, yang dilatar belakangi kejadian perang dunia. Florence Nightingale merupakan keluarga kaya di Inggris, lahir di Italia, orang tuanya mendidik Nightingale dengan pengetahuan bahasa Latin, Yunani, Jerman, Prancis, Italia, matematika, ilmu pengetahuan alam, sastra kuno, dan sastra modern. Beranjak dewasa Nightingale membuat keputusan besar untuk dirinya dan keluarga.

Florence Nightingale lahir pada tanggal 12 Mei 1820 di Florence, Italia dari garis keturunan bangsawan Inggris. Namanya diambil dari nama kota tempat ia dilahirkan. Saat remaja Nightingale memutuskan untuk mengikuti pelatihan sebagai seorang perawat di Kaiserwerth, Jerman pada tahun 1851 selama tiga bulan. Keputusan ini membawanya pada sebuah pencapaian diakhir pelatihan dirinya terpilih sebagai satu diantaranya murid keperawatan yang diajar khusus oleh guru tempat ia mengambil pelatihan. Pendidikan lanjutan sebagai seorang perawat di tempat pelatihan pun dijalankan selama dua tahun. Setelah menyelesaikan pelatihannya, Nightingale kembali ke Inggris dan bekerja di rumah sakit, seta bekerja sebagai relawan di institusi yang berkaitan dengan keperawatan (Lestari dan Ramadhaniyati, 2018). Tahun 1853, Nightingale mendapatkan penghargaan dari ayahnya, dan

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

## **B. Konsep Utama Paradigma Keperawatan**

Menurut Lestari dan Ramadhaniyati (2018) Nightingale mempercayai bahwa keperawatan harus bersifat holistik atau perawatan yang menyeluruh, yang juga menyentuh sisi spiritual pasien. Perawat juga harus memberikan promosi kesehatan yang berisikan informasi yang akurat baik untuk individu yang sehat maupun individu yang sakit. Beberapa konsep utama paradigma filosofi keperawatan Florence Nightingale yaitu:

- a. Manusia, Nightingale tidak mendefinisikan manusia secara kompleks. Nightingale mengungkapkan bahwa manusia memiliki timbal balik terhadap lingkungan yang akan berpengaruh terhadap status kesehatannya.
- b. Lingkungan, dalam filosofi keperawatan Nightingale lingkungan merupakan hal yang paling ditekankan yang lebih dikenal dengan model lingkungan Nightingale. Lingkungan memengaruhi status kesehatan individu yang terbagi menjadi dua yaitu lingkungan eksternal seperti temperatur, tempat tidur, dan ventilasi, dan lingkungan internal yaitu makanan, air dan obat-obatan.
- c. Kesehatan, Kesehatan tidak hanya berarti bahwa seseorang terbebas dari berbagai penyakit, tetapi juga jika individu memiliki

cukup energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kebutuhannya.

- d. Keperawatan, Perawat berperan dalam mengondisikan dan memodifikasi lingkungan yang berfungsi untuk mempercepat proses penyembuhan atau mempertahankan status kesehatan individu yang sehat.

### **C. Model Konsep dan Teori Keperawatan Menurut Florence Nightingale**

Nightingale memposisikan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan dan perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit model konsep ini dalam upaya memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran. Orientasi pemberian asuhan keperawatan tindakan keperawatan lebih diorientasikan pada pemberian udara, lampu, kenyamanan lingkungan, kebersihan, ketenangan dan nutrisi yang adekuat (jumlah vitamin atau mineral yang cukup). Dimulai dari pengumpulan data dari pada tindakan pengobatan semata. Upaya teori tersebut dalam rangka perawat mampu menjalankan praktik keperawatan mandiri tanpa tergantung dengan profesi lain (Alligood, 2018).

Menurut Furqan (2020) ada 3 Lingkungan Utama dalam teori lingkungan Nightingale yang diakui secara global dan digunakan oleh perawat untuk membantu pasien dalam penyembuhan dengan cara yang alami.

#### **1. Lingkungan Fisik (*Physical Environment*)**

Menurut Florence Nightingale lingkungan dasar yang alami berhubungan dengan ventilasi dan udara. Lingkungan fisik yang bersih akan memengaruhi pasien itu berada, di dalam ruangan harus bebas dari debu, bau-bauan, dan asap. Demikian juga dengan tempat tidur harus bersih, ruangan hangat, udara bersih dan tidak lembab. Dibuatnya lingkungan ini sampai dengan sedemikian rupa agar dapat memudahkan perawatan bagi orang lain maupun dirinya sendiri. Baik itu luas, tinggi tempat tidur harus memberikan keleluasaan bagi pasien untuk beraktivitas. Kamar tidur harus mendapatkan penerangan yang cukup, jauh dari kebisingan dan bau limbah. Posisi pasien ditempat tidur harus diatur dengan sedemikian rupa agar mendapat ventilasi yang cukup.

## 2. Lingkungan Psikologi (*Psychology Environment*)

Menurut Florence Nightingale kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stres fisik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien, karena hal itu pasien diharuskan menjaga rangsangan fisiknya. Mendapatkan makanan dan sinar matahari yang cukup serta melakukan aktivitas manual yang dapat merangsang semua faktor untuk dapat mempertahankan emosinya. Komunikasi yang terjalin dengan pasien dipandang dalam suatu konteks lingkungan secara menyeluruh, komunikasi tidak boleh dilakukan secara terburu-buru atau terputus-putus. Komunikasi terkait pasien yang dilakukan dokter dengan keluarga sebaiknya dilakukan dilingkungan pasien dan kurang baik dilakukan diluar lingkungan pasien atau jauh dari pendengaran pasien. Jangan memberikan harapan yang berlebihan dan menasehati secara berlebihan tentang kondisi lingkungan tempat dia tinggal, atau menceritakan hal-hal yang menyenangkan akan memberikan rasa nyaman bagi pasien.

## 3. Lingkungan Sosial (*Social Environment*)

Menurut Florence Nightingale observasi dari lingkungan sosial terutama hubungan yang spesifik, data spesifik dikumpulkan dan kemudian diubungkan dengan keadaan penyakit, hal ini sangat penting dilakukan untuk pencegahan penyakit. Dengan demikian setiap perawat harus melakukan kemampuan pengamatannya dalam menghubungkan kasus-kasus secara spesifik lebih dari sekedar data yang ditunjukkan pasien pada umumnya. Seperti hubungan komunitas dengan lingkungan sosial, yang berarti lingkungan pasien secara menyeluruh tidak hanya meliputi lingkungan rumah atau lingkungan rumah sakit, namun juga keseluruhan komunitas yang berpengaruh terhadap lingkungan secara khusus.

## **D. Hubungan Teori Florence Nightingale Dengan Proses Keperawatan**

Menurut Furqan (2020) teori Florence Nightingale memiliki hubungan dengan proses keperawatan yaitu:

1. Pengkajian/pengumpulan data. Data pengkajian Florence Nightingale lebih menitik beratkan pada kondisi lingkungan (lingkungan fisik, psikis, dan sosial).

2. Analisa data. Data dikelompokkan berdasarkan lingkungan fisik, sosial dan mental yang berkaitan dengan kondisi klien yang berhubungan dengan lingkungan keseluruhan.
3. Masalah difokuskan pada hubungan individu dengan lingkungan misalnya;
  - a. Kurangnya informasi tentang kebersihan lingkungan
  - b. Ventilasi merupakan indikasi yang berhubungan dengan komponen lingkungan yang menjadi sumber penyakit dan dapat juga sebagai sumber pemulihan penyakit.
  - c. Pembuangan sampah
  - d. Pencemaran lingkungan
  - e. Komunikasi sosial, dan lainnya.

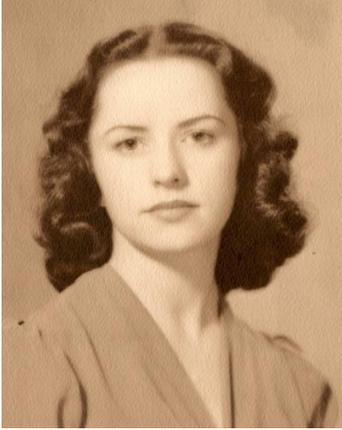
Diagnosis keperawatan berbagai masalah klien yang berhubungan dengan lingkungan antara lain:

- a. Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap efektivitas asuhan.
- b. Penyesuaian terhadap lingkungan.
- c. Pengaruh stresor lingkungan terhadap efektivitas asuhan.

Implementasi (Pelaksanaan) upaya dasar merubah/ memengaruhi lingkungan yang memungkinkan terciptanya kondisi yang baik yang memengaruhi kehidupan, pertumbuhan, dan perkembangan individu. Evaluasi mengobservasi (pengamatan) dampak perubahan lingkungan terhadap kesehatan individu.

Teori Florence Nightingale dapat diringkas sebagai berikut: Sebagai pendiri Keperawatan Modern dan Pelopor Teori Lingkungan. Keperawatan sebagai Tindakan dengan memanfaatkan lingkungan pasien untuk membantunya dalam pemulihannya. Keperawatan menggunakan udara yang segar, cahaya, kehangatan, kebersihan, ketenangan, pemilihan dan pemberian diet yang tepat. Ada lima faktor lingkungan yang diidentifikasi: udara segar, air murni, drainase yang efisien, kebersihan atau sanitasi, dan cahaya atau sinar matahari langsung.





## TEORI KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON

### A. Biografi

Virginia Henderson lahir pada 1897, di Kansas City. Ia memperkenalkan definisi keperawatan yang dipengaruhi oleh latar belakang pendidikannya dan kecintaannya dengan keperawatan saat Ia melihat korban-korban perang dunia. Mengungkapkan bahwa definisi keperawatan harus menyertakan prinsip keseimbangan fisiologis. Teori Virginia Henderson yaitu berusaha mengembalikan kemandirian, kekuatan, kemampuan, kemauan, dan pengetahuan individu tersebut. Selain itu, Virginia Henderson juga mengembangkan sebuah model keperawatan “*The Actifities of Living*” yang menjelaskan bahwa tugas perawat ialah membantu individu dalam meningkatkan kemandiriannya secepat mungkin yang tidak tergantung pada dokter tetapi harus menyampaikan rencananya pada dokter sewaktu mengunjungi pasien.

Henderson diperkenalkan dengan prinsip-prinsip fisiologis selama pendidikan pascasarjananya, dan pemahaman prinsip- prinsip ini adalah dasar untuk perawatan pasiennya. Teori ini menyajikan pasien sebagai sejumlah bagian dengan kebutuhan biopsikososial, dan pasien bukanlah klien atau konsumen. Pandangan Henderson untuk menyadari pentingnya meningkatkan kemandirian pasien sehingga kemajuan setelah rawat inap tidak akan tertunda.

Henderson adalah seorang pendidik perawat, dan dorongan utama dari teorinya berkaitan dengan pendidikan perawat. 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 (McKenna., Pajnikihar, and Murphy, 2014).

## **B. Kebutuhan Dasar Henderson**

Menurut Lestari dan Ramadhaniyati (2018) ada 14 kebutuhan dasar yang dibutuhkan pasien selama proses perawatan yang dapat menjadi rujukan perawat berdasarkan model keperawatan Henderson:

1. Pernafasan dengan normal.
2. Makan dan minum dengan adekuat.
3. Mampu melakukan eliminasi dengan teratur.
4. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
5. Istirahat-tidur.
6. Menggunakan pakaian yang nyaman, membuka dan memakai pakaian.
7. Menjaga suhu tubuh dengan rentang normal dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan.
8. Menjaga tubuh tetap bersih, terawat dan melindungi kulit dari kerusakan.
9. Menghindari lingkungan yang berbahaya dan menghindari trauma.
10. Melakukan komunikasi dengan orang lain dan mampu mengekspresikan perasaan, kebutuhan, kekhawatiran atau pendapat.
11. Melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan dan moral.
12. Bekerja dan menghasilkan suatu karya atau prestasi.
13. Melakukan aktivitas bermain dan rekreasi.
14. Memelajari, menggali dan memerioritaskan kepuasan terhadap fasilitas kesehatan.

Henderson menyebutkan keempat belas kebutuhan dasar manusia diatas dapat diklasifikasikan menjadi empat komponen, yaitu komponen biologis, psikologis, sosiologis dan spiritual. Kebutuhan dasar pada poin 1-9 termasuk komponen kebutuhan biologis. Pada poin 10 dan 14 termasuk komponen kebutuhan psikologis. Lalu pada poin 11 termasuk komponen spiritual. Sedangkan poin 12 dan 13 termasuk komponen kebutuhan sosiologis.

### **C. Konsep Utama Paradigma**

Menurut Jackson (2015) konsep utama paradigma teori keperawatan Henderson adalah:

#### 1. Manusia.

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

#### 2. Lingkungan.

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

#### 3. Kesehatan.

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

#### 4. Keperawatan.

Menurut Henderson keperawatan adalah sebuah seni yang menekankan pada sisi empati sebagai seorang perawat. Perawat dengan peran yang unik karena tidak hanya membantu atau mengkaji individu yang sakit, tetapi juga membantu atau mengkaji individu yang sehat. Berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan dan mengantarkan pasien menuju kematian yang damai. Henderson juga memandang bahwa seorang perawat bertugas

memberikan kekuatan, keyakinan dan pengetahuan untuk membantu proses penyembuhan pasien.

#### **D. Aplikasi teori Henderson dalam asuhan keperawatan**

Desmawati (2019) mengemukakan keperawatan menurut Henderson berkaitan erat dengan aplikasi penanganan kesehatan yang berinteraksi langsung dengan pasien. Dengan mengubah kondisi pasien dari yang semula tidak mampu atau bergantung menjadi mandiri. Menerapkan 14 komponen penanganan perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu:

a. Pengkajian

Perawat melakukan penilaian berdasarkan 14 komponen kebutuhan dasar yang dapat dilakukan melalui aspek tertentu yang meliputi psikologis, sosial dan spiritual. Maka perawat dapat mengenali kebutuhan yang diperlukan pasien sehingga dapat diterapkan untuk pengkajian dan persiapan.

b. Observasi

Menganalisis dengan menggunakan indra berupa indra penglihatan, pendengaran dan peraba. Setelah itu membandingkan dengan pengetahuan tentang sehat-sakit.

c. Perencanaan

Menurut Henderson perencanaan adalah aktivitas penyusunan dan perbaikan susunan perawatan terhadap proses penyembuhan yang telah disusun bersama antara perawat dengan pasien. Dokumentasi proses perawat membantu pemulihan dari sakit hingga sembuh.

d. Intervensi

Proses melakukan penyusunan rencana perawatan yang telah disusun yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang telah disusun dalam rencana perawatan untuk pemulihan dari kondisi sakit atau meninggal dengan damai.

e. Implementasi

Tahap dalam pengaplikasiannya dengan terlebih dahulu melihat prinsip fisiologis, usia, latar belakang budaya, keseimbangan emosional, kemampuan intelektual dan fisik individu.

f. Evaluasi

Tahap terakhir adalah evaluasi yaitu catatan akhir yang berupa perkembangan dalam kriteria yang diharapkan, dalam pencapaian kemandirian pasien melakukan aktivitasnya sehari-hari berdasarkan 14 kebutuhan dasar tersebut.

Perawat memiliki tugas untuk membantu individu yang sehat maupun sakit (hubungan perawat dengan pasien), tugas-tugas perawat sebagai suatu tim kesehatan (Perawat sebagai anggota tim), dan tugas perawat tidak tergantung pada dokter namun dapat mengajukan rencananya (hubungan perawat dengan dokter) untuk kesepakatan dalam tim.





## TEORI KEPERAWATAN DOROTHEA ELIZABETH OREM

### A. Biografi

Menurut Rokhayah (2021) teori Dorothea Orem pertama kali di publikasikan pada tahun 1971, meliputi tiga konsep terkait perawatan diri, defisit perawatan diri dan sistem perawatan. Dorothea Orem sendiri lahir di Baltimore, Maryland, Amerika, merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Orem meninggal dunia di usia 92 tahun, pada hari Jumat, 22 Juni 2007 di Skidaway Island, Georgia. Pada tahun 1930 an lulus dari *Providance Hospital School of Nursing di Washington*. Tahun 1939 meraih gelar *Bachelor of science* di bidang Pendidikan dan keperawatan dan tahun 1945 meraih gelar *Master of Science* bidang Pendidikan keperawatan dari Universitas Katolik Amerika.

Tahun 1959 Orem menjabat sebagai asisten profesor pendidikan keperawatan di Universitas Katolik Amerika, setelah itu ia menjadi Dekan Pelaksana di Sekolah keperawatan dan menjadi *Associate Professor* Pendidikan Keperawatan. Ia meneruskan membangun konsep keperawatan dan *self care* sewaktu di Universitas Katolik tahun 1971, menerbitkan buku dengan judul *Nursing Concepts of Practice*. Edisi ke dua dan ketiga, diterbitkan tahun 1980 dan tahun 1985, memperdalam lebih jauh konsep *self care deficit* praktik keperawatan.

Selama tahun 1958-1959 Dorothea Orem adalah konsultan pada bagian pendidikan Departemen Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan dan berpartisipasi dalam suatu proyek pelatihan peningkatan praktik perawat (vokasional). Pekerjaan ini menstimulasi Orem untuk membuat suatu pertanyaan: “Kondisi apa dan kapan

seseorang membutuhkan pelayanan keperawatan?” Orem kemudian menekankan ide bahwa seorang perawat itu adalah “Diri sendiri”. Ide inilah yang kemudian dikembangkan dalam konsep keperawatannya “*Self Care*”. Konsep keperawatan Orem ini pertama kali dipublikasikan Tahun 1959. Orem bekerjasama dengan beberapa anggota fakultas dari Universitas di Amerika untuk membentuk suatu Komite Model Keperawatan (*Nursing Model Committee*). Tahun 1968 bagian dari *Nursing Model Committee* termasuk Orem melanjutkan pekerjaan mereka melalui *Nursing Development Conference Group (NDCG)*. Kelompok ini kemudian dibentuk untuk menghasilkan suatu kerangka kerja konseptual dari keperawatan dan menetapkan disiplin keperawatan.

Tahun-tahun gemilang Dorothea Orem dalam pengembangan teori keperawatan:

1. Tahun 1958- 1959 sebagai konsultan di departemen kesehatan pada bagian pendidikan kesejahteraan dan berpartisipasi pada proyek pelatihan keperawatan.
2. Tahun 1959 konsep perawatan Orem dipublikasikan pertama kali.
3. Tahun 1965 bergabung dengan Universitas Katolik di Amerika membentuk model teori keperawatan komunitas.
4. Tahun 1968 membentuk kelompok konferensi perkembangan keperawatan yang menghasilkan kerja sama tentang perawatan dan disiplin keperawatan.
5. Tahun 1976 mendapat gelar Doktor Honoris Causa.
6. Tahun 1980 mendapat gelar penghargaan dari alumni Universitas Katolik Amerika tentang teori keperawatan.
7. Selanjutnya Orem mengembangkan konsep keperawatan tentang perawatan diri sendiri dan dipublikasikan dalam keperawatan (*Concept of Practice* tahun 1971)
8. Tahun 1980 mempublikasikan buku kedua yang berisi tentang edisi pertama diperluas pada keluarga, kelompok dan masyarakat.
9. Tahun 1985 mempublikasikan buku kedua yang berisi tentang tiga teori, yaitu: *self care theory, self care deficit theory, and system nursing theory* yang dikenal dengan akronim SCDN (*Self Care, Dependent and Nursing*).

## B. Teori dari Orem

Sebagai bentuk kehormatan atas dedikasinya dalam bidang keperawatan, rekan-rekannya merilis jurnal yang mempublikasikan teori keperawatan Orem yaitu *Self-Care, Dependent Care and Nursing* (SCDCN). Menurut Alligood (2021) pernyataan teoretis disajikan sebagai teori umum keperawatan, salah satunya mewakili gambaran lengkap tentang keperawatan, SCDDN diungkapkan dalam tiga teori. Orem mengembangkan teori *Self Care Deficit* meliputi 3 teori yang berkaitan yaitu: *Self Care, Self care defisit, dan nursing system*.

### 1. *Self-Care*

*Self-care* adalah fungsi pengaturan manusia yang harus dilakukan individu, dengan pertimbangan, melakukan sendiri atau harus dilakukan bagi mereka untuk mempertahankan hidup, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan. *Self-care* adalah sistem aksi. Elaborasi konsep *Self-care*, permintaan *self-care*, dan agen *self-care* menyediakan dasar untuk memahami persyaratan tindakan dan batasan tindakan dari orang yang mungkin dapat manfaat dari keperawatan. *Self-care* sebagai pengatur fungsi manusia, berbeda dari jenis regulasi lainnya fungsi dan perkembangan manusia, seperti regulasi neuroendokrin. *Self-care* harus dipelajari, dan itu harus dilakukan dengan sengaja dan terus menerus tepat waktu dan sesuai dengan peraturan persyaratan individu. Persyaratan ini adalah terkait dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan mereka, keadaan kesehatan, ciri-ciri khusus kesehatan atau perkembangan, tingkat pengeluaran energi, dan faktor lingkungan.

### 2. *Self-Care Deficit*

Teori ini menjelaskan alasan individu membutuhkan perawatan diri dan layak untuk dibantu dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Teori *self-care deficit* merupakan inti dari *General Theory of Nursing* yang menggambarkan dan menjelaskan manusia dapat dibantu melalui ilmu keperawatan serta saat keperawatan diperlukan. Defisit perawatan diri ini terjadi ketika seseorang tidak dapat memelihara diri mereka sendiri. Orem mengidentifikasi lima prinsip yang dapat digunakan yaitu:

- a. Tindakan untuk atau lakukan untuk orang lain.
- b. Memberikan petunjuk dan pengarahan.
- c. Memberikan dukungan fisik dan psikologis.

- d. Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan personal.
- e. Pendidikan ini perawat dapat membantu individu dengan menggunakan beberapa atau semua metode tersebut dalam memenuhi *selfcare*.

### 3. *Nursing system*

Teori ini menjelaskan hubungan antara perawat dengan pasien yang selalu dijaga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien. Teori ini melibatkan perawat dan pasien yang saling berinteraksi dalam proses perawatan. Proses perawatan yang dilakukan dapat bersifat *wholly, partly, atau supportive*:

#### a. *Wholly Compensatory Nursing*

Dalam hal ini perawat berperan penuh dalam dalam menyelesaikan pemenuhan kebutuhan-kebutuhan terapeutik pasien dengan memperhatikan kondisi pasien dalam proses perawatan terkait keselamatan dan dukungan terhadap pasien.

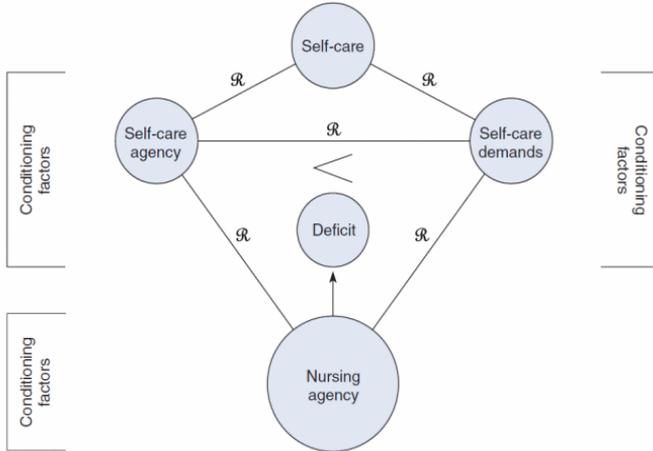
#### b. *Partly Compensatory Nursing*

Perawat berperan sebagian saja dalam proses perawatan pasien, sementara sebagian lagi dibutuhkan tindakan atau *action* dari pasien. Perawat menjelaskan kebutuhan-kebutuhan yang harus diselesaikan terhadap pasien saat itu serta membantu beberapa kebutuhan pasien yang memang memerlukan bantuan dari perawat. Pasien juga ikut membantu dalam proses perawatan diri yang dianggap mampu untuk dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat.

#### c. *Supportive Developmental Nursing*

Pasien sudah mampu melakukan perawatan diri sendiri tanpa bantuan dari perawat. Dalam kondisi ini perawat hanya membantu untuk mengingatkan pasien terkait proses pemenuhan kebutuhan yang telah terjadwalkan.

*Self Care, Self care defisit, dan nursing system* dihubungkan oleh enam konsep sentral yaitu; *self care, self care agency, self care demands, self care defisit, nursing agency, dan nursing system*, serta satu konsep perifer yaitu *basic conditioning factor*. Berikut bagan yang terkait.



### C. Konsep Utama

Alligood (2021) mengemukakan bahwa Teori *self-care deficit nursing* Orem adalah teori umum yang terdiri dari empat teori terkait berikut:

1. Teori *self-care*, yang menjelaskan mengapa dan bagaimana orang merawat diri sendiri.
2. Teori *dependent-care*, yang menjelaskan bagaimana anggota keluarga dan/atau teman-teman memberikan bantuan bagi seseorang yang tergantung secara sosial.
3. Teori *self-care deficit*, yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa orang dapat dibantu melalui keperawatan
4. Teori *Nursing System*, yang menguraikan dan menjelaskan hubungan yang harus ditimbulkan dan dipertahankan agar keperawatan dapat dihasilkan.

Semua teori di atas diurikan oleh Orem lebih lanjut sebagai berikut.

#### 1. *Self-Care*

*Self-care* terdiri dari praktik aktivitas yang dimulai dan dilakukan oleh orang dewasa, dalam kerangka waktu, atas nama mereka sendiri untuk mempertahankan hidup, fungsi yang sehat, pengembangan pribadi yang berkelanjutan, dan kesejahteraan dengan memenuhi persyaratan yang diketahui untuk fungsional dan pengembangan.

## 2. *Dependent Care*

*Dependent care* mengacu pada perawatan yang diberikan kepada seseorang yang karena usia atau faktor terkait, tidak mampu melakukan self-care yang diperlukan untuk mempertahankan hidup, fungsi sehat, melanjutkan pengembangan pribadi, dan kesejahteraan.

## 3. *Self-Care Requisites*

*Self-care Requisites* adalah wawasan yang dirumuskan dan diungkapkan tentang tindakan yang akan dilakukan yang diketahui atau dihipotesiskan. Diperlukan dalam pengaturan aspek fungsi dan perkembangan manusia, secara terus menerus atau di bawah kondisi dan keadaan tertentu. *Self-care requisites* yang dirumuskan menyebutkan dua elemen berikut: pertama, faktor yang harus dikendalikan atau dikelola untuk menjaga aspek fungsi dan perkembangan manusia dalam norma yang sesuai dengan kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan pribadi. Kedua, sifat tindakan yang diperlukan, persyaratan *self-care* yang dirumuskan dan dinyatakan merupakan tujuan *self-care* yang diformalkan. Itu adalah alasan *self-care* dilakukan; yang mengungkapkan hasil yang diharapkan atau diinginkan atau tujuan *self-care*.

### a. *Universal Self-Care Requisites*

Tujuan yang dibutuhkan secara universal harus dipenuhi melalui *self-care* atau *dependent care*. Berasal dari apa yang diketahui dan apa yang divalidasi, atau apa yang sedang dalam proses divalidasi, tentang integritas struktural dan fungsional manusia pada berbagai tahap siklus hidup. Berikut delapan syarat *self-care* yang umum bagi pria, wanita, dan anak-anak yang disarankan:

- 1) Pemeliharaan asupan udara yang cukup
- 2) Pemeliharaan asupan makanan yang cukup
- 3) Pemeliharaan asupan air yang cukup
- 4) Pemberian perawatan yang berhubungan dengan proses eliminasi dan ekskresi
- 5) Pemeliharaan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat
- 6) Pemeliharaan keseimbangan antara kesendirian dan interaksi sosial
- 7) Pencegahan bahaya terhadap kehidupan manusia, fungsi manusia, dan kesejahteraan manusia

8) Meningkatkan fungsi dan perkembangan manusia dalam kelompok sosial sesuai dengan potensi manusia, keterbatasan manusia yang diketahui, dan keinginan manusia untuk menjadi normal. Kenormalan digunakan dalam pengertian pada dasarnya adalah manusia dan yang sesuai dengan karakteristik dan bakat genetik dan konstitusional individu.

b. *Developmental Self-Care Requisites*

*Developmental self-care requisites (DSCRs)* dipisahkan dari persyaratan *self-care* universal dalam edisi kedua Keperawatan konsep Praktik. Tiga rangkaian DSCRs telah diidentifikasi, sebagai berikut: 1. Penyediaan kondisi yang mendorong perkembangan 2. Keterlibatan dalam pengembangan diri 3. Pencegahan atau penanggulangan dampak dari kondisi manusia dan situasi kehidupan yang dapat merugikan perkembangan manusia.

c. Penyimpangan Kesehatan *Self-Care Requisites*

Persyaratan *self-care* ini ada untuk orang yang sakit atau terluka, yang memiliki bentuk khusus dari kondisi atau gangguan patologis. Termasuk cacat dan kecacatan, dan yang berada di bawah diagnosis dan perawatan medis. Karakteristik penyimpangan kesehatan sebagai kondisi yang meluas dari waktu ke waktu menentukan jenis tuntutan perawatan yang dialami individu saat mereka hidup. Dengan efek kondisi patologis dan menjalani durasinya. Penyakit atau cedera tidak hanya memengaruhi struktur spesifik dan mekanisme fisiologis atau psikologis, tetapi juga fungsi manusia yang terintegrasi. Fungsi terintegrasi terpengaruh secara serius (keterbelakangan mental yang parah dan keadaan koma), kekuatan individu yang sedang berkembang atau yang dikembangkan sangat terganggu, baik secara permanen atau sementara. Dalam keadaan kesehatan yang tidak normal, kebutuhan *self-care* muncul dari keadaan penyakit dan tindakan yang digunakan dalam diagnosis atau pengobatan. Langkah-langkah perawatan untuk memenuhi persyaratan *self-care* penyimpangan kesehatan yang ada harus dijadikan komponen tindakan dari sistem *self-care* atau *self-care dependent*. Kompleksitas *self-care* atau sistem *self-care dependent* meningkat dengan jumlah persyaratan penyimpangan kesehatan yang harus dipenuhi dalam kerangka waktu tertentu.

#### **4. *Therapeutic Self-Care Demand***

*Therapeutic self-care demand* terdiri dari penjumlahan tindakan perawatan yang diperlukan pada waktu tertentu atau selama durasi waktu untuk memenuhi semua persyaratan perawatan diri individu yang diketahui. Dikhususkan untuk kondisi dan keadaan yang ada dengan metode yang sesuai untuk hal berikut: Mengontrol atau mengelola faktor yang diidentifikasi dalam syarat, yang nilainya mengatur fungsi manusia (kecukupan udara, air, dan makanan). Memenuhi elemen aktivitas dari syarat (pemeliharaan, promosi, pencegahan, dan penyediaan). *Therapeutic Self-Care Demand* setiap saat (1) menjelaskan faktor-faktor dalam pasien atau lingkungan yang harus dipertahankan tetap dalam rentang nilai atau dibawa dan dipertahankan dalam rentang tersebut demi kehidupan, kesehatan, atau kesejahteraan pasien, dan (2) memiliki tingkat keefektifan instrumental yang diketahui berasal dari pilihan teknologi dan teknik khusus untuk menggunakan, mengubah, atau dengan cara tertentu mengendalikan faktor pasien atau lingkungan. *Dependent-Care Demand* adalah Penjumlahan dari langkah-langkah perawatan pada titik waktu tertentu atau selama durasi waktu untuk memenuhi permintaan perawatan diri terapeutik yang tergantung ketika agen perawatan dirinya tidak memadai atau tidak beroperasi.

#### **5. *Self-Care Agency***

*Self-care agency* adalah kemampuan yang diperoleh secara kompleks dari orang dewasa. Untuk mengetahui dan memenuhi persyaratan berkelanjutan mereka untuk tindakan yang disengaja dan bertujuan untuk mengatur fungsi dan pengembangan manusia mereka sendiri. *Dependent-care agency* mengacu pada kemampuan yang diperoleh dari seseorang untuk mengetahui dan memenuhi perawatan diri terapeutik permintaan orang yang menjadi tanggungan dan/atau mengatur pengembangan dan pelaksanaan perawatan diri tanggungan agen.

#### **6. *Self-Care Deficit***

*Self-care deficit* adalah hubungan antara tuntutan perawatan diri terapeutik individu dan kekuatan *self-care agency*. Suatu kemampuan perawatan diri yang dikembangkan konstituen dalam agen perawatan diri tidak dapat beroperasi atau tidak memadai untuk mengetahui dan

memenuhi beberapa atau semua komponen dari permintaan perawatan diri terapeutik yang ada atau diproyeksikan. *Dependent-Care Deficit* adalah hubungan yang ada ketika *dependent-care deficit* tidak memadai untuk memenuhi permintaan perawatan diri terapeutik dari orang yang menerima *dependent-care*.

### **7. *Nursing Agency***

*Nursing agency* terdiri dari kemampuan yang dikembangkan dari orang-orang yang dididik sebagai perawat yang memberdayakan mereka untuk menampilkan diri mereka sendiri sebagai perawat. Dalam kerangka hubungan interpersonal yang sah untuk bertindak, mengetahui, dan membantu orang-orang dalam hubungan tersebut. Untuk memenuhi tuntutan perawatan diri terapeutik mereka dan untuk mengatur pengembangan atau pelaksanaan agen perawatan diri mereka. *Nursing agency* juga menggabungkan kemampuan perawat untuk membantu orang yang memberikan perawatan tanggungan untuk mengatur pengembangan atau pelaksanaan agen perawatan tanggungan mereka.

### **8. *Nursing Design***

*Nursing design*, fungsi profesional yang dilakukan sebelum dan sesudah diagnosis keperawatan dan advis. Memungkinkan perawat, berdasarkan penilaian praktis reflektif tentang kondisi yang ada, untuk mensintesis elemen situasional konkrit ke dalam hubungan yang teratur untuk menyusun unit operasional. Tujuan desain keperawatan adalah untuk memberikan panduan dalam mencapai hasil yang dibutuhkan dan diperkirakan dalam produksi keperawatan menuju pencapaian tujuan keperawatan. Unit-unit ini diambil bersama-sama yang merupakan pola yang memandu produksi keperawatan.

### **9. *Nursing System***

*Nursing systems* adalah serangkaian dan urutan tindakan praktis yang disengaja dari perawat. Dilakukan pada saat berkoordinasi dengan tindakan pada pasien untuk mengetahui dan memenuhi komponen tuntutan perawatan diri terapeutik pasien. Untuk melindungi dan mengatur latihan atau pengembangan agen perawatan diri pasien.

### **10. *Helping Methods***

Metode pertolongan dari perspektif keperawatan adalah serangkaian tindakan berurutan yang jika dilakukan, akan mengatasi atau mengompensasi keterbatasan terkait kesehatan individu. Untuk terlibat dalam tindakan mengatur fungsi dan perkembangan mereka sendiri atau tanggungan mereka. Perawat menggunakan semua metode, memilih dan menggabungkannya dalam kaitannya dengan tuntutan tindakan pada individu di bawah asuhan keperawatan dan batasan tindakan terkait kesehatannya, sebagai berikut:

- 1) Bertindak untuk atau melakukan untuk orang lain.
- 2) Membimbing dan mengarahkan.
- 3) Memberikan dukungan fisik atau psikologis.
- 4) Menyediakan dan memelihara lingkungan yang mendukung pengembangan pribadi.
- 5) Mengajar.

### **11. *Basic Conditioning Factors***

Faktor pengondisian dasar mengondisikan atau memengaruhi nilai permintaan perawatan diri terapeutik dan/atau agen perawatan diri individu pada waktu tertentu dan dalam keadaan tertentu.

Prinsip teori Orem dapat diringkas sebagai berikut: teori utamanya *Self-Care Theory*. Berfokus pada kemampuan setiap individu untuk melakukan perawatan diri (*self-care*). Teorinya terdiri dari tiga teori yang saling terkait yakni teori perawatan diri (*self-care theory*), defisit perawat diri (*self-care deficit theory*), dan teori sistem keperawatan (*theory of nursing systems*).



## TEORI KEPERAWATAN CALLISTA ROY

### A. Biografi

Menurut Sudarta (2015) Calista Roy dilahirkan di Los Angeles, 14 Oktober 1939 sebagai anak kedua dari keluarga Fabien Roy. Di usianya yang ke 14, ia mulai bekerja di rumah sakit umum sebagai petugas pantry, lalu menjadi pekarya, dan akhirnya sebagai tenaga perawat. Kemudian ia bergabung dengan *Sisters of Saint Joseph of Carondelet*. Mendapat gelar *Bachelor of Arts* bidang keperawatan dari *Mount St. Mary's College*, Los Angeles pada tahun 1963. Disusul dengan Master di bidang perawatan *pediatric* dari *University of California*, Los Angeles di tahun 1966. Selain itu juga memperoleh gelar Master dan PhD bidang Sosiologi pada 1973 dan 1977.

Calista Roy mengembangkan model adaptasi dalam keperawatan pada tahun 1964. Model ini digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam pendidikan keperawatan. Model adaptasi Roy merupakan sistem model yang esensial dalam keperawatan.

### B. Teori Adaptasi Calista Roy

Pardede (2018) mengemukakan teori adaptasi Calista Roy mengidentifikasi input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, yang terbagi dalam tiga tingkatan yaitu input, proses dan output.

#### 1. Input

Input atau masukan terdiri dari stimulus dan level adaptasi. Stimulus terdiri dari:

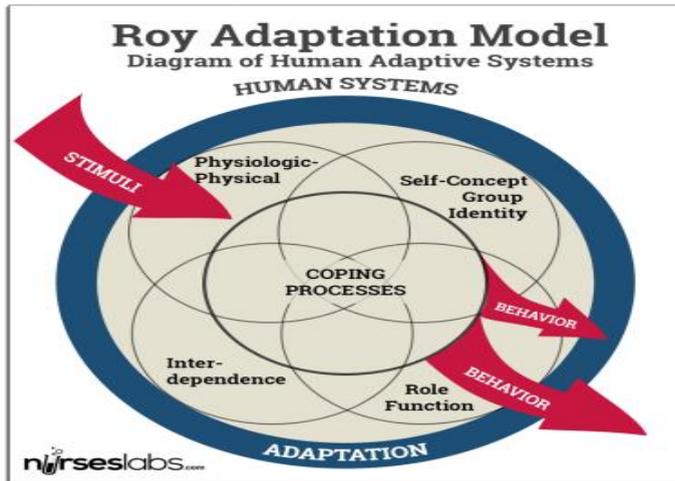
- a. Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera
- b. Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang memengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan yang dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
- c. Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap. Sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak. Level adaptasi dapat menjadi data masukan yang akan memengaruhi respon adaptasi seseorang. Menurut Roy level adaptasi seseorang dibagi menjadi 3, yaitu: *integrated, compensatory, compromised*.

## 2. Proses

Mekanisme kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas *regulator* dan *kognator* yang merupakan subsistem.

- a. Subsistem regulator. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Ada berbagai proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.
- b. Subsistem kognator. Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, *reinforcement* (penguatan) dan *insight* (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan

adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, memergunakan penilaian dan kasih sayang. Dalam memelihara integritas, kognator dan regulator saling bekerjasama dan menguatkan. Selanjutnya Roy mengembangkan proses internal seseorang sebagai sistem adaptasi dengan menetapkan sistem efektor, yaitu 4 model adaptasi meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.



### 1) Model Fungsi Fisiologi

Fungsi fisiologi berhubungan dengan struktur tubuh dan fungsinya. Roy mengidentifikasi sembilan kebutuhan dasar fisiologis yang harus dipenuhi untuk mempertahankan integritas, yang dibagi menjadi dua bagian, mode fungsi fisiologis tingkat dasar yang terdiri dari 5 kebutuhan dan fungsi fisiologis dengan proses yang kompleks terdiri dari 4 bagian yaitu:

- a) Oksigenasi: Kebutuhan tubuh terhadap oksigen dan prosesnya, yaitu ventilasi, pertukaran gas dan transpor gas.
- b) Nutrisi: Mulai dari proses ingesti dan asimilasi makanan untuk mempertahankan fungsi, meningkatkan pertumbuhan dan mengganti jaringan yang injuri.
- c) Eliminasi: Yaitu ekskresi hasil dari metabolisme dari instestinal dan ginjal.

- d) Aktivitas dan istirahat: Kebutuhan keseimbangan aktivitas fisik dan istirahat yang digunakan untuk mengoptimalkan fungsi fisiologis dalam memperbaiki dan memulihkan semua komponen-komponen tubuh.
- e) Proteksi/ perlindungan: Sebagai dasar defens tubuh termasuk proses imunitas dan struktur integumen (kulit, rambut dan kuku) dimana hal ini penting sebagai fungsi proteksi dari infeksi, trauma dan perubahan suhu.

Empat bagian berikutnya.

- a) The sense/perasaan: Penglihatan, pendengaran, perkataan, rasa dan bau memungkinkan seseorang berinteraksi dengan lingkungan. Sensasi nyeri penting dipertimbangkan dalam pengkajian perasaan.
- b) Cairan dan elektrolit: Keseimbangan cairan dan elektrolit di dalamnya termasuk air, elektrolit, asam basa dalam seluler, ekstrasel dan fungsi sistemik. Sebaliknya inefektif fungsi sistem fisiologis dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit.
- c) Fungsi syaraf/neurologis: Hubungan-hubungan neurologis merupakan bagian integral dari regulator koping mekanisme seseorang. Mereka mempunyai fungsi untuk mengendalikan dan mengkoordinasi pergerakan tubuh, kesadaran dan proses emosi kognitif yang baik untuk mengatur aktivitas organ-organ tubuh.
- d) Fungsi endokrin: Aksi endokrin adalah pengeluaran hormon sesuai dengan fungsi neurologis, untuk menyatukan dan mengkoordinasi fungsi tubuh. Aktivitas endokrin mempunyai peran yang signifikan dalam respon stress dan merupakan dari regulator koping mekanisme.

## 2) Model Konsep Diri

Model konsep diri berhubungan dengan psikososial dengan penekanan spesifik pada aspek psikososial dan spiritual manusia. Kebutuhan dari konsep diri ini berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Konsep diri menurut Roy terdiri dari dua komponen yaitu the *physical self* dan the *personal self*.

- a) *The physical self*, yaitu persepsi seseorang dalam memandang dirinya berhubungan dengan sensasi tubuhnya dan gambaran tubuhnya. Kesulitan pada area ini sering terlihat pada saat merasa kehilangan, seperti setelah operasi, amputasi atau hilang kemampuan seksualitas.
  - b) *The personal self*, yaitu berkaitan dengan konsistensi diri, ideal diri, moral- etik dan spiritual diri orang tersebut. Perasaan cemas, hilangnya kekuatan atau takut merupakan hal yang berat dalam area ini.
- 3) Model Fungsi Peran
- Model fungsi peran mengenal pola-pola interaksi sosial seseorang dalam hubungannya dengan orang lain, yang dicerminkan dalam peran primer, sekunder dan tersier. Fokusnya pada kemampuan seseorang dapat memerankan dirinya dimasyarakat sesuai kedudukannya
- 4) Model Interdependensi
- Model interdependensi adalah bagian akhir dari mode yang dijabarkan oleh Roy. Fokusnya adalah interaksi untuk saling memberi dan menerima cinta/kasih sayang, perhatian dan saling menghargai. Interdependensi yaitu keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya. Ketergantungan ditunjukkan dengan kemampuan untuk afiliasi dengan orang lain. Kemandirian ditunjukkan oleh kemampuan berinisiatif untuk melakukan tindakan bagi dirinya. Interdependensi dapat dilihat dari keseimbangan antara dua nilai ekstrim, yaitu memberi dan menerima.

### 3. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak efektif/maladaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Respon yang maladaptif adalah perilaku yang tidak mendukung tujuan

ini. Tingkat adaptasi seseorang sebagai sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu itu sendiri, dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal mengembangkan tingkat adaptasi seseorang dan meningkatkan rentang stimulus agar dapat merespon secara positif.

#### **D. Kelebihan dan Kekurangan Teori Adaptasi Calista Roy**

Menurut Pardede (2018) kelebihan dan kekurangan dari teori model adaptasi Calista Roy adalah.

1. Kelebihannya
  - a. Model Adaptasi Callista Roy menyarankan pengaruh berbagai penyebab dalam suatu situasi, yang merupakan kekuatan ketika berhadapan dengan manusia yang memiliki banyak segi.
  - b. Urutan konsep dalam model Roy mengikuti secara logis. Dalam pemaparan masing-masing konsep kunci tersebut, terdapat gagasan berulang tentang adaptasi untuk menjaga integritas. Setiap konsep didefinisikan secara operasional.
  - c. Konsep model Roy dinyatakan dalam istilah yang relatif sederhana.
  - d. Kekuatan utama model ini adalah memandu perawat untuk menggunakan keterampilan observasi dan wawancara dalam melakukan penilaian individual terhadap setiap orang. Konsep model Roy dapat diterapkan dalam berbagai pengaturan praktik keperawatan.
2. Kekurangannya
  - a. Penerapan model yang telaten membutuhkan input waktu dan usaha yang signifikan.
  - b. Model Roy memiliki berbagai elemen, sistem, struktur, dan berbagai konsep.

Dapat diringkas Teori Roy menekankan pada: keperawatan sebagai profesi keperawatan kesehatan yang berfokus pada proses dan pola kehidupan manusia dan menekankan promosi kesehatan bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan. Memandang individu sebagai seperangkat sistem yang saling terkait yang berusaha untuk menjaga keseimbangan berbagai stimulus. Menginspirasi pengembangan berbagai teori keperawatan dan instrumen adaptasi.



## TEORI KEPERAWATAN MARGARET JEAN HARMAN WATSON

### A. Biografi

Margaret Jean Harman Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN lahir pada tanggal 10 Juni 1940. Watson merupakan penggagas teori keperawatan yang berasal dari Amerika. Bungsu dari delapan bersaudara ini tumbuh di kota kecil bernama Wecth, Virginia Barat, Amerika, di sebuah pegunungan Appalachian. Watson bekerja di *University of Colorado Health Sciences Center di Denver* sebagai seorang perawat dan petugas administrasi.

Margaret Jean Harman Watson dalam buku pertamanya yaitu *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, menggambarkan pandangannya terkait konsep keperawatan. Kemudian pada buku keduanya yaitu *Nursing: Human Science and Human Care A Theory of Nursing*, Watson menampilkan pengembangan pandangannya terkait *human caring* pada teori *transpersonal caring relationship*. Pada buku ketiganya, Watson menyusun model yang digunakan sebagai pendekatan dalam praktik keperawatan. Bahkan pada buku kelimanya ia menerbitkan buku *Caring Science as Sacred Science*. Pada buku tersebut Watson memaparkan perjalanan personal dalam pemahaman *caring science, spiritual practice, the concept and practice of care, and caring healing work*.

Karirnya kian berkembang pada 1980, ketika Watson dan teman-temannya menggagas sebuah pusat keperawatan yang berfokus pada ilmu keperawatan. Watson dan teman-temannya berharap dengan adanya pusat kajian ini dapat meningkatkan dukungan terhadap

kegiatan praktik klinis, pendidikan dan beasiswa bagi mahasiswa keperawatan. Pusat kajian ini diberi nama “*Human Caring*” (Lestari dan Ramadhaniyati, 2018). Seiring berjalannya waktu, Watson semakin mengembangkan pusat kajiannya ini. *Human Caring* kemudian dikembangkan sebagai salah satu kurikulum pasca sarjana di *University of Colorado School of Nursing*. Dengan pengembangan kurikulum ini, Watson diberikan gelar Doktor keperawatan klinis (*Doctor of Nursing Practice*) pada tahun 2005 (Willis dan Sheehan, 2018).

Berawal dari penyusunan kurikulum program sarjana di *University of Colorado*, Watson kemudian menyusun *ten carative factors*. *Ten carative factors* digunakan sebagai kerangka kerja dalam keilmuan dan praktik keperawatan. Pada perjalanannya, Watson kemudian mengembangkan dan memasukkan “*caritas*” yang menghubungkan *caring* dan *love* secara eksplisit dan disebut sebagai *clinical caritas processes*. Setiap *carative factors* dan *clinical caritas processes*, menggambarkan proses *caring* dalam rangka mencapai dan mempertahankan kesehatan pasien atau meninggal dengan damai. *Ten carative factors* dan *clinical caritas processes* menjadi penuntun dalam aplikasi praktik keperawatan.

## **B. Teori Kebutuhan Dasar Manusia Jean Watson**

Jean Watson dalam memahami konsep keperawatan terkenal dengan teori pengetahuan manusia dan merawat manusia. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan. Diantaranya kebutuhan dasar biofisikal (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi. Kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual. Kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan *intra* dan *interpersonal* (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.

Berdasarkan empat kebutuhan tersebut, Jean Watson memahami bahwa manusia adalah makhluk yang sempurna yang memiliki berbagai

macam ragam perbedaan. Dalam upaya mencapai kesehatan, manusia seharusnya dalam keadaan sejahtera baik fisik, mental dan spiritual karena sejahtera merupakan keharmonisan antara pikiran, badan dan jiwa. Untuk mencapai keadaan tersebut keperawatan harus berperan dalam meninggalkan status kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, mengobati berbagai penyakit dan penyembuhan kesehatan dan fokusnya pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Tolak ukur pandangan Watson ini didasari pada unsur teori kemanusiaan. Pandangan teori Jean Watson ini memahami bahwa manusia memiliki 4 bagian kebutuhan dasar manusia yang saling berhubungan antara kebutuhan yang satu dengan kebutuhan yang lain (Kasron dan Ohorella, 2016).

### C. Konsep *Caring*

Menurut Kasron dan Ohorella (2016) *caring* didefinisikan oleh Watson sebagai etika dan moral ideal keperawatan yang bersifat humanistik dan *interpersonal*. *Caring* merupakan konsep kompleks melibatkan perkembangan sebuah rentang ilmu pengetahuan, keterampilan, keahlian dan kecakapan teknis dan keterampilan *interpersonal*. Berikut asumsi *Caring* dari Watson:

1. *Caring* didasarkan pada sebuah ontologi dan hubungan etika.
2. Kesadaran *caring*, dalam hubungannya menjadi primer.
3. *Caring* paling efektif didemonstrasikan dan dipraktikkan secara *interpersonal* dan *transpersonal*.
4. *Caring* terdiri dari kesadaran *caritas* dan nilai. *Caring* diarahkan dengan komponen *caratives*.
5. Sebuah hubungan *caring* dan lingkungan *caring* merawat "*soul care*": Pertumbuhan spiritual pemberi dan penerima *caring*.
6. Sebuah hubungan *caring* dan lingkungan *caring* mempertahankan martabat manusia, keutuhan dan integritas.
7. *Caring* mempromosikan pertumbuhan diri, pengetahuan diri, kontrol diri dan proses penyembuhan diri.
8. *Caring* menerima dan mempertahankan ruang aman bagi seseorang yang membutuhkan keutuhannya dan menjadi utuh bukan hanya saat ini namun juga yang akan datang, mengembangkan keutuhan.

Kompleksitas lebih baik dan keterkaitan lebih dalam diri, jiwa dan diri yang lebih tinggi

9. Setiap tindakan *caring* perlu dipertahankan dalam kesadaran *caring* yang disengaja.
10. *Caring*, sebagai ontologi dan kesadaran, memerlukan kesadaran ontologi dan keterampilan dan kompetensi ontologi lanjut. Ini bisa diterjemahkan sebagai ontologis profesional berdasarkan modalitas *caring-healing*.

Watson memandang orang secara holistik meliputi raga, jiwa dan pikiran yang saling berhubungan, setiap bagian merefleksikan keseluruhan, namun keseluruhan lebih luas dan berbeda dari ketiga bagian. Sehat dipandang sebagai kesatuan dan keselarasan dari jiwa, raga, dan pikiran. Keperawatan ditujukan untuk membantu seseorang mencapai harmonisasi dari jiwa, raga dan pikiran. Dalam *ten carative factors*, Watson menyebutkan lingkungan secara implisit, yaitu peran perawat dalam memberikan dukungan, perlindungan dan perbaikan lingkungan mental, fisik, sosial dan spiritual. Dengan demikian, perawat menjadi bagian dari lingkungan untuk membantu pasien mencapai kesehatan. Perawat-pasien melibatkan hubungan *interpersonal* dengan menekankan hubungan *transpersonal caring*. *Caring* menjadi fokus utama keperawatan dan *ten carative factors* sebagai penuntun praktik yang bertujuan mencapai kesehatan.

#### **D. Karatif dan Proses *Caritas***

Watson mendasarkan teori-teorinya untuk praktik keperawatan pada 10 faktor karatif, sebagai berikut:

1. Pembentukan Sistem Nilai Altruistik Humanistik.
2. Penanaman Kepercayaan dan Harapan.
3. Penanaman Kepekaan terhadap Diri Sendiri dan Orang Lain.
4. Pengembangan Hubungan Saling Percaya.
5. Promosi dan Penerimaan Ekspresi Perasaan Positif dan Negatif.
6. Penggunaan Metode Pemecahan Masalah Ilmiah untuk Pengambilan Keputusan.
7. Promosi Pembelajaran dan Pengajaran *Interpersonal*.
8. Penyediaan Lingkungan Biopsikososiokultural dan Spiritual yang Mendukung, Melindungi, dan Korektif.

9. Bantuan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia.

10. Kelonggaran untuk Dorongan Eksistensial-Fenomenologis.

Jean Watson percaya bahwa praktik *caring* adalah inti/sentral dari keperawatan. Merupakan fokus pemersatu dalam praktik keperawatan (Berman, Snyder, dan Frandsen, 2012). Sejak publikasi awal teorinya, faktor-faktor tersebut telah berkembang menjadi 10 proses *caritas*. Satu diantaranya pergeseran penting, dari *carative* ke *caritas* adalah penjelasan dari *Caritas Consciousness*, yang didefinisikan sebagai “kesadaran dan intensionalitas” yang menjadi landasan bagi perawat *caritas*. Willis dan Sheehan (2018) menjelaskan 10 proses *caritas* tersebut sebagai berikut:

1. Menumbuhkan Praktek Cinta Kasih dan Keseimbangan Terhadap Diri Sendiri dan Orang Lain sebagai Landasan Kesadaran *Caritas*.  
Faktor ini dapat didefinisikan sebagai kepuasan perawat melalui pemberian dan perluasan rasa diri kepada pasien
2. Menjadi Hadir Secara Otentik: Mewujudkan, Mempertahankan, dan Menghormati Keyakinan, Harapan, Sistem Keyakinan Mendalam, dan Dunia Subjektif Diri / Orang Lain.  
Dalam proses ini berarti perawat memfasilitasi promosi asuhan keperawatan holistik dan kesehatan positif dalam populasi pasien. Ini juga menggambarkan peran perawat dalam mengembangkan hubungan perawat-pasien yang efektif dan dalam mempromosikan kesehatan dengan membantu pasien mengadopsi perilaku yang sehat.
3. Memberikan Perhatian Terhadap Latihan Spiritual dan *Transpersonal* Diri Seseorang, Melampaui Ego Sendiri.  
Pengenalan perasaan mengarah pada aktualisasi diri melalui penerimaan diri baik bagi perawat maupun pasien. Sebagai perawat yang mengakui kepekaan dan perasaan mereka, menjadi lebih asli, otentik, dan peka terhadap orang lain.
4. Pengembangan dan Mempertahankan Hubungan *Caring* yang Saling Membantu dan Percaya.  
Pengembangan hubungan saling percaya antara perawat dan pasien sangat penting untuk *transpersonal caring*. Hubungan saling percaya berarti mempromosikan dan menerima perasaan positif dan juga negatif antara keduanya. Ini melibatkan kongruensi,

empati, kehangatan non posesif, dan komunikasi yang efektif. Kongruensi berarti menjadi nyata, jujur, asli, dan otentik. Empati adalah kemampuan untuk mengalami dan memahami persepsi dan perasaan orang lain dan kemudian mengomunikasikan pemahaman tersebut. Kehangatan non posesif ditunjukkan oleh: volume bicara yang sedang, postur terbuka yang santai, dan ekspresi wajah yang sesuai. Komunikasi yang efektif memiliki komponen respons kognitif, afektif, dan perilaku.

5. Hadir Untuk dan Mendukung Ekspresi Perasaan Positif dan Negatif.

Berbagai perasaan adalah pengalaman yang berisiko bagi perawat dan pasien. Perawat harus menyiapkan diri dan menyiapkan pasien untuk menerima perasaan positif atau negatif.

6. Penggunaan Diri dan Semua Cara untuk Mengetahui Secara Kreatif, sebagai Bagian dari Proses *Caring*; Terlibat dalam Seni Keperawatan *Caritas*.

Proses keperawatan membutuhkan penerapan berbagai cara untuk mengetahui, mencakup “kreatif, intuitif, estetis, etis, pribadi dan bahkan spiritual”. Proses ini bergerak paling signifikan dari perspektif tunggal tentang pengetahuan ilmiah sebagai hal yang penting untuk praktik keperawatan dan meminta perawat untuk menggunakan pengetahuan secara kreatif dalam mempraktikkan keperawatan *caritas*.

7. Terlibat dalam Pengalaman Belajar-Mengajar Sebenarnya, yang Menghadirkan Kesatuan Diri dan Cara Pandang, Berusaha Tetap Dalam Kerangka Referensi Orang Lain.

Faktor ini merupakan konsep penting untuk keperawatan karena faktor ini yang memisahkan perawatan dari penyembuhan. Perawat memfasilitasi proses ini dengan teknik belajar-mengajar yang dirancang untuk memungkinkan pasien memberikan perawatan diri, menentukan kebutuhan pribadi, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan pribadi mereka.

8. Menciptakan Lingkungan yang Menyembuhkan di Semua Tingkat. Perawat harus mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal terhadap kesehatan dan penyakit individu. Konsep yang relevan dengan lingkungan internal meliputi kesejahteraan mental dan spiritual serta keyakinan sosiokultural seseorang. Variabel

eksternal meliputi variabel epidemiologis, kenyamanan, privasi, keamanan, dan lingkungan yang bersih dan estetik.

9. Mengelola Tindakan Keperawatan *Caring-Healing* dengan Menjaga Kebutuhan Dasar Manusia.

Perawat mengenali kebutuhan biofisik, psikofisik, psikososial, dan intrapersonal diri sendiri dan pasien. Pasien perlu memenuhi kebutuhan tingkat rendah sebelum mencoba mencapai kebutuhan tingkat tinggi. Makanan, eliminasi, dan ventilasi adalah contoh kebutuhan biofisik tingkat rendah, sedangkan aktivitas, ketidakaktifan, dan seksualitas dianggap sebagai kebutuhan psikofisik tingkat rendah. Prestasi dan afiliasi adalah kebutuhan psikososial tingkat tinggi. Aktualisasi diri adalah kebutuhan *intrapersonal-interpersonal* tingkat tinggi.

10. Terbuka dan Hadir Terhadap Spiritual/Misterius dan Ketidaktahuan Eksistensial dari Kehidupan dan Kematian.

Watson menganggap proses ini paling sulit dipahami dan paling baik dipahami. Menurutnya pikiran rasional dan sains modern, tidak memiliki semua jawaban untuk hidup dan mati dan semua kondisi manusia yang kita hadapi. Kita harus terbuka terhadap hal-hal yang tidak kita ketahui, yang tidak dapat kita kendalikan, dan bahkan membiarkan apa yang kita anggap sebagai 'keajaiban' terjadi. Proses ini juga mengakui bahwa dunia subjektif dari pengalaman kehidupan batin diri sendiri dan orang lain pada akhirnya adalah sebuah fenomena, sebuah misteri yang tak terlukiskan. Dipengaruhi oleh banyak faktor yang tidak pernah dapat dijelaskan sepenuhnya.

## **E. Aplikasi Teori Jean Watson Dalam Keperawatan**

Willis dan Sheehan (2018) mengungkapkan contoh pengaplikasian Teori Jean Watson pada berbagai bidang kehidupan.

1. Bidang Administrasi dan Kepemimpinan

Teori Watson juga berisikan tentang praktik administrasi dan model bisnis untuk merangkul kepedulian (*caring*). Seperti di lingkungan keperawatan kesehatan dengan tingkat ketajaman yang meningkat dari individu yang dirawat di rumah sakit, rawat inap singkat di rumah sakit, meningkatnya kompleksitas teknologi, dan meningkatnya ekspektasi di

"tugas" keperawatan. Tantangan-tantangan ini memerlukan solusi yang membahas reformasi sistem keperawatan kesehatan pada tingkat yang mendalam dan memungkinkan perawat untuk mengikuti model praktik profesional mereka sendiri daripada solusi jangka pendek. Berbagai rumah sakit yang menghadapi tantangan ini dengan menggunakan teori Watson yaitu tentang kepedulian manusia untuk perubahan administratif. Kemajuan terbaru dalam teori Watson yang relevan dengan administrasi mencakup upaya untuk menghubungkan ilmu *caring* dan kepemimpinan kuantum, yang mencakup karya *Tim Porter O'Grady, Teri Pipe, dan Kathy Malloch* di *Arizona State University*.

## 2. Bidang Edukasi/Pendidikan

Teori Watson juga berfokus pada cara mendidik mahasiswa lulusan keperawatan dan memberi mereka dasar ontologis, etis, dan epistemologis untuk praktik mereka, bersama dengan arah penelitian. Teori *caring* Watson telah diajarkan dalam berbagai kurikulum sarjana keperawatan. Termasuk *Bellarmino College* di *Louisville, Kentucky*; Universitas Negeri Indiana di *Terre Haute*; Universitas Kota Oklahoma; Universitas Atlantik Florida; dan universitas lain di Australia, Jepang, Brasil, Finlandia, Arab Saudi, Swedia, dan Inggris. Ada program keperawatan ilmu *creative caring* yang sangat baik di Amerika Serikat tepatnya di *Viterbo University (La Crosse, Wisconsin)* dan *Nevada State College (Henderson, Nevada)*. Ada juga *Florida Atlantic University (Boca Raton, Florida)*, yang memiliki program akademik ilmu *caring* terlama di Amerika Serikat.

## 3. Bidang Praktik Keperawatan

Teori Watson telah divalidasi pada pengaturan klinis rawat jalan, rawat inap, dan kesehatan masyarakat dengan berbagai populasi. Willis dan Sheehan (2018) memberikan contoh penerapan teori Watson dalam praktik keperawatan. *The Attending Nursing Caring Model (ANCM)* merupakan contoh penerapan *Watson Caring Science* untuk praktik keperawatan. Awalnya dijelaskan sebagai penerapan teori ke praktik. ANCM merupakan proyek percontohan yang unik di rumah sakit anak-anak Denver. Tidak seperti model penyembuhan medis, ANCM berkaitan dengan model asuhan keperawatan. Perawatlah yang berpartisipasi dalam proyek belajar tentang teori *caring* Watson, faktor *carative*, kesadaran *caring*, intensionalitas, dan praktik *caring-healing*.

Misi ANCM adalah memiliki hubungan *caring* yang berkesinambungan dengan anak-anak yang sakit dan keluarga mereka. ANCM dapat terlihat dengan adanya teori *healing-caring* di seluruh rumah sakit. Daftar rumah sakit *Caring Science* terus tumbuh dan berkembang, meliputi *Stanford Health (Palo Alto, CA)*, *Brigham and Women's (Boston, MA)*, *Veterans Administration (Distrik Columbia)*, *Veterans Administration (Tampa, FL)*, *Memorial Beacon Health (Indiana)*, *Colorado Children's Hospital (Denver, CO)*; dan *Craig Rehabilitation Hospital (Denver, CO)*.

#### 4. Bidang Penelitian

Penelitian metode kualitatif, naturalistik, dan fenomenologis telah diidentifikasi sangat relevan dengan studi tentang *caring* dan pengembangan keperawatan sebagai ilmu tentang manusia. Watson menyarankan bahwa kombinasi penelitian kualitatif-kuantitatif, atau metode campuran, mungkin berguna untuk melanjutkan eksplorasi dan pengujian teori. Ada semakin banyak penelitian nasional dan internasional yang menguji, memperluas, dan mengevaluasi teori Watson. Contohnya:

- a. Studi pilot oleh Mason, Leslie, Clark, Lyons, Walke, Butler, dan Griffin pada tahun 2014, yang mempresentasikan hasil studi percontohan metode campuran: teori Watson berpengaruh dalam pengembangan intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan retensi perawat dan mengurangi kelelahan dan tekanan moral di unit perawatan intensif trauma bedah.
- b. Percobaan oleh Ozkan, Okumus, dan Buldukoglu pada tahun 2014, yang memberikan bukti yang mendukung kemanjuran asuhan keperawatan yang dipandu oleh teori Watson untuk mengurangi tekanan yang dialami oleh wanita infertil.

#### **F. Kritik Terhadap Teori Jean Watson**

Willis dan Sheehan (2018) mengungkapkan berbagai kritikan terhadap teori-teori Jean Watson.

##### 1. Kejelasan (*Clarity*)

Watson menggunakan bahasa nonteknis, canggi, cair, dan evolusioner untuk mendeskripsikan konsepnya dengan indah, seperti *caring-cinta*, dan proses *caritas* dan kesadaran. Paradoksnya, konsep abstrak dan sederhana seperti *caring-cinta* sulit untuk dilatih, melatih

dan mengalami konsep-konsep ini memerlukan pemahaman yang lebih besar. Kadang, frase dan kalimat yang panjang paling baik dipahami jika dibaca lebih dari sekali. Dimasukkannya metafora Watson, pribadi refleksi, karya seni, dan puisi membuat konsepnya lebih nyata dan lebih estetik menarik. Dia telah melanjutkan untuk menyempurnakan teorinya dan telah merevisi *carative* aslinya sebagai proses *caritas*. Kritik terhadap karya Watson berkonsentrasi pada penggunaan kata-kata yang tidak terdefinisi atau perubahan/pergeseran definisi dan istilah dan fokusnya pada psikososial daripada aspek patofisiologi keperawatan.

## 2. Kesedehanaan (*Simplicity*)

Watson menggunakan sejumlah disiplin ilmu untuk merumuskannya teori. Teori ini lebih memaparkan terkait bagaimana untuk menjadi daripada tentang bagaimana untuk melakukan. Perawat harus menginternalisasi secara menyeluruh jika ingin diaktualisasikan dalam praktik. Teori ini dianggap kompleks ketika sifat eksistensial-fenomenologisnya pekerjaan dipertimbangkan, terutama untuk perawat yang memiliki latar belakang seni liberal yang terbatas. Alharbi dan Baker (2020) mengemukakan pembaca harus berpikir pada level abstrak agar dapat memahami teori tersebut.

## 3. Keumuman (*Generality*)

Teori Watson paling baik dipahami sebagai dasar moral dan filosofis untuk keperawatan. Ruang lingkup teori meliputi aspek yang luas dari fenomena kesehatan dan penyakit. Selain itu teori ini membahas aspek promosi kesehatan, mencegah penyakit, dan mengalami kematian yang damai, sehingga meningkatkan tingkat generalitasnya. Satu kritik adalah bahwa teori ini tidak memberikan jalan keluar tentang apa yang harus dilakukan untuk mencapai hubungan *caring-healing* yang otentik. Perawat yang menginginkan pedoman konkrit mungkin tidak merasa aman ketika mencoba menggunakan teori ini sendirian. Beberapa telah menyarankan bahwa dibutuhkan terlalu banyak waktu untuk menggabungkan *caritas* ke dalam praktik.

## 4. Presisi Empiris (*Empirical Precision*)

Watson menggambarkan teorinya sebagai deskriptif. Dia mengakui bahwa sifat teori berkembang dan menerima masukan dari orang lain.

Kenyataannya teorinya tidak mudah digunakan dalam penelitian yang dilakukan melalui metode ilmiah tradisional; karya terbaru yang berfokus pada pengembangan intervensi; dan penelitian dengan rentang pengukuran untuk memvalidasi teori, melalui desain kuantitatif atau metode campuran.

Teori Watson dapat diringkas sebagai berikut: memelopori Filsafat dan Teori Peduli Transpersonal. Keperawatan berkaitan dengan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, merawat orang sakit, dan memulihkan kesehatan. Caring merupakan pusat praktik keperawatan dan meningkatkan kesehatan lebih baik daripada pengobatan medis yang sederhana.





## TEORI KEPERAWATAN IMOGENE KING

### A. Biografi

Imogene King, dilahirkan pada tanggal 30 Januari 1923 di West Point, Iowa, dan meninggal pada 24 Desember di San Petersburg, Florida. Dia lulus dengan studi keperawatan dasar di *St. John's Hospital of Nursing* di *St. Louis* ketika berusia 22 tahun. Antara tahun 1948 dan tahun 1957 memperoleh gelar sarjana dalam pendidikan keperawatan dan gelar master di *St. Louis University*. Pada tahun 1961 menerima gelar doktor dari salah satu universitas paling bergengsi di dunia: *University of Columbia* di New York. Meraih gelar Ph.D, dari *Southern Illinois University* di tahun 1980. Tahun 1961-1966, menjabat sebagai *associate professor* ilmu keperawatan di *Loyola University, Chicago*. Dalam rentang waktu tersebut bukunya *Toward a Theory for Nursing: General Concepts of Human Behavior* dikonseptualisasikan. (Frey, Sieloff and Norris , 2013).

Antara tahun 1966 dan tahun 1968 menjabat sebagai asisten kepala penelitian Grants Branch, divisi keperawatan dalam departemen kesehatan, pendidikan dan kesejahteraan. Tahun 1968-1972 menjabat sebagai kepala sekolah keperawatan di *The Ohio State University, Columbus*. Manuskrip buku pertamanya "*Toward a Theory For Nursing: General Concepts of Human Behavior*" telah dikirimkan ke penerbit dan dipublikasikan tahun 1972. Ia kembali ke Chicago sebagai profesor di program *Loyola University*. Tahun 1978-1980 menjabat

sebagai koordinator penelitian klinik keperawatan di *Loyola Medical Center*, Departemen Keperawatan. Tahun 1972-1975 menjadi anggota *The Defense Advisory Committee on Women in the Services* di departemen pertahanan. Tahun 1980 ia pindah ke Tampa, Florida. Manuskrip buku keduanya "*A Theory For Nursing: System, Concepts, Process*" dikirimkan ke penerbit bulan Juni 1980 dan di terbitkan tahun 1981. King wafat pada tanggal 24 Desember 2007, di Santo Petersburg, Florida, Amerika.

Imogene King dikenal dengan "*interacting systems framework and Theory of Goal Attainment*", yaitu adanya interaksi antara perawat dan pasien pada pelaksanaan asuhan keperawatan. Hubungan interaksi antara perawat dan pasien membawa pada pencapaian tujuan. Tujuan yang ingin dicapai dari teori Imogene King (1971, 1981, 1987) berfokus pada interaksi tiga sistem yakni, sistem personal (individu), sistem interpersonal (kelompok seperti perawat-pasien), dan sistem sosial (misalnya sistem pendidikan, sistem layanan kesehatan).

## **B. Teori Keperawatan menurut Imogene King**

Allgood (2014) King mengemukakan model konsep sistem kerangka terbuka (Teori Konseptual King). Pada tahun 1971 King memperkenalkan suatu model konseptual yang terdiri atas tiga sistem yang saling berinteraksi. Model keperawatan terakhir dari King memadukan tiga sistem interaksi yang dinamis personal, interpersonal, dan sosial yang mengarah pada perkembangan teori pencapaian tujuan.

Konsep ditempatkan dalam sistem personal karena mereka terutama berhubungan dengan individu, sedangkan konsep yang ditempatkan dalam sistem interpersonal karena menekankan pada interaksi antara dua orang atau lebih. Konsep yang ditempatkan dalam sistem sosial karena mereka menyediakan pengetahuan untuk perawat agar berfungsi di dalam sistem yang lebih besar. Dalam interpersonal sistem perawat-klien berinteraksi dalam suatu area (*space*). Menurut King intensitas dari interpersonal sistem sangat menentukan dalam menetapkan pencapaian tujuan keperawatan. Menurut Susanita dan Nancy (2019) sistem yang dikemukakan oleh Imogene King.

### **1. Sistem Personal**

Sistem personal adalah individu atau klien yang dilihat sebagai sistem terbuka, mampu berinteraksi, mengubah energi, dan informasi

dengan lingkungannya. Konsep yang perlu dipahami dalam sistem personal antara lain:

a. Gambaran diri (*body image*)

Merupakan persepsi tentang diri individu sendiri dan persepsi orang lain tentang dirinya.

b. Pertumbuhan dan perkembangan (*growth & development*)

Perubahan yang terjadi pada individu secara terus menerus baik secara seluler, molekuler dan tingkatan-tingkatan aktivitas perilaku yang kondusif untuk menolong individu bergerak ke arah kedewasaan. Pertumbuhan dan perkembangan dapat menggambarkan suatu proses dalam kehidupan terjadi peningkatan potensi untuk mencapai aktualisasi diri.

c. Persepsi (*perception*)

Persepsi adalah menyalurkan energi dari lingkungan dan mengelompokkannya melalui informasi, penyimpanan informasi dan menyampaikannya dalam bentuk perilaku yang jelas. Persepsi adalah proses organisasi, interpretasi dan transformasi data yang diingatkannya melalui perasaan.

d. Diri sendiri (*self*)

Merupakan pemikiran dan perasaan yang berkaitan dengan personalitas seseorang yang berbeda dengan orang lain dan memengaruhi pandangannya terhadap siapa jati dirinya. Diri sendiri termasuk berbagai hal, sistem dari ide/ gagasan, sikap, nilai dan komitmen-komitmen. Diri sendiri adalah lingkungan subjektif seseorang secara keseluruhan. Hal ini merupakan pusat yang istimewa dari pengalaman dan signifikansi. Diri sendiri menunjukkan dunia seseorang pada bagian dalam yang dibedakan dari dunia luar yang terdiri dari orang lain dan berbagai hal. Diri sendiri adalah individu seperti yang dikenal sebagai individu, adalah ketika kita mengatakan "aku".

e. Ruang (*space*)

Ditandai dengan karakteristik universal. Semua orang mempunyai beberapa konsep personal yang bergantung pada hubungan dengan situasi, dimensi, area, jarak, waktu dan tanggapan yang berdasar pada persepsi masing-masing individu. Ruang (*space*) dapat juga

diartikan sebagai batasan tegas dari fisik dan perilaku yang ditampilkan.

f. Waktu (*time*)

King menggambarkan waktu sebagai jangka waktu antara peristiwa satu dengan peristiwa yang lainnya dan dipengaruhi oleh pengalaman masing-masing individu, sehingga peristiwa yang satu dengan yang lain akan saling berhubungan.

## 2. Sistem Intrapersonal

Sistem interpersonal adalah dua atau lebih individu atau grup yang berinteraksi. Dalam sistem interpersonal diperlukan satu pemahaman tentang konsep komunikasi, interaksi, peran, stres dan transaksi.

a. Komunikasi (*communication*)

Komunikasi didefinisikan sebagai proses pemberian informasi dari individu satu ke individu yang lain secara langsung maupun tidak langsung. Komunikasi merupakan komponen interaksi. Termasuk didalamnya perubahan tanda-tanda non-verbal dan simbol-simbol antara perawat – klien dengan lingkungan yang merupakan komunikasi.

b. Interaksi (*interaction*)

Interaksi merupakan suatu proses persepsi dan komunikasi antara individu dengan lingkungan dan antara individu yang satu dengan individu yang lain, diwujudkan dengan perilaku verbal dan diarahkan untuk mencapai tujuan. Setiap individu yang berinteraksi dipengaruhi oleh perbedaan-perbedaan dari pengetahuan, tujuan, pengalaman terdahulu dan persepsi.

c. Peran (*role*)

Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan dari individu yang memiliki peraturan yang menjelaskan hak dan kewajiban. Saat harapan peran berbeda dan tidak sesuai dengan yang terjadi, dapat menimbulkan konflik. Berdampak pada penurunan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat.

d. Stres (*stress*)

Stres adalah tingkatan yang dinamis dalam interaksi individu dengan lingkungan. Stres melibatkan perpindahan energi dan informasi antara individu dengan lingkungan untuk pengaturan dan pengendalian *stressor*. Peningkatan stres dalam interaksi individu

dapat mempersempit bidang persepsi dan menurunkan kerasionalan. Peningkatan stres ini berpengaruh terhadap intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien. Stres bisa dialami oleh setiap orang, baik yang sehat maupun yang sakit. Contoh seseorang yang mengalami gangguan kesehatan seperti pada pasien diabetes melitus mengalami stres. Hasil penelitian Mustika, Candra, dan Suntari (2016), Paramitha, Candra, dan Harini (2019), Marcelina dan Candra (2022) yang telah dipublikasikan di jurnal ilmiah menemukan bahwa pasien diabetes melitus mengalami stres. Pada masa pandemic COVID-19 Satgas gotong royong yang ada di Bali juga mengalami stres. Hasil penelitian Candra, Sumirta, dan Mustika (2021) menemukan satgas gotong royong di Desa Adat Apit Yeh, Manggis, Karangasem, Bali pada umumnya mengalami stres. Keadaan stres yang berkepanjangan pada mereka yang mengalami gangguan kesehatan seperti pada pasien diabetes melitus dapat mengakibatkan terjadinya depresi yang dapat mengganggu upaya perawatan dan pengobatan yang dijalani. Hasil penelitian Mustika, Candra, dan Suntari (2016), Candra, dan Epriliani (2019), Candra, dkk (2022), dan Candra, dkk (2023) menemukan pasien diabetes melitus mengalami depresi.

e. Transaksi (*transaction*)

Transaksi didefinisikan sebagai maksud dari interaksi untuk mencapai tujuan tertentu. Termasuk dalam transaksi adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.

### 3. Sistem Sosial

Sistem yang saling berinteraksi secara menyeluruh yang terdiri dari kelompok masyarakat, dikenal sebagai sistem sosial. Pengaruh perilaku terhadap pertumbuhan dan perkembangan individu yang berada dalam keluarga *ekstended* di masyarakat adalah contoh lain dari pengaruh sistem sosial. Di dalam sistem sosial, penting untuk memahami otoritas konsep, pengambilan keputusan, organisasi, dan status.

- a. Otoritas (*authority*)  
Merupakan proses transaksi yang aktif dalam pengalaman seseorang untuk memahami nilai yang berpengaruh, legitimasi dan menerimanya sebagai posisi dalam organisasi berkaitan dengan otoritasnya.
- b. Pengambilan keputusan (*decision making*)  
Merupakan perubahan dan proses yang disengaja melalui proses memilih sesuai dengan tujuan dengan mengidentifikasi aktivitas yang mungkin dilakukan oleh individu atau group untuk mencapai tujuan.
- c. Organisasi (*organization*)  
Dibentuk oleh individu yang memiliki peran yang diharapkan sesuai dengan posisinya. Orang tersebut akan menggunakan berbagai sumber untuk mencapai tujuan baik personal maupun organisasi.
- d. Status (*status*)  
Status adalah hubungan seseorang di dalam grupnya dengan anggota lainnya dalam satu grup atau grup yang satu dengan grup yang lainnya.

### **C. Konsep Paradigma Keperawatan Menurut Imogene King**

Menurut Sumijatun (2017) fokus teori King ini terletak pada interaksi sistem interpersonal dalam hubungan perawat-klien. Secara garis besar teori Imogene King menjelaskan kaitannya dengan sistem terbuka yang berhubungan erat dengan interaksi yang stabil dengan lingkungan tempat tinggal masyarakat. Hubungan tersebut dihubungkan dengan sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial. Berdasarkan 4 konsep sentral, King menjelaskan teorinya sebagai berikut:

#### **1. Manusia**

King memandang manusia sebagai suatu sistem terbuka yang berinteraksi dengan lingkungan, sehingga memungkinkan benda, energi, dan informasi yang leluasa memengaruhinya. King juga menjelaskan manusia merupakan makhluk spiritual yang memiliki kepercayaan terhadap kesehatannya. Manusia juga memiliki kemampuan melalui komunikasi atau bahasan serta bentuk yang lainnya

untuk menyimpan sejarah serta melestarikan budaya mereka. Lebih lanjut King menjelaskan Individu adalah merupakan komponen yang unik dan holistik ditinjau dari nilai berdasarkan nilai intrinsik dan mampu berpikir secara rasional serta melakukan pengambilan keputusan disituasi apapun. Kerangka konsepnya meliputi tiga sistem interaksi yang dinamis sebagai individu disebut sebagai sistem personal, ketika individu ini bersatu dalam kelompok disebut sistem interpersonal. Sistem sosial tercipta ketika kelompok mempunyai ketertarikan dan tujuan yang sama dalam satu komunitas atau masyarakat.

Menurut Imogene M. King, manusia memiliki tiga kebutuhan pokok:

- 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

## **2. Kesehatan**

Kesehatan menurut King adalah kondisi yang dapat berubah-ubah dalam siklus hidup manusia, sementara penyakit mengganggu proses tersebut. Kesehatan memiliki arti penyesuaian secara berkesinambungan untuk memberikan tekanan dilingkungan internal maupun eksternal melalui penggunaan sumber daya seseorang secara optimal untuk mencapai potensi maksimal untuk hidup sehari-hari. King juga mendefinisikan sehat sebagai pengalaman hidup manusia yang dinamis, yang secara berkelanjutan melakukan penyesuaian terhadap *stressor* internal dan eksternal melewati rentang sehat sakit, dengan menggunakan sumber-sumber yang dimiliki oleh seseorang atau individu untuk mencapai kehidupan sehari-hari yang maksimal.

## **3. Lingkungan**

King menitik beratkan lingkungan berkaitan dengan kemampuan atau cara manusia mengelola secara utuh. Mampu berinteraksi dengan lingkungannya untuk menjaga kesehatan. Sistem terbuka berdasarkan King mengisyaratkan. bahwa interaksi terjadi terus menerus antara

sistem dan lingkungan. Setiap individu mempersepsikan atau mengisyaratkan dunia sebagai sekumpulan orang yang terus melakukan transaksi dengan individu dan benda-benda dilingkungannya. Manusia tersebut akan berinteraksi dengan lingkungan internal dengan penukaran energi yang diatur secara terus menerus terhadap perubahan lingkungan eksternal. Lingkungan adalah latar belakang untuk interaksi manusia, dan melibatkan:

- a. Lingkungan internal: mengubah energi untuk memungkinkan orang menyesuaikan diri dengan terus menerus terhadap perubahan lingkungan eksternal.
- b. Lingkungan eksternal: melibatkan organisasi formal dan informal. Perawat adalah bagian dari lingkungan pasien.

#### 4. Keperawatan

Keperawatan didefinisikan sebagai suatu proses tindakan, reaksi dan interaksi perawat dan klien dalam berbagi informasi tentang persepsi mereka dalam situasi keperawatan. Tujuan Keperawatan adalah untuk membantu individu menjaga kesehatan mereka sehingga mereka dapat berfungsi dalam tugas dan tanggung jawabnya. King menyampaikan pola intervensi keperawatannya adalah proses interaksi klien dan perawat meliputi komunikasi dan persepsi yang menimbulkan aksi, reaksi, dan jika ada gangguan, menetapkan tujuan dengan maksud tercapainya suatu persetujuan dan membuat transaksi.

Menurut Elon dkk (2021) proses keperawatan King dalam teori pencapaian tujuan.

<b>Metode Proses Keperawatan</b>	<b>Teori Proses Keperawatan</b>
Sebuah sistem tindakan yang berorientasi	Sebuah sistem konsep berorientasi
Pengkajian	Persepsi, komunikasi dan interaksi perawat dan klien. Pada proses ini terjadi aksi antara perawat dan pasien dimulai dari persamaan persepsi, mempertimbangkan hingga aksi.
Perencanaan	Pengambilan keputusan tentang tujuan, sepakati cara untuk mencapai tujuan
Pelaksanaan/implementasi	Transaksi dilakukan dengan kesamaan

Metode Proses Keperawatan	Teori Proses Keperawatan
	persepsi antara perawat dan pasien
Evaluasi	Tujuan tercapai, pada tahap ini perawat menganalisis latar belakang tujuan tercapai, atau pun tujuan tidak tercapai.

#### D. Kelebihan dan Kekurangan Teori King

Menurut Daryaswanti dkk (2023) kelebihan dan kekurangan dari teori King ini adalah:

1. Kelebihan:
  - a. Teori ini dapat menyesuaikan pada setiap perubahan, dapat dipergunakan dan menjelaskan atau memprediksi sebagian besar fenomena dalam keperawatan.
  - b. Teori ini merupakan serangkaian konsep yang saling berhubungan dengan jelas dan dapat diamati dalam praktik keperawatan.
  - c. Mengedepankan partisipasi aktif klien dalam penyusunan tujuan bersama, mengambil keputusan, dan interaksi untuk mencapai tujuan klien.
  - d. Teori ini dapat dipakai pada semua tatanan pelayanan keperawatan.
  - e. Teori ini dapat dikembangkan dan diuji melalui riset.
  - f. Teori ini sangat penting pada kolaborasi antara tenaga kesehatan.
2. Kekurangan:
  - a. Beberapa konsep dasar kurang jelas, contohnya teori ini menyatakan bahwa stress memiliki konsekuensi positif dan menyarankan perawat harus menghilangkan pembuat stres dari lingkungan Rumah Sakit.
  - b. Teori ini berfokus pada sistem interpersonal sehingga tujuan yang akan dicapai sangat tergantung pada persepsi perawat dan klien yang terlibat dalam hubungan interpersonal dan hanya pada saat itu saja.

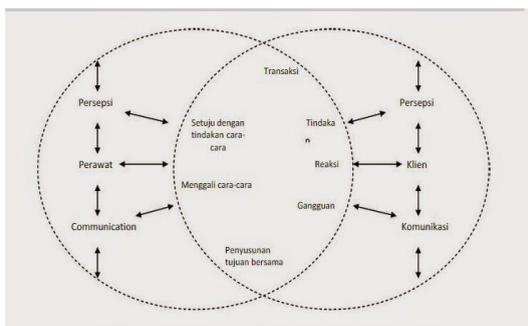
Teori ini belum menjelaskan metode yang aplikatif dalam penerapan konsep interaksi, komunikasi, transaksi dan persepsi, misalnya pasien-pasien yang tidak dapat berinteraksi baik dengan perawat misalnya klien dengan koma, dan pasien psikiatrik.

## E. Penegasan Teoritis

Menurut Alligood (2014) dalam teori pencapaian tujuannya, memberikan proposisi berikut, yang memperlihatkan dan menggambarkan hubungan konsep-konsep King. Terdapat kekuatan perseptual dalam interaksi perawat-klien maka akan terjadi transaksi:

1. Perawat dan klien melakukan transaksi, maka tujuan akan dicapai.
2. Tujuan dicapai, maka akan terjadi kepuasan.
3. Tujuan dicapai, maka akan terjadi aspek yang efektif.
4. Transaksi dibuat dalam interaksi perawat-klien, maka tumbuh kembang akan meningkat.
5. Harapan peran dan performa peran yang dirasakan oleh perawat dan klien sesuai, maka akan terjadi transaksi.
6. Konflik peran dialami oleh perawat atau klien atau oleh keduanya, maka akan menimbulkan stres dalam interaksi perawat-klien.
7. Perawat yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus mengomunikasikan informasi yang sesuai kepada klien, maka akan terjadi penyusunan tujuan dan pencapaian tujuan bersama.

Proposisi dalam teori pencapaian tujuan oleh King ini dapat digambarkan dalam skema dibawah ini:



Teori Imogene King memiliki prinsip: sistem konseptual dan Teori jangka menengah pencapaian Tujuan. Keperawatan adalah proses tindakan, reaksi dan interaksi perawat dan klien berbagi informasi tentang persepsi mereka dalam situasi keperawatan. Proses interaksi manusia antara perawat dan pasien yang masing-masing merasakan yang lain. Melalui komunikasi menetapkan tujuan, mengeksplorasi cara, dan menyepakati cara untuk mencapai tujuan. Berfokus untuk

membimbing dan mengarahkan perawat dalam hubungan perawat-pasien, berjalan seiring dengan pasien untuk memenuhi tujuan kesehatan yang optimal. Menjelaskan bahwa perawat dan pasien berjalan beriringan dalam mengomunikasikan informasi, menetapkan tujuan bersama, dan kemudian mengambil tindakan untuk mencapai tujuan tersebut.





## TEORI KEPERAWATAN MADELEINE LEININGER

### A. Biografi

Madeleine Leininger lahir di Nebraska pada tahun 1925. Beliau memulai karir keperawatannya setelah menyelesaikan diploma di St. Anthony's School of Nursing Denver, Colorado. Tahun 1950 Leininger memperoleh Bachelor Degree di bidang biological science with a minor in philosophy and humanistic studies dari Benedictine College di Kansas. Kemudian bekerja sebagai instruktur, staf perawat, dan perawat kepala di unit keperawatan medikal bedah. Beliau juga menjadi direktur pelayanan keperawatan di unit psikiatri St. Joseph's Hospital di Omaha, Nebraska. Tahun 1954 Leininger menyelesaikan Master Degree pada psychiatric nursing di Catholic University of America. Pada tahun yang sama Leininger menulis sebuah buku yang menjadi buku pertama untuk keperawatan dasar psikiatri. Kemudian beliau bergabung dengan University of Cincinnati Ohio dan menjadi master pertama program spesialisasi keperawatan psikiatri anak (Kasron, Sahran & Ohorella, 2016).

Saat bekerja di Cincinnati, Leininger menemukan rendahnya pengetahuan staf tentang faktor kultural yang memengaruhi perilaku anak-anak. Leininger mengobservasi perbedaan respon terhadap perawatan dan pengobatan pada pasien anak dengan latar belakang kultural berbeda. Leininger mengemukakan bahwa ada hubungan potensial antara keperawatan dan antropologi. Leininger memutuskan

untuk melanjutkan studi Doktoral dan fokus pada kultural, sosial dan antropologi psikologikal serta transkultural nursing. Beliau akhirnya mengembangkan *cultural care theory of diversity and universality*. Pada tahun 1970 menulis buku *Nursing and Anthropology: Two World to Blend*. Publikasi pertama pada tahun 1978 dengan buku *Transcultural Nursing: Concept, Theories and Practice*. Tahun 2006 menulis buku *Cultural Care Theory of Diversity and Universality* (Yenus dkk, 2021).

## **B. Konsep Utama Teori Leininger**

Menurut Alligood (2014) teori utama Leininger adalah Culture Care Diversity and Universality Leininger berasal dari disiplin ilmu antropologi dan keperawatan. Leininger mengembangkan teorinya berdasarkan keyakinan bahwa manusia dengan budaya yang berbeda akan membutuhkan jenis perawatan yang berbeda pula. *Cultural care theory* dapat berasal dari induktif dan deduktif, berasal dari pengetahuan emic (*insider*) dan etic (*outsider*). Leininger adalah orang pertama yang melihat keperawatan dari sudut pandang kultural dan antropologi Sosial, *Transcultural nursing* sebagai area mayor keperawatan yang berfokus pada studi komparatif dan analisis keanekaragaman kultur dan subkultur di dunia dengan menghormati nilai-nilai perawatan, ekspresi dan keyakinan sehat sakit dan pola perilaku.

Leininger menjelaskan teorinya meliputi *culture, culture value, culture care diversity, culture care universality, culture care, world view, social structure dimensions, environmental context, ethnohistory, generic care system* dan lain sebagainya. Hal ini ditunjukkan melalui *sunrise enabler* model, dengan komponen yang begitu kompleks. Untuk itu perlu pengembangan teori selanjutnya yang lebih terfokus sehingga dapat menjadi panduan dalam melakukan penelitian-penelitian terkait aplikasi keperawatan dengan melihat begitu kompleks komponen dan luasnya cakupan dari model ini maka teori ini masuk ke dalam grand teori.

Menurut Gonzalo (2021) teori Leininger adalah tentang *culture care diversity* dan *universality*, atau yang lebih dikenal dengan *Cultural Care Theory* atau *transcultural nursing*. Madeleine Leininger mendefinisikan keperawatan transkultural sebagai bidang studi dan praktik substantif yang berfokus pada nilai, keyakinan, dan praktik

perawatan budaya (peduli) komparatif dari individu atau kelompok budaya yang sama atau berbeda. Untuk memberikan praktik asuhan keperawatan yang spesifik budaya dan universal dalam mempromosikan kesehatan atau kesejahteraan atau untuk membantu orang menghadapi kondisi manusia yang tidak menguntungkan, penyakit, atau kematian dengan cara yang bermakna secara budaya.

Maksud dari *Culture Care Theory* adalah untuk membantu para peneliti dan dokter menemukan, mendokumentasikan, mengetahui, dan menjelaskan saling ketergantungan antara perawatan dan fenomena budaya sambil mencatat perbedaan dan kesamaan antara dan di antara budaya. Teori dirancang untuk membantu membimbing perawat peneliti dalam menemukan makna, pola, ekspresi, dan praktik baru terkait dengan budaya perawatan yang telah memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga, dan kelompok budaya.

Dalam proses penemuan baik persamaan (*commonality*) maupun keragaman (perbedaan) yang dapat diidentifikasi sebagai modalitas budaya yang spesifik. Untuk memberikan perawatan yang sesuai secara budaya terkait dengan tujuan kesehatan atau kesejahteraan yang diinginkan. Tujuan dari *culture care theory* adalah untuk memberikan perawatan yang kongruen dengan budaya, yang berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan orang atau membantu mereka menghadapi kecacatan, berduka, atau kematian menggunakan tiga model keputusan dan tindakan perawatan budaya.

Sumber Teori Leininger berasal dari disiplin ilmu antropologi dan keperawatan. Menentukan Keperawatan Transkultural sebagai bidang utama keperawatan yang difokuskan pada studi perbandingan dan analisis dari beragam budaya. Teori dan Model Keperawatan dan subkultur di dunia dengan menghormati nilai-nilai kepedulian, ekspresi, keyakinan kesehatan, dan pola perilaku mereka. Tujuan dari teori ini adalah untuk menemukan keragaman perawatan pada manusia dan keuniversalan berkaitan dengan pandangan dunia, struktur sosial dan dimensi lain. Kemudian menemukan cara untuk menyiapkan budaya yang saling peduli kepada orang lain dari budaya yang berbeda atau serupa. Untuk mempertahankan atau mendapatkan kembali kesejahteraan atau kesehatan mereka, atau untuk menghadapi kematian dengan cara yang sesuai dengan budayanya.

Keperawatan transkultural menumbuhkan kesadaran dari suatu keadaan *Culture Care* dengan menggunakan pengetahuan keperawatan untuk melakukan perawatan yang sesuai budaya dan perawatan yang bertanggung jawab. Leininger telah menyatakan bahwa akan ada praktik keperawatan yang mencerminkan praktik keperawatan melalui pendekatan budaya yang dapat dipertahankan, didasarkan, dan khusus untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok, dan institusi.

Pendapat Leininger bahwa budaya dan pengetahuan perawatan adalah yang paling holistik dalam artian merencanakan dan memahami orang, mereka adalah pusat dan penting untuk pendidikan dan praktik keperawatan. Leininger menyatakan bahwa keperawatan transkultural adalah bagian yang paling penting, baik dalam bidang studi formal yang relevan, dan sangat menjanjikan, penelitian, dan praktik karena kita hidup di dunia multikultural. Prediksinya adalah pengetahuan dan kompetensi keperawatan terkait budaya akan sangat penting sebagai panduan untuk semua keputusan dan tindakan keperawatan yang efektif dan hasil yang diharapkan.

### **C. Prinsip Teori Leininger**

Menurut McFarlan & Alamah (2018) Leininger merumuskan dan mengonseptualisasi empat prinsip utama *Culture Care Theory* yaitu:

1. Prinsip teoritis pertama adalah terdapat keberagaman dalam ekspresi, makna, pola dan praktik berbasis budaya, tetapi juga terdapat kesamaan dan atribut yang bersifat universal di antara dan antar budaya.
2. Prinsip teoritis kedua adalah pandangan alam dunia: faktor struktur sosial seperti agama, ekonomi, pendidikan, teknologi, politik, kekerabatan, lingkungan, bahasa, dan perawatan genetik dan faktor keperawatan professional. Sangat memengaruhi makna, ekspresi, dan pola perawatan peka budaya dalam budaya-budaya yang berbeda. Faktor-faktor tersebut juga memengaruhi pola perawatan budaya untuk memprediksi kesehatan, kesejahteraan, penyakit, penyembuhan, dan cara orang menghadapi kecacatan dan kematian.

3. Prinsip teoretis ketiga adalah baik faktor generik (emik atau pandangan orang dalam budaya tertentu) dan faktor kesehatan profesional (etik) dalam konteks lingkungan yang beragam. Sangat memengaruhi kesehatan dan hasil akhir dari penyakit, dan karena ini perlu diajarkan, diteliti, dan dibawa bersama dalam praktik keperawatan. Untuk memberikan keperawatan yang memuaskan bagi klien, yang mengarahkan pada kesehatan dan kesejahteraan mereka.
4. Prinsip teoretis keempat adalah konseptualisasi dari tiga model keputusan dan tindakan perawatan budaya utama. Digunakan untuk merencanakan perawatan yang kongruen dengan budaya untuk kesehatan dan kesejahteraan klien secara umum atau untuk membantu mereka menghadapi kematian atau disabilities.
  - a. Tiga model keputusan dan tindakan berbasis budaya adalah sebagai berikut: Pelestarian Perawatan Budaya atau pemeliharaan.
  - b. Akomodasi Perawatan Budaya atau negosiasi.
  - c. Pemodelan ulang *Culture Care* atau restrukturisasi. Model keputusan dan tindakan berdasarkan perawatan budaya diprediksi sebagai faktor kunci untuk mencapai perawatan yang kongruen, aman, dan bermakna.

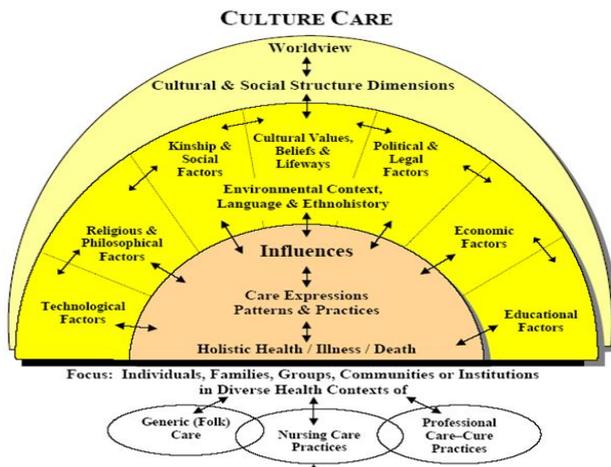
#### **D. *Sunrise Enabler* Dari Teori Madeleine Leininger**

Menurut Yenus dkk (2021) *Sunrise Enabler* dari Leininger memungkinkan perawat untuk mengeringkan pemikiran kritis dan kompleks tentang praktik keperawatan. Pemikiran ini harus mempertimbangkan dan mengintegrasikan dimensi struktur budaya dan sosial dalam setiap konteks tertentu, selain aspek biologis dan psikologis asuhan keperawatan.

Pandangan umum perawatan budaya mengalir ke dalam pengalaman tentang individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan institusi dalam sistem perawatan kesehatan yang beragam. Pengetahuan ini memberikan makna dan ekspresi budaya yang spesifik mengenai perawatan dan kesehatan. Fokus berikutnya adalah pada sistem generik, sistem perawatan profesional, dan integrasi praktik keperawatan. Informasi tentang sistem ini mencakup karakteristik dan fitur perawatan khusus masing-masing.

Informasi ini memungkinkan untuk identifikasi persamaan dan perbedaan atas universalitas perawatan budaya dan keragaman perawatan budaya. Berikutnya adalah keputusan dan tindakan asuhan keperawatan yang melibatkan pelestarian atau pemeliharaan budaya, akomodasi atau negosiasi perawatan budaya, dan pola atau restrukturisasi perawatan budaya (Gonzalo, 2021). Berikut gambar Sunrise Enabler dari Leininger.

*Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care*



## E. Analisis Teori Leininger

Menurut Kasron, Sahran dan Ohorella (2016) analisis dari Teori Leininger dapat dikemukakan sebagai berikut.

### 1. *Clarity* (Kejelasan)

Leininger melalui Teori *Culture Care Diversity and Universality* menggambarkan konsep dan proposisi teorinya dengan cukup jelas. Untuk memperjelas proposisi konsep tersebut teori ini dilengkapi dengan diagram yang disebut dengan Sunrise Enabler. Pemahaman tentang budaya suatu masyarakat dijadikan latar belakang oleh perawat untuk melakukan pendekatan kepada pasien dan melaksanakan asuhan keperawatan.

### 2. *Simplicity* (Kesederhanaan)

Teori *Culture Care Diversity and Universality* diambil dari disiplin ilmu antropologi dan keperawatan. Teori ini mendefinisikan keperawatan transkultural sebagai bagian utama dari keperawatan. Berfokus pada studi perbandingan dan analisa perbedaan budaya

serta bagian budaya yang ada di dunia. Dengan tetap menghargai nilai-nilai asuhan, pengalaman sehat-sakit dan juga kepercayaan yang dimiliki oleh masyarakat sehingga dapat dikatakan teori cukup kompleks.

3. *Generality* (Generalisasi/Keumuman)

Teori *Culture Care Diversity and Universality* memiliki cakupan teori yang luas/umum melalui pendekatan perspektif multikultural, dapat diaplikasikan pada individu dan masyarakat dengan berbagai latar belakang budaya yang berbeda. Di satu sisi, teori ini memiliki kelemahan yaitu kemungkinan adanya bias dalam pemberian asuhan keperawatan apabila ditemui konflik budaya antara perawat dengan pasien.

4. *Empirical Precision* (Presisi Empiris)

Teori *Culture Care Diversity and Universality* dapat diteliti dengan menggunakan metode penelitian kualitatif untuk mengungkap fenomena keperawatan dan kesehatan yang belum diketahui pada berbagai macam budaya. Saat ini sudah ada 135 bentuk keperawatan transkultural yang sudah diidentifikasi sebagai bagian dari keperawatan transkultural dan memungkinkan untuk terus bertambah seiring dengan penelitian yang terus dilakukan.

5. *Derivable Consequence* (Konsekuensi yang Didapat)

Teori *Culture Care Diversity and Universality* berperan penting dalam pencapaian tujuan keperawatan. Teori ini sangat bermanfaat, bisa diaplikasikan, dan esensial dalam pendidikan, pelayanan dan penelitian keperawatan serta membawa dampak perubahan dalam dunia keperawatan. Teori *Culture Care Diversity and Universality* berpotensi pada pengembangan ide-ide baru dalam pendidikan, praktik profesional dan penelitian keperawatan.

## **F. Bahasa Khusus Teori Leininger**

Menurut Priscilla (2014) beberapa Bahasa khusus yang digunakan dalam teori Leininger diantaranya:

1. *Culture*

Segala yang dipelajari, disebarkan dan nilai yang diwariskan, kepercayaan, norma, cara hidup dari kelompok tertentu yang mengarahkan anggotanya untuk berfikir, membuat keputusan, serta motif tindakan yang diambil.

2. *Culture care*

Suatu pembelajaran yang bersifat objektif dan subjektif yang berkaitan dengan nilai yang diwariskan, kepercayaan, dan motif cara hidup. Membantu, memfasilitasi atau memampukan individu atau kelompok untuk mempertahankan kesejahteraannya, memperbaiki kondisi kesehatan, menangani penyakit, cacat, atau kematian.

3. *Diversity*

Keanekaragaman dan perbedaan persepsi budaya, pengetahuan, dan adat kesehatan, serta asuhan keperawatan.

4. *Universality*

Kesamaan dalam hal persepsi budaya, pengetahuan praktik terkait konsep sehat dan asuhan keperawatan.

5. *Ethnohistory*

Fakta, peristiwa, kejadian, dan pengalaman individu, kelompok, budaya, lembaga, terutama sekelompok orang yang menjelaskan cara hidup manusia dalam sebuah budaya dalam jangka waktu tertentu.

Teori Lieningar menekankan pada: teori keanekaragaman dan universalitas peduli budaya. Keperawatan transkultural sebagai bidang studi dan praktik substantif yang berfokus pada nilai, keyakinan, dan praktik perawatan budaya (kepedulian) yang komparatif. Praktik individu atau kelompok dari budaya yang sama atau berbeda untuk memberikan praktik asuhan keperawatan yang spesifik budaya dan universal dalam meningkatkan kesehatan atau kesejahteraan. Untuk membantu orang menghadapi kondisi manusia yang tidak menguntungkan, penyakit, atau kematian dengan cara yang bermakna yang peka budaya. Melibatkan pembelajaran dan pemahaman berbagai budaya mengenai praktik keperawatan dan perawatan kesehatan-penyakit, keyakinan, dan nilai-nilai untuk menerapkan layanan asuhan keperawatan yang signifikan dan efisien kepada orang-orang sesuai dengan nilai budaya dan konteks kesehatan-penyakit mereka. Berfokus pada fakta bahwa berbagai budaya memiliki perilaku peduli yang berbeda dan unik serta nilai, keyakinan, dan pola perilaku sehat dan sakit yang berbeda.



## TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN

### A. Biografi

Betty Neuman dilahirkan pada tanggal 11 September 1924 di *Lowell, Ohio*. Betty Neuman untuk pertama kalinya mendapatkan pendidikan pada tahun 1947 di *Ohio* tepatnya di *People Hospital School of Nursing* atau saat ini lebih dikenal dengan nama General Hospital Akron di Akron. Lalu pindah ke daerah Los Angeles (California) dengan maksud ingin tinggal bersama keluarga. Di California kemudian bekerja menjadi staf keperawatan rumah sakit dan menduduki jabatan penting. Selanjutnya, beliau kemudian melanjutkan studinya di jurusan psikologi *University of California*. Pendidikannya selesai dan meraih gelar sarjana muda di tahun 1957. Beberapa tahun berikutnya meraih gelas master pada bidang kesehatan mental tepatnya di tahun 1966. Di *University of California* menjadi seorang konsultan kesehatan masyarakat dan selanjutnya melanjutkan pendidikan tinggi program administrasi di *Ohio University*. Beberapa pengalaman telah didapatkan seperti menjadi dosen di bidang keperawatan jiwa, pemimpin konseling model *Whole Person Approach*, berperan sebagai konsultan dan beliau juga menyusun sebuah model keperawatan di UCLA yang fokus terkait masalah keperawatan. Tahun 1972, pada publikasi edisi pertama *Model Whole Person Approach* dipublikasikan dengan topik *a model of*

*teaching total person approach to patient problem* dalam riset keperawatan (Aini, 2018).

## **B. Konsep Utama Teorinya**

Menurut Alligood (2014) sistem model Neuman terdiri dari beberapa konsep utama. Konsep utama yang terdapat dalam model ini adalah pendekatan holistik, sistem terbuka, konsep lingkungan, sistem klien, konsep kesehatan, *stressor*, tingkat reaksi, pencegahan sebagai intervensi, dan *reconstitution*.

### 1. Pendekatan Holistik

Pendekatan holistik merupakan suatu pendekatan yang dinamis, terbuka tentang perawatan klien yang dikembangkan untuk memberikan suatu kesatuan fokus masalah keperawatan serta untuk pemahaman terbaik mengenai klien dalam berinteraksi dengan lingkungan.

### 2. Sistem Terbuka

Suatu sistem dikatakan terbuka karena elemen-elemen sistem tersebut secara terus menerus bertukar informasi dan energi dalam suatu organisasi yang kompleks. Stres dan reaksi terhadap stres adalah komponen dasar suatu sistem terbuka. Konsep sistem terbuka terdiri dari beberapa komponen, yaitu:

#### a. Fungsi atau Proses

Adanya proses pertukaran energi, informasi, dan berbagai hal dengan lingkungannya dan menggunakan sumber energi yang didapat untuk bergerak ke arah stabilitas yang utuh.

#### b. *Input* dan *Output*

Berupa zat-zat, energi, informasi yang saling bertukar antara klien dan lingkungan.

#### c. *Feedback*

Adanya umpan balik dari *output* untuk *input* dalam memperbaiki tindakan untuk merubah, meningkatkan atau menstabilkan sistem.

#### d. *Negentropy*

Suatu proses pemanfaatan energi konservasi yang membantu kemajuan sistem ke arah stabilitas atau baik.

#### e. Stabilitas

Suatu keinginan keadaan seimbang antara penanggulangan sistem dan *stressor* untuk memelihara tingkat kesehatan yang optimal dan integritas.

### 3. Konsep Lingkungan

Konsep lingkungan berupa kekuatan internal dan eksternal di sekitar klien atau sistem klien yang memengaruhi klien. Dalam konsep lingkungan terdapat konsep penciptaan lingkungan. Konsep penciptaan lingkungan yaitu lingkungan yang diciptakan dan dikembangkan secara tidak sadar oleh klien untuk mengekspresikan sistem secara simbolik dari keseluruhan sistem. Tujuannya adalah menyediakan suatu arena aman untuk sistem fungsi klien dan melindungi klien dari *stressor*.

### 4. Sistem Klien

Konsep sistem klien menyatakan bahwa klien atau sistem klien terdiri atas lima variabel klien, yaitu fisiologi, psikologi, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual. Variabel fisiologi adalah struktur dan fungsi tubuh. Variabel psikologi adalah proses mental dalam berinteraksi dengan lingkungan. Variabel sosiokultural adalah efek dan pengaruh kondisi sosiokultural. Variabel perkembangan ditujukan pada usia yang berkaitan dengan aktivitas dan proses. Variabel spiritual ditujukan pada kepercayaan-kepercayaan spiritual dan pengaruhnya. Klien atau sistem klien memiliki beberapa komponen, yaitu:

#### a. Struktur Dasar

Struktur dasar menyatakan klien sebagai sistem terdiri dari pusat inti yang dikelilingi oleh lingkaran terpusat. Struktur inti ini terdiri dari faktor kehidupan dasar yang umum untuk seluruh anggota spesies, seperti faktor bawaan atau genetik.

#### c. Garis Perlawanan

Garis perlawanan yaitu garis lingkaran putus-putus yang mengelilingi struktur inti dasar. Lingkaran ini mempresentasikan faktor-faktor sumber daya yang membantu klien mempertahankan melawan suatu *stressor*. Sebagai contoh adalah respon sistem imun tubuh. Garis perlawanan efektif, sistem klien dapat stabil kembali. Jika tidak efektif maka kematian dapat terjadi.

d. Garis Pertahanan Normal

Garis pertahanan normal adalah garis lingkaran utuh terluar dari model yang mempresentasikan suatu keadaan stabil untuk individu atau sistem. Garis pertahanan normal meliputi variabel sistem dan perilaku seperti kebiasaan pola koping seseorang, gaya hidup, dan tahap perkembangan. Pelebaran dari garis normal merefleksikan suatu peningkatan status kesehatan dan pengecilan berarti suatu penurunan status kesehatan.

e. Garis Pertahanan Fleksibel

Garis pertahanan fleksibel yaitu garis lingkaran putus-putus terluar yang bersifat dinamis dan dapat berubah dengan cepat dalam waktu yang singkat. Hal ini dipersepsikan sebagai penahan yang melindungi terhadap *stressor* dari pecahnya atau berubahnya kondisi kesehatan yang stabil yang direpresentasikan sebagai garis pertahanan normal. Hubungan antara variabel fisiologi, psikologi, sosiokultural, perkembangan dan spiritual dapat memengaruhi tingkat kemampuan individu untuk menggunakan pertahanan garis fleksibel dalam melawan kemungkinan dari reaksi *stressor* seperti kehilangan tidur. Neuman menggambarkan garis pertahanan fleksibel sebagai mekanisme pertahanan sistem pertama. Saat garis fleksibel meluas, hal ini akan memberikan pertahanan yang lebih besar dalam waktu yang singkat terhadap invasi *stressor*. Demikian sebaliknya, akan memberikan lebih sedikit pertahanan.

5. Konsep Kesehatan

a. Sehat

Sehat yaitu kondisi ketika tiap bagian dari sistem klien berinteraksi secara harmoni dengan seluruh sistem atau dengan kata lain kebutuhan sistem terpenuhi.

b. Sakit

Sakit yaitu ketika kebutuhan tidak terpenuhi yang mengakibatkan keadaan tidak seimbang dan penurunan energi.

6. Konsep *Stressor*

*Stressor* adalah kekuatan yang secara potensial dapat mengakibatkan gangguan pada sistem yang stabil. *Stressor* dapat berupa:

- a. Kekuatan intrapersonal yang ada pada tiap individu, seperti respon kondisional seseorang.
- b. Kekuatan interpersonal yang terjadi antara satu atau lebih individu, seperti harapan peran.
- c. Kekuatan ekstrapersonal yang terjadi di luar individu, seperti keadaan finansial.

#### 7. Konsep Tingkat Reaksi

Konsep tingkat reaksi merupakan jumlah energi yang diperlukan oleh klien untuk menyesuaikan terhadap *stressor*.

#### 8. Konsep Pencegahan sebagai Intervensi

Konsep pencegahan sebagai intervensi adalah tindakan yang bertujuan untuk membantu klien menahan, mencapai, atau mempertahankan stabilitas sistem. Intervensi dapat terjadi sebelum dan sesudah garis pertahanan dan perlawanan yang dilakukan pada fase reaksi dan rekonstitusi. Intervensi dimulai ketika *stressor* dicurigai atau diidentifikasi. Intervensi didasarkan pada kemungkinan atau faktual dari tingkat reaksi, sumber daya, tujuan, dan hasil antisipasi. Neuman mengidentifikasi tiga level intervensi, yaitu:

##### a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dilakukan ketika *stressor* dicurigai atau diidentifikasi. Reaksi belum terjadi tetapi tingkat risiko diketahui. Perawat akan berusaha untuk mengurangi kemungkinan pertemuan individu dengan *stressor* atau dengan kata lain usaha untuk memperkuat seseorang ketika bertemu dengan *stressor* atau menguatkan garis pertahanan fleksibel untuk menurunkan kemungkinan reaksi.

##### b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder meliputi intervensi atau *treatment* awal sesudah gejala dari stres telah terjadi. Sumber daya internal dan eksternal digunakan agar sistem stabil dengan menguatkan garis internal resistensi, mengurangi reaksi, dan meningkatkan faktor resistensi.

##### c. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier terjadi sesudah *treatment* aktif atau pencegahan sekunder. Pencegahan ini difokuskan pada penyesuaian ke arah

kestabilan sistem yang optimal. Tujuan utamanya yaitu meningkatkan resistensi terhadap *stressor* untuk membantu mencegah terjadinya kembali reaksi atau regresi. Proses ini mendorong untuk kembali pada tipe siklus ke pencegahan primer. Sebagai contoh akan dihindarinya suatu *stressor* yang telah diketahui akan membahayakan klien.

#### 9. Konsep Rekonstitusi

Rekonstitusi terjadi mengikuti *treatment* reaksi *stressor*. Hal ini menggambarkan kembalinya sistem stabil, tingkat kesejahteraannya lebih tinggi atau lebih rendah dari sebelumnya untuk melawan *stressor*. Rekonstitusi mencakup faktor interpersonal, intrapersonal, ekstrapersonal, dan lingkungan yang berhubungan dengan variabel sistem klien.

### C. Sumber Teori Betty Neuman

Pada teori Gestalt terdapat beberapa kesamaan terhadap teori yang dicetuskan oleh Betty Neuman. Teori Gestalt mengemukakan sebuah cara yang dilakukan tubuh untuk dapat menjaga keseimbangan untuk mengubah keadaan sakit maupun sehat yang dikenal dengan homeostatik. Selain itu, model teori yang dikembangkan oleh Betty Neuman juga mengaplikasikan sebuah teori sistem yang bersifat umum mengenai sistem terbuka pada sifat dasar kehidupan. Sistem terbuka adalah kumpulan keseluruhan elemen yang berhubungan dalam organisasi tubuh yang begitu kompleks. Teori lain yang juga diadopsi oleh Neuman adalah berkaitan dengan tingkatan tindakan pemecahan yang merupakan konsep dari Kaplan (Risnah, 2018).

### D. Model Teori Keperawatan Betty Neuman

Neuman dalam teorinya meyakini bahwa perawat dan klien adalah dua individu yang dapat mengantisipasi adanya *stressor* atau mungkin menjadi seseorang yang dapat larut dalam keadaan stres. Model teori Betty Neuman terkait hal-hal yang berkaitan dengan macam-macam pengaruh pada respon klien sebagai akibat dari adanya stres (tekanan). Model teori ini menggambarkan peran partisipasi aktif seorang perawat terhadap kliennya. Klien dan lingkungan sekitarnya memiliki hubungan

yang saling timbal balik, serta pembuatan keputusan selalu terkait dengan sesuatu/hal yang berdampak padanya. Model keperawatan Neuman berfokus terhadap stres dan faktor pemulihan (adaptasi). Neuman menekankan pada aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan perkembangan spiritual (Lestari dan Ramadhaniyati, 2018).

## **E. Analisis Teori**

Menurut Kasron dan Ohorella (2016) analisis teori dari Betty Neuman adalah sebagai berikut:

### **1. Clarity (Kejelasan)**

Konsep Neuman telah dikenal oleh para perawat. Esensi konsep model ini terdiri dari klien, lingkungan, kesehatan dan perawatan, sama dengan pemahaman konsep-konsep keperawatan tradisional. Pada teori Neuman, penjelasan definisi dari konsep mayor seperti pendekatan holistik, sistem terbuka (meliputi fungsi atau proses, *input* dan *output*, *feedback*, *negentropy* dan stabilitas), lingkungan (penciptaan lingkungan). Sistem klien (meliputi lima komponen klien, struktur dasar, garis perlawanan, garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel), kesehatan (sehat, sakit), *stressor*, tingkat reaksi. Pencegahan sebagai intervensi (pencegahan primer, sekunder, dan tersier) dan rekonstitusi sudah jelas digambarkan oleh Neuman. Penjelasan tidak disertai oleh contoh yang lebih konkret, sehingga masih sedikit abstrak dalam memberikan gambaran terkait hubungan antara klien, *stressor* dan lingkungan.

### **2. Simplicity (Kesederhanaan)**

Model Neuman terdiri dari konsep-konsep yang sesuai dengan logika. Neuman menyatakan bahwa konsep-konsep dapat dipisah untuk menganalisa, tujuan khusus dan intervensi. Model ini biasa digunakan untuk menambah teori bagi keperawatan, juga untuk profesi kesehatan lain. Teori model ini dapat digunakan untuk menjelaskan keadaan keseimbangan dinamis klien dan reaksi atau kemungkinan bereaksi terhadap *stressor*. Konsep preventif sebagai intervensi dapat digunakan untuk menggambarkan dan memperkirakan fenomena keperawatan. Model ini cukup rumit namun para perawat menggunakan model ini karena mudah untuk dimengerti dan berguna antar budaya. Dalam format proses keperawatan Neuman terdiri dari beberapa tahap, yaitu:

- a. Diagnosis keperawatan
- b. Tujuan keperawatan
- c. Hasil keperawatan, belum cukup komprehensif dalam mengkaji pasien dengan bermacam masalah keperawatan

3. *Generality* (Generalisasi atau Keumuman)

Model sistem Neuman telah digunakan untuk bermacam-macam situasi keperawatan baik yang komprehensif atau adaptasi. Beberapa konsep meluas dan menampilkan klien yang mungkin seorang atau suatu sistem yang lebih besar. Konsep lainnya lebih pasti dan mengidentifikasi tindakan khusus seperti pencegahan primer, sehingga model ini bermanfaat untuk para perawat dan profesi kesehatan lain yang bekerja antar individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam lingkungan kesehatan. Cakupan, sasaran dan tujuan dalam teori Neuman ini sangat luas dan umum, terdapat berbagai macam bentuk intervensi sehingga dapat diaplikasikan ke dalam proses keperawatan baik itu klinik maupun komunitas.

4. *Empirical Precision* (Presisi Empiris)

Model ini belum benar-benar diuji, tetapi para ahli keperawatan menunjukkan ketertarikan pada model ini dan menggunakannya sebagai petunjuk penelitian keperawatan.

5. *Derivable Consequences* (Konsekuensi yang didapat)

Hasil-hasil yang diperoleh dari konsep model Neuman meliputi petunjuk bagi perawat profesional untuk mengkaji sistem klien, proses keperawatan dan implementasi dari intervensi-intervensi preventif. Fokus pencegahan yang utama dan kepedulian berbagai disiplin ilmu adalah untuk memperbaiki mutu perawatan. Proses keperawatan Neuman memenuhi kesehatan dengan melibatkan klien secara aktif dengan bernegosiasi pada tujuan proses keperawatan. Konsekuensi lain yang diperoleh dari model ini mempunyai potensi untuk diteruskan menjadi teori keperawatan, misalnya teori kemampuan klien yang optimal dan pencegahan sebagai intervensi. Konsep model ini relevan pada abad ke 21. Pada trend profesional kesehatan sepanjang melanjutkan teori perkembangan dan penelitian dengan model ini,

perawat profesional dapat mengembangkannya sebagai dasar pengetahuan yang ilmiah.

Teori keperawatan Neuman menekankan pada: Neuman's System Model yang menyatakan keperawatan sebagai profesi unik yang berkaitan dengan semua variabel yang memengaruhi respons individu terhadap stres. Pengurangan stres adalah tujuan dari model sistem praktik keperawatan ini. Fokus teori ini adalah klien sebagai sebuah sistem (individu, keluarga, kelompok, atau komunitas) yang merespon terhadap stressor (penyebab stres). Pasien meliputi lima variabel yaitu: fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual.





## TEORI KEPERAWATAN HILDEGARD PEPLAU

### A. Biografi

Hildegard Peplau lahir di Reading, Pennsylvania tahun 1909, Amerika Serikat. Dikenal sebagai pionir keperawatan jiwa yang berkarir lebih dari 7 dekade. Dirinya menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Pottstown, Pennsylvania tahun 1931, kemudian melanjutkan pendidikan S1 jurusan Interpersonal Psikologi tahun 1943 di Bennington. Tahun 1947 Peplau menyelesaikan pendidikannya pada jurusan keperawatan jiwa di Universitas Columbia, New York dan mendapatkan jabatan akademik Profesor dari Universitas Rutgers. Dirinya dikenal dengan “Ibu Keperawatan Jiwa” karena teori yang dikemukakannya dan latar belakang pekerjaannya sebagai perawat jiwa. Sejarahnya sebagai pionir keperawatan jiwa modern ditandai dengan publikasinya pada tahun 1952 yang berjudul “*Interpersonal Relations in Nursing*”. Peplau dianugerahi 11 gelar terhormat pada tahun 1994 dan dilantik sebagai salah satu pengurus *American Academy of Nursing* (ANA). Tahun 1995 Peplau termasuk dalam daftar 50 wanita paling berpengaruh di Amerika oleh *Marquis Who's Who*. Peplau meninggal pada bulan maret tahun 1999 di rumahnya di Oaks, California (Alligood, 2014; Smith & Parker, 2015).

### B. Konsep Teori Peplau

Menurut peplau tahun 1952 keperawatan merupakan suatu usaha pendewasaan yang disadari saat kepribadian berkembang melalui proses

pendidikan, terapeutik, interpersonal (Haris, 2016). Peplau memiliki keyakinan proses pengetahuan (intelektual, interpersonal dan keterampilan sosial) yang dimiliki perawat tidak terlepas dari rutinitasnya dalam merawat dan menyelesaikan permasalahan yang muncul selama interaksi antara perawat dan pasien. Perawat dituntut untuk memahami dan mampu membantu menyelesaikan permasalahan kejiwaan pasien (Smith & Parker, 2015).

Teori yang dikembangkan Hildegard Peplau ialah keperawatan psikodinamik (*psychodynamic Nursing*). Model hubungan interpersonal yang bersifat terapeutik (*significant therapeutic interpersonal process*) memengaruhi teori ini. Mendefinisikan teori keperawatan psikodinamiknya sebagai, ”Perawat, psikodinamik ialah kemampuan untuk memahami perilaku seseorang. Untuk membantu mengidentifikasi keluhan-keluhan yang dirasakan dan untuk menerapkan prinsip-prinsip kemanusiaan yang berkaitan dengan masalah-masalah yang muncul dari semua hal atau kejadian yang telah di alami”.

### **C. Model Teori Keperawatan Peplau**

Model Peplau sudah teruji bermanfaat pada teori perawat dalam pengembangan intervensi keperawatan. Untuk menggambarkan peran karakter dinamis khas dalam melakukan perawatan klinis maka terdapat tujuh peran keperawatan Menurut Peplau, yakni:

1. Peran Asing

Peran Asing menyambut pasien sama seperti bertemu dengan orang asing dalam situasi kehidupan yang lainnya, memberikan kesan kepercayaan kepada pasien hingga pasien merasa diperhatikan.

2. Peran Sumber

Jawaban pertanyaan, menjelaskan proses pengobatan klinis yang dijalani pasien klinis, ketepatan pemberian informasi.

3. Peran Pengajaran

Menginstruksikan dengan benar dan mengajarkan kembali, yang melibatkan analisis serta sintesis dari seluruh pengalaman peserta didik.

4. Peran Konseling

Memfasilitasi klien dalam memahami dan mengoneksikan makna dari keadaan hidup pada saat ini, memfasilitasi motivasi dan dorongan menuju ke arah perubahan.

5. Peran Pengganti

Membantu pasien dalam memperjelas domain ketergantungan, saling ketergantungan, dan kemandirian serta melakukan tindakan sebagai advokat atas nama pasien.

6. Kepemimpinan Aktif

Membantu pasien dalam memikul tanggung jawab secara maksimal sebagai upaya memenuhi tujuan terapi dengan cara yang saling memuaskan.

7. Teknis Peran Ahli

Melakukan perawatan dalam aspek fisik dan memperlihatkan skill atau keterampilan klinis atau mengoperasikan peralatan (Risnah dan Irwan, 2021).

## **D. Hubungan Interpersonal Antar Perawat dan Klien**

Berdasarkan teori ini klien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik (Risnah, 2018). Peplau mengenali 4 fase dalam hubungan interpersonal perawat klien yang meliputi.

### **1. Fase Orientasi**

Fokusnya adalah fase menentukan atau menemukan masalah. Pertama kali perawat dan pasien bertemu masih sebagai orang yang asing satu sama lain. Pasien dan keluarganya memiliki perasaan butuh bantuan profesional walaupun kebutuhan kadang-kadang tidak dapat dikenali atau dimengerti oleh mereka. Pada fase ini paling penting adalah perawat bekerja sama serta kolaborasi dengan pasien dan keluarganya dalam situasi yang kemudian bersama-sama mengenal, memperjelas dan menentukan masalah yang ada. Setelah masalahnya diketahui diambil keputusan bersama untuk menentukan tipe/jenis bantuan yang diperlukan. Perawat sebagai fasilitator dapat merujuk ke ahli yang lain sesuai dengan kebutuhan.

### **2. Fase Identifikasi**

Pada fase ini pasien merespons secara selektif ke orang-orang yang dapat memenuhi kebutuhannya, setiap pasien mempunyai respons

berbeda-beda pada fase ini. Respons pasien terhadap keperawatan adalah:

- a. berpartisipasi dan interdependen (saling tergantung) dengan perawat.
- b. individu secara mandiri dapat terpisah dari perawat.
- c. pasif dan dependen (bergantung) pada perawat.

### **3. Fase Eksploitasi**

Fase ini fokusnya adalah menggunakan bantuan profesional untuk alternatif pemecahan masalah. Pelayanan yang diberikan berdasarkan minat dan kebutuhan dari pasien. Pasien mulai merasa sebagai bagian integral dari lingkungan pelayanan. Pada fase ini pasien mulai menerima informasi-informasi yang diberikan padanya tentang penyembuhannya, mungkin berdiskusi atau mengajukan pertanyaan-pertanyaan pada perawat, mendengarkan penjelasan penjelasan dari perawat.

### **4. Fase Resolusi**

Pasien sudah mulai melepaskan dirinya dari perawat secara bertahap. Pada tahap ini perawat berusaha untuk secara bertahap membantu klien agar bisa mandiri. Bertujuan untuk membebaskan diri dari ketergantungan kepada tenaga kesehatan dan menggunakan kemampuan yang dimilikinya agar mampu menjalankannya secara mandiri. Fokusnya adalah mengakhiri hubungan profesional. Pasien dan perawat dalam fase ini perlu untuk mengakhiri hubungan terapeutik mereka. Pada teori Peplau ini tindakan keperawatan diarahkan kepada hubungan interpersonal atau psikoterapi.

## **E. Konsep Utama Keperawatan**

Menurut Kasron dan Ohorella (2016) konsep utama keperawatan dari Peplau terdiri dari:

### **1. Individu**

Menurut Peplau individu adalah organisme yang memiliki kemampuan untuk mencoba menghilangkan ketegangan yang disebabkan oleh kebutuhan. Berdasarkan penjelasan tersebut, Peplau mendefinisikan individu sebagai manusia karena manusia adalah organisme yang hidup dalam ekuilibrium yang tidak stabil.

## **2. Lingkungan**

Peplau tidak secara langsung menyebutkan lingkungan sebagai salah satu konsep sentral perawatan, tetapi ia mendorong perawat untuk mempertimbangkan budaya dan kebiasaan klien ketika klien harus beradaptasi dengan kehidupan rumah sakit sehari-hari. Menurut Peplau, lingkungan adalah kekuatan di luar organisme dan dalam konteks budaya.

## **3. Kesehatan**

Peplau mendefinisikan kesehatan sebagai simbol yang menunjukkan perkembangan kepribadian secara bertahap. Proses manusia menuju keadaan yang terus-menerus kreatif, konstruktif, produktif dalam kehidupan pribadi atau komunitas.

## **4. Keperawatan**

Peplau mendefinisikan perawatan sebagai proses yang signifikan, bersifat terapeutik dan interpersonal. Keperawatan adalah alat pendidikan, kekuatan pembentuk kepribadian dan dorongan untuk kehidupan yang kreatif, konstruktif, produktif, pribadi dan masyarakat. Profesi keperawatan memiliki tanggung jawab hukum untuk penggunaan asuhan keperawatan yang efektif dan konsekuensinya bagi klien. Pengasuh menanggapi kebutuhan klien akan bantuan melalui proses interpersonal. Proses interpersonal adalah hubungan humanistik antara orang yang sakit atau membutuhkan layanan kesehatan dan pengasuh untuk mengidentifikasi dan menanggapi kebutuhan klien. Konsep utama dari proses interpersonal ini adalah perawat, klien, hubungan terapeutik, tujuan, kebutuhan manusia, kecemasan, ketegangan dan frustrasi.

Ringkasan teori Peplau sebagai berikut: memelopori teori hubungan Interpersonal. Peplau menyatakan keperawatan sebagai proses interpersonal interaksi terapeutik antara individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan dan perawat yang dididik khusus untuk mengenali, menanggapi kebutuhan akan bantuan. Karyanya dipengaruhi oleh Henry Stack Sullivan, Percival Symonds, Abraham Maslow, dan Neal Elgar Miller. Membantu perawat dan penyedia layanan kesehatan mengembangkan lebih banyak intervensi terapeutik dalam pengaturan klinis.





## TEORI KEPERAWATAN MARTHA ELIZABETH ROGERS

### A. Biografi

Martha Elizabeth Rogers, merupakan anak tertua dari empat bersaudara dari pasangan Bruce Taylor Rogers and Lucy Mulholland Keener Rogers. Martha E. Rogers lahir pada 12 Mei 1914 di Dallas, Texas. Setelah kelahirannya, ia dan keluarga kembali ke Knoxville, Tennessee. Dia memulai pendidikan di perguruan tinggi pada tahun 1931-1933 mempelajari sains di *University of Tennessee*. Pada tahun 1936, ia memperoleh gelar diploma pada ilmu keperawatan dari *General Hospital School of Nursing*. Tahun 1937 ia menerima gelar sarjana sains dari *George Peabody College* di Nashville, Tennessee. Gelar Sarjana lainnya adalah M.A di bidang supervisi keperawatan kesehatan masyarakat (*public health nursing supervision*) dari *Teacher's College, University of Columbia, New York* tahun 1945.

Praktik keperawatan pertama Rogers adalah dalam keperawatan kesehatan masyarakat pedesaan di Michigan dan dalam supervisi, pendidikan, dan praktik kunjungan di Connecticut. Rogers kemudian mendirikan *Visiting Nurse Service of Phoenix, Arizona*. Selama 21 tahun (dari 1954-1975) ia menjadi profesor dan kepala divisi keperawatan di *New York University*. Setelah tahun 1975 ia melanjutkan tugasnya sebagai profesor hingga menjadi profesor emeritus pada tahun 1979. Jabatan akademik tersebut ia pegang hingga meninggal dunia pada 13 Maret 1994 di usia 79 tahun.

Publikasi Rogers mencakup tiga buku dan lebih dari 200 artikel. Dia mengajar di 46 negara bagian, Distrik Columbia, Puerto Rico, Meksiko,

Belanda, China, Newfoundland, Colombia, Brazil, dan beberapa Negara lain. Rogers menerima gelar doktor kehormatan dari institusi ternama seperti *Duquesne University, University of San Diego, Iona College, Fairfield University, Emory University, Adelphi University, Mercy College, and Washburn University of Topeka*. Berbagai penghargaan untuk kontribusi dan kepemimpinannya dalam keperawatan termasuk kutipan untuk *Inspiring Leadership in the Field of Intergroup Relations* by Chi Eta Phi Sorority, pada *Recognition of Your Outstanding Contribution to Nursing* by New York University, dan untuk *Distinguished Service to Nursing* by Teachers College. Selain itu, *New York University* memiliki pusat Studi Ilmu Keperawatan Martha E. Rogers. Pada 1996 Rogers dilantik secara anumerta ke *American Nurses Association Hall of Fame* (Alligood, 2014).

## **B. Asumsi Teori Martha Elizabeth Rogers**

Model konsep dan teori keperawatan menurut Martha E. Rogers dikenal dengan nama konsep manusia sebagai unit. Dalam memahami konsep, model dan teori ini, Martha berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda beda. Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah (Huriati, 2017).

Rogers (1970) mengemukakan asumsi yang terdiri dari lima bagian.

1. *Unifield whole is greater and different than the sum of part.*

Manusia adalah *system* yang utuh yaitu merupakan keseluruhan dari proses yang utuh dari dirinya dan antara satu dan lainnya berbeda di beberapa bagian dan merupakan penjumlahan dari bagian-bagiannya.

2. *Mutual exchange of matter and energy.*

Manusia dan lingkungan selalu berubah secara kontinyu termasuk energi keduanya. 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. *Unidirectionality: life process does not reverse nor repeat.*

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. *Pattern and organization identify the human field.*

Pola dan organisasi mengidentifikasi perilaku pada individu merupakan suatu bentuk kesatuan yang inovatif

5. *Human beings have abstraction, imagery, language, and thought, sensation and emotion.*

Manusia mempunyai ciri kemampuan berfikir abstrak, membayangkan, bertutur bahasa, sensasi dan emosi. Dari seluruh bentuk kehidupan di dunia hanya manusia yang mampu berfikir dan menerima dan mempertimbangkan luasnya dunia.

Pada tahun 1970 Model Rogers pertama kali dipublikasikan yaitu *An Introduction to the Theoretical of Nursing*. Diperjelas dengan mendefinisikan konsep yang satu diantaranya *The Science of Unitary Human Beings: A Paradigm for Nursing*. Rogers membangun modelnya berdasarkan manusia sebagai satu kesatuan (*Unitary Human Beings*) dan lingkungan sebagai bidang energi yang menyatu dengan proses kehidupan serta mengambil pengetahuan dari antropologi, psikologi, sosiologi, astronomi, agama, filsafat, matematika, dan sastra. Dasar-dasar yang menggambarkan proses kehidupan manusia ditetapkan Rogers dalam model keperawatannya. Proses kehidupan manusia yang dicirikan oleh keseluruhan (*wholeness*), keterbukaan (*openness*), kesatuan arah (*unidirectionally*), pola (*pattern*), dan organisasi, ilmu pengetahuan, serta pemikiran.

Martha E. Rogers menyatakan bahwa manusia merupakan suatu bentuk *energy* yang bergerak dan terintegrasi dengan lingkungan. Hal tersebut jika ditelaah lebih lanjut merupakan hasil penjabaran dari teori Florence Nightingale. Florence menjelaskan dalam teorinya bahwa lingkungan berpengaruh terhadap kehidupan semua organisme yang dapat berpengaruh juga pada kemampuan mencegah, menekan terjadinya penyakit atau kematian. Florence yang menjelaskan bahwa lingkungan berpengaruh terhadap kehidupan, oleh Martha E. Rogers diturunkan dengan menjabarkan bahwa manusia terintegrasi dengan lingkungan yang artinya manusia juga berpengaruh terhadap lingkungan (Zborowsky, 2014).

### C. Empat Konsep Utama Model Rogers

Martha E. Rogers mendefinisikan kesatuan manusia dan lingkungan sebagai bidang energi (*energy fields*) yang menyatu dengan proses kehidupan, energi sebagai konsep dasar. Energi didefinisikan sebagai suatu fenomena, suatu aktualisasi atau sesuatu yang mampu untuk berubah, atau bagian dari proses yang mengakibatkan perubahan. Saat energi dipandang sebagai bagian dari proses mekanik, atau dipandang sebagai bagian maka *energy* akan lenyap, berpindah dan berubah sebagai sebab akibat.

Dalam model Rogers, manusia yang utuh dan lingkungan saling berhubungan dan berkembang secara berkesinambungan dan simultan. Baik manusia maupun lingkungan mempunyai empat konsep utama yaitu *energy fields* (bidang energi), *universe of open systems* (sistem terbuka), *pattern* (pola), dan *pan-dimensionality* (empat dimensionalitas). Sifat dan arah hubungan antara manusia dan lingkungan diperlihatkan melalui tiga prinsip: resonansi, *helicy*, dan integralitas. Empat konsep utama yang dimaksudkan dalam model Rogers adalah:

#### 1. Bidang Energi (*Energy Fields*)

Energi adalah kemampuan untuk menciptakan suatu perubahan yang akan menghasilkan gangguan atau kondisi di sekitarnya, sehingga perubahan lain akan terjadi dan dirasakan sebagai tekanan. Bentuk energi dari aspek universal meliputi panas, cahaya, elektromagnetik, suara, tekanan dan gravitasi. Bidang energi merupakan unit yang mendasar baik bagi makhluk hidup maupun bukan. Bidang energi memungkinkan suatu cara bagi manusia dan lingkungan bersama-sama secara teratur. Bidang energi secara kontinyu bervariasi dalam intensitas, densitas dan berkembang.

#### 2. Keterbukaan (*Openness*)

Bidang manusia dan lingkungan mengalami perubahan energinya secara konstan dan tidak ada batas atau barrier yang memungkinkan *energy* mengalir di antara bidang.

#### 3. Pola (*Pattern*)

Pola adalah perbedaan karakteristik dari bidang energi yang diterima sebagai gelombang tunggal. Pola ini bersifat abstrak dan memberikan identifikasi terhadap bidang (*fields*).

#### 4. Rentang Dimensi (*Pan-dimensionality*)

Rentang dimensi bukan merupakan domain garis lurus tanpa spasi atau jarak sebagai suatu gelombang tunggal tanpa atribusi ruang dan waktu. Rentang dimensi merupakan parameter yang digunakan manusia dalam bahasa untuk menjelaskan suatu kejadian.

#### **D. Perspektif Paradigma Keperawatan Dalam Teori Rogers**

Marta E. Rogers paling dikenal karena mengembangkan teori kesatuan manusia (*Unitary Human Being*), yang menyatakan bahwa manusia adalah jenis energi yang mengalir secara dinamis dan terintegrasi dengan lingkungannya. Baik manusia maupun lingkungan dijelaskan di alam semesta sebagai susunan atau pola sistem terbuka. Perspektif paradigma keperawatan dalam teori *Unitary Human Being* Rogers yaitu:

##### **1. Keperawatan**

Sesuai dengan esensi asuhan keperawatan yang melibatkan manusia dan sekitarnya, Rogers menekankan keperawatan pada subjek manusia dan kosmos sebagai tempat tinggal. Integritas orang dan lingkungannya, seperti yang terlihat melalui lensa sistem terbuka pandimensional, memberikan paradigma baru dan menandai awal dari identitas ilmiah keperawatan. Misi keperawatan adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan setiap orang. Seni keperawatan adalah penggunaan artistik ilmu keperawatan untuk perbaikan kehidupan masyarakat. Keperawatan adalah profesi yang bertujuan untuk meningkatkan hubungan antara orang dan lingkungan mereka sehingga dapat mencapai potensi kesehatan mereka sepenuhnya. Keperawatan hadir untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada semua orang dan untuk menjaga agar proses kehidupan manusia tetap berjalan.

Teori Rogers mendefinisikan Keperawatan sebagai seni dan sains yang *humanistic* dan kemanusiaan. Hal ini diarahkan pada manusia sebagai kesatuan dan berkaitan dengan sifat dan arah perkembangan manusia. Tujuan perawat adalah untuk berpartisipasi dalam proses perubahan. Menurut Rogers, Keperawatan sebagai *The Science of Unitary Human Beings* mengandung dua dimensi: ilmu keperawatan, yang merupakan pengetahuan khusus untuk bidang keperawatan yang berasal dari penelitian ilmiah, dan seni keperawatan, yang melibatkan penggunaan ilmu keperawatan secara kreatif untuk membantu

kehidupan pasien yang lebih baik. Ini adalah studi tentang bidang manusia dan lingkungan yang kesatuan, tak teruraikan, tak terpisahkan, manusia dan dunia mereka. Rogers mengklaim bahwa keperawatan yang aman tergantung pada sifat dan jumlah pengetahuan keperawatan ilmiah yang dibawa perawat ke praktiknya.

## 2. Manusia

Menurut Rogers manusia adalah suatu sistem terbuka dengan proses interaksi yang berkesinambungan di dalamnya, terutama dengan lingkungan (integritas). Rogers juga mendefinisikan manusia sebagai gagasan yang lengkap, tidak dapat dibagi, dan medan energi pandimensional yang dapat dilihat oleh polanya, yang berkisar dari kualitas khusus hingga kualitas keseluruhan. Manusia bukanlah entitas yang berbeda atau makhluk mekanis. Manusia adalah keseluruhan yang utuh dengan kualitas-kualitasnya sendiri yang berbeda yang bermanifestasi lebih dari dan berbeda dari jumlah komponen-komponennya. Manusia dan lingkungan dipandang sebagai medan energi yang terintegrasi satu sama lain, tidak dapat dikurangi, dan memiliki berbagai kemungkinan untuk berkembang dalam model konseptual keperawatan.

Seseorang didefinisikan sebagai bagian yang tak terpisahkan yang diidentifikasi oleh suatu pola, dan memanifestasikan karakteristik khusus untuk keseluruhan, dan itu tidak dapat diprediksi dari pengetahuan bagian-bagiannya. Seseorang juga merupakan suatu kesatuan yang utuh, memiliki ciri khas tersendiri yang tidak dapat dilihat dengan melihat, menggambarkan, atau merangkum bagian-bagiannya. Individu juga merupakan kesatuan yang integral dengan lingkungannya.

## 3. Kesehatan

Rogers menciptakan frasa “kesehatan pasif” untuk menggambarkan keadaan sejahtera, seseorang tidak menderita penyakit serius atau ketidaknyamanan. Advokasi kesehatan yang baik dari Rogers memiliki konotasi membantu orang lain dengan memungkinkan mereka stabil dan tertib. Rogers melanjutkan dengan menyatakan bahwa frasa “kesejahteraan” lebih disukai karena “kesehatan” masih kabur. Rogers menggunakan berbagai kata kesehatan (*health*) dalam tulisan pertamanya, namun ia tidak pernah mendefinisikan kata tersebut.

Ia menggunakan kata kesehatan positif (*positive health*) untuk melanjutkan kondisi bugar (*wellness*) dan tidak adanya penyakit dan penyakit parah. Istilah *health* digunakan oleh Rogers dalam konteks nilai yang ditentukan oleh budaya atau individu.

Menurut Rogers kesehatan merupakan suatu konsep yang ditentukan oleh budaya atau individu. Kesehatan dan penyakit adalah ekspresi dari pola yang digunakan untuk menggambarkan tindakan bernilai tinggi dan bernilai rendah, masing-masing. Peristiwa yang dimanifestasikan dalam kehidupan melibatkan usaha manusia mencapai kesehatan maksimal berdasarkan beberapa sistem nilai. Ilmu menurut aliran Rogers adalah sentral fenomena pada sistem konseptual keperawatan yaitu proses kehidupan manusia. Proses kehidupan bersifat dinamis dan utuh yang kreatif dan tidak terpisahkan dari lingkungannya dan dikarakteristikan oleh keutuhannya.

#### **4. Lingkungan**

Lingkungan sebagai suatu medan energi merupakan pandangan Rogers. Medan energi adalah unit dasar dari makhluk hidup dan non-hidup. Ini memberikan cara untuk memandang manusia dan lingkungan sebagai keseluruhan yang tidak dapat dipisahkan. Medan energi terus bervariasi dalam intensitas, kepadatan, dan luasnya. Tidak ada batasan yang menghentikan aliran energi antara manusia dan lingkungan, yang merupakan keterbukaan dalam Teori Rogers. Interaksi antara manusia dan lingkungan bersifat kontinu, mutual, dan simultan.

Lingkungan menurut Rogers adalah sesuatu yang tidak dapat direduksi dan merupakan medan energi yang tidak terikat oleh ruang atau waktu (pandimensional), diidentifikasi sebagai suatu pola, dan mempunyai manifestasi yang berbeda dari unsur-unsur penyusunnya. Setiap wilayah manusia memiliki lahan lingkungannya sendiri. Keduanya terus berubah dan berinovasi dalam berbagai cara. Lahan lingkungan tidak terbatas, dengan perubahan yang selalu diperbarui, tidak terduga, dan berbeda sifatnya. Perubahan timbal balik yang terus menerus membedakan tanah manusia dan lingkungan, yang direpresentasikan dalam pola bergelombang (Alligood, 2014).

#### **E. Tiga Prinsip Hemodinamik**

Model konsep dan teori keperawatan menurut Martha E. Rogers dikenal dengan nama konsep manusia sebagai unit. Dalam memahami

konsep model dan teori ini, Rogers berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda-beda. Dalam proses kehidupan manusia yang dinamis, manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan yang saling memengaruhi dan dipengaruhi. Dalam proses kehidupan manusia setiap individu akan berbeda satu dengan yang lain dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri (Alligood, 2017).

Martha E. Rogers dengan tiga prinsip hemodinamik (resonansi, helisitas, integritas) yang memperlihatkan sifat dan arah hubungan antara manusia dengan lingkungannya yaitu:

1. Resonansi merupakan suatu pesan yang iramanya teratur, yang dimiliki oleh baik manusia maupun lingkungan yang dinamikanya secara kontinyu merupakan metamorfosa proses lingkungan-manusia.
2. Helisitas tidak dapat diprediksi, tetapi secara kontinyu bukan merupakan garis datar dan energi sebagai suatu peristiwa melalui irama yang tidak diulang. Prinsip-prinsip helisitas ini merupakan suatu pesan dan evolusi manusia.
3. Integritas meliputi hubungan mutualisme kontinuitas manusia dan lingkungan. Perubahan terjadi melalui pengulangan secara kontinyu dari manusia dan lingkungan melalui resonansi gelombang (*waves*) dimana gelombang adalah suatu pola vibrasi pada permukaan atau waktu.

Manusia yang utuh adalah keutuhan yang tidak dapat direduksi, berbeda dengan kumpulan dari bagian-bagiannya. Manusia adalah bidang energi dengan berbagai dimensional yang ditandai oleh pola, integral dengan bidang-bidang lingkungan mereka yang unik dan berkembang secara berkesinambungan dan kreatif. Rogers mendefinisikan kesehatan sebagai suatu ungkapan proses kehidupan seseorang, dengan karakteristik dan perilaku yang saling menguntungkan. Merupakan interaksi secara simultan dari manusia dan lingkungan, sehingga kesehatan dan penyakit merupakan bagian berkesinambungan. Selain itu Rogers memandang praktik keperawatan sebagai suatu modalitas non invasif yang dipusatkan pada potensi kesehatan seseorang. Bertujuan untuk meningkatkan interaksi simponi antara manusia dan lingkungan. Untuk menguatkan koherensi dan

integritas manusia dan pola baik langsung maupun tidak langsung dari manusia dan lingkungan untuk realisasi potensial kesehatan maksimum.

## **F. Kelebihan dan Kekurangan Teori Martha E Rogers**

Menurut Rofii (2021) teori Martha E Rogers mempresentasikan sistem konseptual optimis yang memandang manusia sebagai unik, mengembangkan, menjadi sistem daripada kompilasi subjek bagian mekanistik untuk memecah. Dia menawarkan pandangan tentang perawat dan orang-orang yang mereka rawat sebagai mitra dalam perawatan, sebagai peserta yang setara dalam proses kehidupan yang selalu berubah. Dia telah membantu perawat memfokuskan kembali pada pentingnya lingkungan yang terus berkembang secara berkesinambungan berproses dengan manusia. Sistem konseptual Rogers paling sering dikritik karena keabstrakan dan kesulitan penerapannya. Rogers sendiri menyadari bahwa dia sering dikritik “Orang-orang mengira saya hebat atau saya seharusnya sudah mati sejak lama” itu pernyataan Rogers. Cerilli dan Burd mengkritik keabstrakan dan kesulitan dalam penerapan praktik dan berpendapat bahwa terminologi sulit dipahami dan diterapkan. Pengalaman pelayanan keperawatan di San Diego Veterans Affairs *Health Care System* memberi pinjaman beberapa dukungan untuk kritik ini. Sementara perawat individu sangat antusias dan mendukung, yang lain frustrasi dengan abstraksi model dan kesulitan penerapannya. Butuh waktu lama untuk terus mendidik perawat tentang cara berpikir ini. Pada akhirnya mungkin bukan model konseptual Rogers yang menjadi masalah melainkan kesiapan perawat dan sistem perawatan kesehatan untuk pemikiran inovatif ini.

Teori Martha Elizabeth Rogers menekankan pada berbagai hal berikut: keperawatan sebagai suatu seni dan ilmu yang humanistik dan kemanusiaan. Ilmu kesatuan manusia mengandung dua dimensi: ilmu keperawatan, yaitu pengetahuan khusus bidang keperawatan yang bersumber dari penelitian ilmiah, dan seni keperawatan, yang melibatkan penggunaan keperawatan secara kreatif untuk membantu kehidupan pasien yang lebih baik. Seorang pasien tidak dapat dipisahkan dari lingkungannya dalam menangani gangguan kesehatan dan melaksanakan pengobatan.





## TEORI KEPERAWATAN KATHARINE KOLCABA

### A. Biografi

Katharine Kolcaba terlahir sebagai Arnold Katharine pada 28 Desember 1944, di Cleveland, Ohio. Beliau adalah pendiri program perawat lokal paroki dan sebagai anggota Asosiasi Perawat Amerika. Saat ini, sebagai associate professor di University of Akron College of Nursing.

Pendidikan Diploma keperawatan dari St. Luke's Hospital School of Nursing pada tahun 1965, lulus M.S.N dari R.N di the *Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University* pada tahun 1987. Meraih gelar *PhD in nursing* dan menerima sertifikat sebagai *authority clinical nursing specialist* pada tahun 1997, Spesialis dalam bidang *Gerontology*, Perawatan Paliatif dan Intervensi Jangka Panjang, Studi *Comfort*, Pengembangan Instrumen, Teori Keperawatan, Penelitian Keperawatan.

Sebagai kepala unit *dementia*, berdasar pengalamannya, beliau melakukan pengembangan teori keperawatan untuk mengembangkan Teori kenyamanan dan praktik: sebuah visi untuk perawatan dan riset kesehatan holistic (Kolcaba, 2003)

Riwayat Penghargaan dan Pengakuan:

1. 1991-1992: *Pre-Doctoral Fellowship in Interdisciplinary HealthHealth, Case Western Reserve University Internal Grant*

2. 1997: *Honour a Researcher Award*
3. 1997: *Invited Research Consultant, comfort studies & theory, MNRS*
4. Januari 1997: *Marie Haug Student Award for excellenc in aging studies dari Case Western Reserve University*
5. 2003: *Mary Hanna Memorial Journalism Awardfor American Society of Perianesthesia Nurses, artikel yang berjudul Comfort Care for Perianesthesia Nursing by Kolcaba and Wilson*
6. Maret 2003: *Advancement of Science Award from Midwest Nursing Research Society, End of Life and Palliative Care Nursing*
7. Mei 2003: *Excellence in the Utilization of Nursing Research, penghargaan dari Sigma Theta Tau, delta Omega Chapter*
8. 2006: *Researcher of the Year dengan Dr. Therese Dowd, penghargaan dari Sigma Theta Tau, delta Omega Chapter.*

## **B. Teori Kolcaba**

Teori *comfort* dikembangkan Katharine Kolcaba pada tahun 1990. Teori *comfort* merupakan *middle range theory*, karena memiliki batasan konsep dan proposisi, tingkat abstraksinya rendah dan mudah diterapkan pada pelayanan keperawatan. Teori ini lebih mengedepankan kenyamanan sebagai kebutuhan semua manusia. Kenyamanan adalah kebutuhan yang diperlukan pada rentang sakit hingga sehat dan kenyamanan merupakan label tahap akhir dari tindakan terapeutik perawat kepada pasien (Wirastri, 2014).

Kolcaba menjelaskan kenyamanan adalah suatu yang menguatkan, dan dari ergonomis berkaitan langsung dengan penampilan dalam bekerja. Arti ini tidak secara implisit, ada konteks lainnya dan masih bersifat ambigu. Konsep tersebut dapat diartikan sebagai kata kerja, kata benda, kata sifat, kata keterangan, proses dan hasil (Alligood, 2014).

Terdapat beberapa asumsi yang mendasari teori kolcaba diantaranya:

1. Setiap individu menunjukkan respons holistik terhadap stimulus kompleks yang diterima.
2. Kenyamanan adalah hasil holistik yang ingin dicapai oleh setiap individu dan erat kaitannya dengan disiplin keperawatan.

3. Kenyamanan adalah kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan dan harus dipenuhi oleh setiap individu. Hal ini merupakan usaha aktif.
4. Pencapaian kenyamanan seorang individu memberikan kekuatan bagi pasien dalam membentuk setiap kesadaran terkait kesehatan dirinya.
5. Pasien yang menunjukkan kesadaran terkait kesehatan dirinya yang tinggi cenderung memiliki kepuasan tersendiri dengan asuhan yang diperoleh.
6. Integritas, institusi didasari oleh orientasi siswa nilai penerima asuhan. Sama pentingnya orientasi terhadap promosi kesehatan, asuhan holistik dalam konteks keluarga dan pemberi asuhan.

### **C. Konteks Kenyamanan**

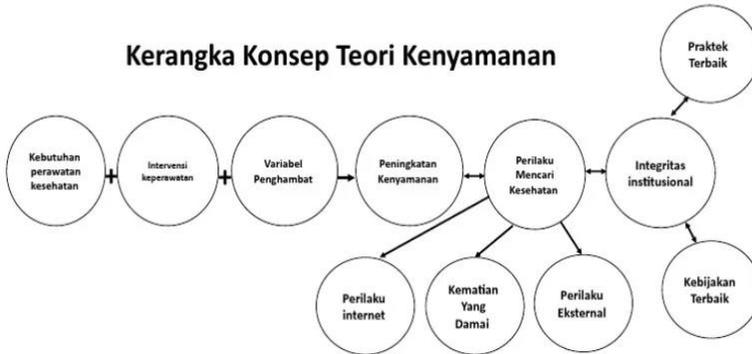
Menurut Alligood (2014) Kolcaba mengemukakan ada 4 hal tentang kenyamanan yaitu.

1. Kebutuhan Rasa Nyaman Fisik (*Physical Comfort*)  
Kebutuhan karena penurunan mekanisme fisiologis yang terganggu atau berisiko karena suatu penyakit.
2. Kebutuhan Akan Psikospiritual (*Psychospiritual Comfort*)  
Kebutuhan terhadap kepercayaan diri, kepercayaan dan motivasi yang bertujuan agar pasien atau keluarga dapat bangkit atau meninggal dengan damai.
3. Kebutuhan Rasa Nyaman Sosiokultural (*Sociocultural Comfort*)  
Kebutuhan penentraman hati, dukungan, bahasa tubuh yang positif dan perawatan yang dilihat dari segi budaya. Kebutuhan ini dipenuhi melalui *coaching* atau pemberian pendidikan kesehatan (informasi), promosi, pelatihan, mendapat informasi perkembangan yang berhubungan dengan prosedur pulang dari rumah sakit dan rehabilitasi.
4. Kebutuhan Rasa Nyaman Lingkungan (*Environmental Comfort*)  
Kebutuhan ini meliputi kerapian lingkungan, lingkungan yang sepi, perabotan yang nyaman, bau lingkungan minimum dan keamanan lingkungan. Tingkatan yang dapat dilakukan perawat meliputi mengurangi kebisingan, memberikan penerangan yang cukup, dan mengurangi gangguan pada saat tidur.

Demam merupakan gejala yang sering dialami oleh anak dengan penyakit infeksi. Kondisi demam tinggi berdampak merugikan anak. Demam tinggi membuat anak tidak nyaman dan orang tua cemas serta meningkatkan kebutuhan kalori dan cairan. Teori *Comfort* dari Kolcaba memberikan arahan dalam pemenuhan rasa nyaman pada pasien. Karya ilmiah ini bertujuan memberikan gambaran asuhan keperawatan pada anak demam dengan mengaplikasikan teori *comfort* Kolcaba yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan kenyamanan. Asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan tahapan *comfort* yaitu pengkajian (kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural), merumuskan diagnosis keperawatan, menetapkan intervensi (berdasarkan standar *comfort*, *coaching*, dan *comfort food for the soul*, implementasi, dan evaluasi).

Berdasarkan kasus yang dibahas intervensi yang diberikan untuk masalah keperawatan peningkatan suhu tubuh (demam) antara lain mengupayakan penurunan suhu tubuh, mempertahankan lingkungan sejuk dan nyaman, meningkatkan istirahat. Memberikan asupan cairan dan nutrisi adekuat serta menurunkan kecemasan anak dan orang tua menggunakan konsep *family centered care*. Teori *Comfort* Kolcaba dapat diterapkan dalam asuhan anak demam. Disarankan untuk lebih meningkatkan kenyamanan fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosiokultural sehingga terlihat bahwa ke empat aspek kenyamanan harus saling mendukung untuk pencapaian kenyamanan secara holistik.

Kolcaba Mengemukakan bahwa kenyamanan adalah suatu konsep yang mempunyai suatu hubungan yang kuat dengan ilmu perawatan. Perawat menyediakan kenyamanan ke pasien dan keluarga-keluarga mereka melalui intervensi dengan pengukuran kenyamanan. Tindakan penghiburan yang dilakukan oleh perawat akan memperkuat pasien dan keluarga keluarga mereka yang dapat dirasakan seperti mereka berada di dalam rumah mereka sendiri. Kondisi keluarga dan pasien diperkuat dengan Tindakan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat dengan melibatkan perilaku (Tomey and Alligood, 2016). Kerangka konsep teori kenyamanan yang dikemukakan oleh Katharine Kolcaba sebagai berikut.



Kerangka konseptual di atas dijelaskan sebagai berikut:

- a. Perawat mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan pasien dan anggota keluarga.
- b. Perawat menyusun intervensi untuk memenuhi kebutuhan.
- c. Variabel intervensi (*intervening variable*) perlu dipertimbangkan ketika menyusun intervensi.
- d. Intervensi dimunculkan dalam cara merawat dan efektif, dan ketika peningkatan kenyamanan telah dicapai, intervensi itu disebut alat ukur/pengukuran kenyamanan (*comfort measure*).
- e. Pasien dan perawat menyetujui perilaku mempertahankan kesehatan yang dapat dipertimbangkan dan realistis.
- f. Peningkatan kenyamanan tercapai, pasien dan anggota keluarga lebih menyukai perilaku mempertahankan kesehatan untuk peningkatan kenyamanan yang lebih jauh.
- g. Pasien dan anggota keluarga ketika diberikan perawatan kenyamanan dan menggunakan perilaku mempertahankan kesehatan, mereka akan lebih puas dengan pelayanan kesehatan dan mempunyai hasil kesehatan yang lebih baik.
- h. Pasien, keluarga, dan perawat puas dengan pelayanan kesehatan dalam sebuah institusi, publik mengakui kontribusi institusi terhadap pelayanan kesehatan yang akan membantu mempertahankan kelangsungan dan perkembangan institusi.

#### **D. Pandangan Kathrine Kolcaba tentang Paradigma Keperawatan**

Menurut Alligood (2014) Kolcaba mengemukakan pandangannya tentang paradigma keperawatan sebagai berikut.

### 1. Keperawatan

Keperawatan merupakan satu diantaranya pengkajian kebutuhan kenyamanan yang intensif. Intervensi yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan akan kenyamanan. Evaluasi tingkat kenyamanan setelah implementasi diberikan kemudian dibandingkan dengan tujuan hasil dengan tindakan yang telah dilaksanakan. Pengkajian dan evaluasi dapat berupa intuisi atau subjektif atau keduanya. Seperti ketika perawatan menanyakan apakah pasien merasa nyaman, atau secara objektif, seperti observasi proses penyembuhan luka, perubahan nilai laboratorium, atau perubahan sikap dan perilaku. Pengkajian diperoleh melalui skala tingkatan verbal (klinis) atau kuesioner mengenai tingkat kenyamanan (penelitian) yang menggunakan instrumen dari studi kolcaba.

### 2. Pasien

Penerimaan asuhan mungkin dapat berupa individu, keluarga, institusi, atau komunitas yang membutuhkan asuhan keperawatan. Perawat dapat berperan sebagai penerima intervensi terkait kenyamanan dilingkungan tempat bekerja ketika adanya inisiatif untuk meningkatkan kondisi kerja dibawah tekanan, seperti untuk meningkatkan magnet status.

### 3. Lingkungan

Lingkungan adalah segala aspek eksternal dari pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh tenaga perawat, orang yang dicintai, atau institusi untuk memenuhi dan meningkatkan kenyamanan.

### 4. Kesehatan

Kesehatan adalah status fungsi optimal seorang pasien, keluarga, pemberi asuhan keperawatan, dan komunitas dalam konteks individu atau kelompok. Atau output dari pemberian asuhan keperawatan dalam hal ini dengan penerapan teori kenyamanan.

Teori Kolcaba dapat diringkas sebagai berikut: mengemukakan teori kenyamanan. Kenyamanan merupakan penangkal stres yang melekat dalam situasi perawatan kesehatan saat ini, dan ketika kenyamanan ditingkatkan, pasien dan keluarga diperkuat untuk tugas-

tugas di masa depan. Perawat merasa lebih puas dengan perawatan yang diberikan. Kenyamanan pasien ada dalam tiga jenis: kelegaan, kemudahan, dan transendensi. Dapat terjadi dalam empat konteks: fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural. Saat kebutuhan kenyamanan pasien berubah, intervensi perawat juga berubah.





## TEORI KEPERAWATAN MYRA ESTRIN LEVINE

### a. Biografi

Myra Estrin Levine lahir di Illinois Chicago. Levine mengembangkan minat dalam keperawatan karena ayahnya sering sakit yang berkaitan dengan masalah saluran pencernaan dan memerlukan perawatan yang lama (Alligood, 2014). Levine (1967) mengatakan pada orang lain bahwa dia tidak berniat untuk mengembangkan sebuah teori keperawatan tetapi ingin menemukan cara untuk mengajarkan konsep-konsep utama dalam perawatan medikal bedah. Beserta usaha untuk mensosialisasikan kepada siswa tentang kegiatan keperawatan sehari-hari. *Levine's Conservation Model* difokuskan dalam mempromosikan adaptasi dan mempertahankan keutuhan menggunakan prinsip-prinsip konservasi. Model ini membimbing perawat untuk berfokus pada pengaruh dan tanggapan pada tingkat individu. Perawat menyelesaikan tujuan dari model melalui konservasi energi, konservasi integritas struktur, konservasi integritas pribadi dan konservasi integritas sosial (Alligood, 2014).

### b. Konsep Utama Teori

Alligood (2014) mengemukakan Model konservasi menurut Levine mempunyai tiga konsep mayor yaitu *wholeness (holism)*, adaptasi dan konservasi. Dapat diuraikan sebagai berikut.

### 1. *Wholeness* (holism)

Levine menggunakan teori holism berdasarkan aplikasi dari teori *wholeness* milik Erikson pada tahun 1964, dan 1968 yang menggambarkan bahwa *wholeness* merupakan suatu sistem yang terbuka. Menurut pandangan Erikson yang dikutip oleh Levine yaitu *wholeness*, menekankan pada suara, organik, *progressive* mutualisme antara fungsi-fungsi dan bagian dari keseluruhan yang mempunyai batas-batas yang terbuka dan sangat fleksibel. Levine meyakini bahwa wholisme atau *integrity* merupakan bagian dari individu yang menekankan bahwa mereka merespon dalam satu keutuhan pribadi terhadap perubahan yang terjadi pada lingkungan (Alligood, 2014).

### 2. Adaptasi

Adaptasi adalah proses seiring berjalannya waktu, manusia mempertahankan keutuhan dan integritasnya ketika mereka merespons tantangan lingkungan, yang merupakan konsekuensi dari interaksi antara manusia dan lingkungan. Keberhasilan interaksi dengan lingkungan bergantung pada kemampuan adaptasi yang memadai. Semakin baik pasien dapat beradaptasi dengan perubahan kesehatan, semakin baik pula mereka dapat merespons pengobatan dan perawatan (Saini & Kalia, 2019).

Levine mengemukakan ada tiga karakteristik adaptasi yaitu:

#### a. Historisitas

Mengacu pada gagasan bahwa respons adaptif berakar pada sejarah masa lalu pribadi dan genetik. Respons adaptif merupakan kombinasi dari faktor personal dan genetik

#### b. *Specificity*

*Specificity* (Kekhususan) mengacu pada fakta bahwa setiap sistem yang membentuk manusia memiliki jalur stimulus-respon yang unik. Tanggapan yang distimulasi oleh stres spesifik dan berorientasi pada tugas. Tanggapan yang dipicu dalam beberapa jalur cenderung akan di sinkronisasi

#### c. *Redundansi*

*Redudansi* mengacu pada opsi-opsi yang aman dari kegagalan yang tersedia bagi seseorang untuk mempertahankan adaptasi. Saat satu jalur/sistem tidak dapat memastikan adaptasi, maka jalur lain dapat mengambil alih pekerjaan. Redundansi dapat merugikan, seperti

ketika tanggapan yang sebelumnya gagal membangun kembali (misal ketika kondisi autoimun menyebabkan sistem kekebalan manusia itu sendiri menyerang jaringan yang sebelumnya sehat dalam tubuh). Adaptasi dicapai dengan sukses sangat bergantung pada koping adaptasi individu. Respon individu terhadap kondisi sangat unik antara individu satu dengan yang lainnya baik secara fisiologis maupun psikologis. Adaptasi sifatnya sangat spesifik, setiap sistem mempunyai respon yang spesifik, sebagai contoh kekurangan suplai oksigen dapat dijelaskan dari kadar hemoglobin (Alligood, 2014).

### 3. Konservasi

Merupakan hasil dari suatu adaptasi yang dilakukan. Konservasi merupakan konsep *universal*, sesuai dengan aturan alam, "konservasi bergantung pada sistem hidup yang Berhubungan dengan integrasi seluruh sistem" (Alligood, 2014). Melalui konservasi dapat digambarkan bahwa individu mampu menghadapi hambatan, beradaptasi sesuai kebutuhan dan mempertahankan keunikan mereka. Inti atau konsep sentral dari model konservasi menurut Levine, ketika seseorang dalam keadaan konservasi. Itu berarti bahwa setiap perubahan menyesuaikan tanggapan adaptif produktif dan dengan pengeluaran energi seminimal mungkin, sambil menjaga fungsi optimal dan identitas. Konservasi berhasil dicapai melalui pengaktifan jalur adaptif dan perilaku yang sesuai untuk berbagai tanggapan yang diperlukan oleh fungsi manusia. Levine mengusulkan empat prinsip konservasi berikut ini: Konservasi Energi, Konservasi integritas struktural, Konservasi integritas pribadi, dan Konservasi integritas sosial.

#### a. Konservasi energi.

Hal ini bergantung pada pertukaran energi secara bebas di dalam lingkungan internal dan eksternal. Untuk menjaga keseimbangan pasokan dan permintaan energi sehingga *input* dan *output* sesuai atau seimbang untuk menghindari kelelahan berlebihan. Contoh: Istirahat yang cukup, pemenuhan gizi dan olahraga.

#### b. Konservasi integritas struktural.

Bertujuan untuk mempertahankan atau memulihkan struktur tubuh sehingga mencegah terjadinya kerusakan fisik dan meningkatkan

proses penyembuhan. Proses penyembuhan merupakan proses mempertahankan keutuhan. Misalnya Membantu pasien dalam latihan ROM, Menjaga kebersihan diri pasien.

c. Konservasi integritas pribadi.

Mengenali individu sebagai manusia yang mendapatkan pengakuan, rasa hormat, harga diri, jati diri dan kesadaran diri. Misalnya menjaga privasi klien.

d. Konservasi integritas sosial.

Seorang individu diakui sebagai anggota keluarga, komunitas atau masyarakat, kelompok keagamaan, kelompok etnis, sistem politik dalam suatu bangsa. Contoh: Membantu individu untuk mempertahankan perannya sebagai anggota keluarga dan masyarakat.

Model konservasi lainnya menurut Levine:

1. Lingkungan

a. Lingkungan internal, adalah lingkungan yang berhubungan dengan tubuh dan fungsinya yaitu lingkungan fisiologis dan psikologis.

b. Lingkungan eksternal yang terdiri dari:

1) Lingkungan perseptual, adalah bagian dari lingkungan eksternal yang berhubungan dengan kemampuan panca indera manusia.

2) Lingkungan operasional, adalah bagian dari lingkungan eksternal yang berinteraksi dengan kehidupan, dan tidak disadari oleh manusia.

2. Respon organisme

Ada empat jenis respon organisme, yaitu: *Fight* atau *flight*, respon inflamasi, respon terhadap stres, dan kewaspadaan persepsi.

a. Melawan (*fight or flight*)

Merupakan respon yang paling primitif, ancaman yang diterima individu baik nyata maupun tidak, merupakan respon terhadap ketakutan melalui menyerang atau menghindari hal ini bersifat reaksi yang tiba-tiba. Respon yang disampaikan adalah kewaspadaan untuk mencari informasi untuk rasa aman dan sejahtera.

b. *Inflamasi (Inflammatory response)*

Merupakan mekanisme pertahanan yang melindungi diri dari lingkungan yang merusak, merupakan cara untuk menyembuhkan diri, respon individu adalah menggunakan energi sistemik yang ada dalam dirinya untuk membuang iritan atau patogen yang merugikan, untuk hal ini sangat dibutuhkan kontrol lingkungan.

c. *Response to stress*

Respon terhadap stres menghasilkan respon defensif dalam bentuk perubahan yang tidak spesifik pada manusia, perubahan struktural dan kehilangan energi untuk beradaptasi secara bertahap. Dikarakteristikkan dengan pengaruh yang menyebabkan pasien atau individu berespon terhadap pelayanan keperawatan.

d. *Perseptual (Perceptual awareness)*

Merupakan respon sensori yang menghasilkan kesadaran persepsi, informasi dan pengalaman dalam hidup hanya bermanfaat ketika diterima secara utuh oleh individu, semua pertukaran energi terjadi dari individu ke lingkungan dan sebaliknya. Hasilnya adalah aktivitas fisiologi atau tingkah laku. Respon ini sangat tergantung kepada kewaspadaan perceptual individu, hanya terjadi saat individu menghadapi dunia (lingkungan) baru di sekitarnya dengan cara mencari dan mengumpulkan informasi hal ini bertujuan untuk mempertahankan keamanan dirinya.

e. *Trophicognosis*

Levine merekomendasikan *trophicognosis* sebagai istilah yang sedemikian rupa untuk menunjukkan kemungkinan dari kondisi pasien. Sebuah keputusan mengenai bantuan yang dibutuhkan pasien dibuat alternatif untuk diagnosa keperawatan. Ini merupakan metode ilmiah untuk menentukan sebuah penentuan rencana keperawatan.

### **C. Keperawatan Menurut Levine**

Menurut Alligod (2014) Levine mengemukakan unsur utama keperawatan adalah:

1. Manusia

Manusia adalah individu yang holistik yang terus menerus berusaha untuk mempertahankan keutuhan dan integritas sebagai makhluk yang berpikir, berorientasi pada masa depan dan masa lalu.

Levine berpendapat bahwa “kehidupan individu yang berarti hanya dalam konteks kehidupan sosial”.

## 2. Lingkungan

Lingkungan melengkapi kebutuhan seorang individu. Individu memiliki lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal menggabungkan aspek fisiologis dan patofisiologis individu dan secara konstan ditantang oleh lingkungan eksternal. Lingkungan eksternal mencakup faktor-faktor yang memengaruhi dan menantang individu. Lingkungan eksternal terdiri dari tiga tingkatan:

- a. Lingkungan persepsi, mencakup aspek-aspek dunia yang dapat ditafsirkan oleh individu melalui indera dan merespons dengan organ indera.
- b. Lingkungan operasional, mencakup faktor-faktor yang secara fisik dapat mempengaruhi individu tetapi tidak secara langsung dirasakan oleh mereka seperti radiasi, mikroorganisme, dan polusi.
- c. Lingkungan konseptual, termasuk pola budaya yang ditandai dengan keberadaan spiritual dan dimediasi oleh bahasa, pemikiran, dan sejarah.

Faktor-faktor yang memengaruhi perilaku seperti norma, nilai, dan kepercayaan juga merupakan bagian dari lingkungan konseptual.

## 3. Kesehatan

Suatu Kesehatan adalah terjaganya keutuhan tubuh dan keberhasilan adaptasi. Levine menjelaskan yang dimaksud dengan kesehatan adalah: "terlaksananya kegiatan sehari-hari tanpa adanya gangguan kesehatan". Perubahan status kesehatan tidak hanya perubahan fungsi fisiologis (konservasi dari integritas struktural) tetapi dapat juga terjadi gangguan pada beberapa prinsip konservasi yang lain.

## 4. Keperawatan

Tujuan keperawatan adalah untuk mempromosikan keutuhan, menyadari bahwa setiap individu memerlukan respon yang unik sebagai individu dan kegiatan kelompok. Integritas individu yaitu keutuhan individu (bio, psiko, sosial dan spiritual) dan merupakan tanggung jawab perawat untuk membantu pasien mempertahankan dan untuk mencari realisasinya. Tujuan keperawatan dicapai melalui penggunaan

prinsip-prinsip konservasi: Energi, struktur, personal dan integritas sosial.

#### **D. Teori Levine dan Proses Keperawatan**

Levine berpendapat dalam teorinya, seorang pasien harus dilihat dari segi ketergantungan, hingga kemampuan pasien yang terbatas untuk membantu dalam pengumpulan data, tahap perencanaan, implementasi atau semua fase dari proses ketergantungan. Perawat dituntut untuk dapat bertanggung jawab untuk melihat kemampuan partisipasi pasien. Selain itu, keseimbangan energi pasien dan pemeliharaan integritas pasien merupakan hal yang harus selalu diperhatikan oleh perawat. Pada fase pengkajian, ada dua metode yang akan diterapkan dalam mengkaji klien yaitu metode *interview* dan metode observasi. Berfokus pada klien, keluarga, anggota lainnya, ataupun segala hal yang akan mereka jelaskan itu bertujuan untuk mendapatkan sebuah solusi dari sebuah permasalahan terkait kesehatan dari klien tersebut. Setelah memperoleh seluruh data tentang klien, langkah selanjutnya yaitu perawat akan melakukan analisis terkait data yang telah diperoleh sebelumnya. Untuk menganalisis sebuah data, sebuah konsep dan teori dari beberapa disiplin akan memiliki penekanan yang sama sehingga untuk tujuan akhirnya akan dimasukkan pada tahap perencanaan. Secara menyeluruh tujuan harus menggambarkan sebuah usaha untuk membantu klien dapat beradaptasi hingga dapat memiliki kondisi yang sehat. Pada tahap perencanaan, perawat menentukan tujuan berikut:

1. Perlunya memilih sebuah strategi yang akan digunakan untuk perencanaan.
2. Memilih tingkat perencanaan yang dapat ditingkatkan pengembangannya, sehingga suatu tujuan dapat tercapai (SueMoorhead, 2016).

Selama tahap perencanaan respon klien merupakan hal yang diawasi oleh perawat. Kemudian implementasi merupakan sebuah proses tindakan yang dilakukan perawat. Pada fase evaluasi tugas utama perawat yaitu memberikan perawatan pada klien sesuai dengan hasil data yang mereka kumpulkan sebelumnya untuk menghindari terjadinya kesalahan selama proses perawatan.

Pernyataan teori Myra Levine:

1. Dalam melakukan pelaksanaan intervensi keperawatan perawat dituntut untuk memiliki *skill*.
2. Hasil dari intervensi perawat yaitu memudahkan klien untuk beradaptasi dengan keadaan.
3. Pada tahapan evaluasi keperawatan, perawat akan berfokus pada respon dari klien sebagai dasar dalam melakukan tindakan keperawatan.
4. Data yang telah diperoleh oleh perawat dari respon klien bertujuan menentukan intervensi perawatan mengenai pengobatan atau *support* yang harus mereka gunakan.
5. Dalam teori yang Levine paparkan sering berfokus pada orang per orang, yang akan digunakan baik untuk masa sekarang maupun dimasa depan, serta pada klien yang memiliki gangguan kesehatan mereka akan membutuhkan intervensi perawatan (Parker, 2010).

Teori Levine secara prinsip dapat dikemukakan bahwa Levine mengemukakan Levine's Conservation Model yang merupakan model keperawatan yang bertujuan untuk memberikan pedoman dalam memberikan intervensi keperawatan. Dapat memengaruhi respon seseorang dan meningkatkan kondisi kesejahteraannya. Berdasarkan model Levine perawat mempertahankan integritas personal klien, selalu mengajarkan pengetahuan dan kekuatan sehingga individu dan keluarga dapat hidup mandiri, tidak selalu menjadi klien dan tidak selalu menjadi orang yang tergantung dengan orang lain.

## KEPERAWATAN HOLISTIK

### A. Pengertian Keperawatan Holistik

Menurut Mundakir (2018) Holistik memiliki arti ‘menyeluruh’ yang terdiri dari kata *holy and healthy*. Pandangan holistik bermakna membangun manusia yang utuh dan sehat, dan seimbang terkait dengan seluruh aspek dalam pembelajaran; seperti spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, estetika, emosi, dan fisik. Jadi *healthy* yang dimaksud bukan hanya *physically*, tetapi lebih pada aspek sinergitas *spiritually*. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia kata *holisme* didefinisikan sebagai cara pendekatan terhadap suatu masalah atau gejala, dengan memandang gejala atau masalah itu sebagai suatu kesatuan yang utuh. Dari kata *holisme* itulah kata holistik diartikan sebagai cara pandang yang menyeluruh atau secara keseluruhan. Istilah holistik merupakan sebuah istilah yang berasal dari bahasa Inggris dari akar kata “*whole*” yang berarti keseluruhan. Di samping itu, istilah holistik juga diambil dari kata dasar *heal* (penyembuhan) dan *health* (kesehatan). Secara etimologis memiliki akar kata yang sama dengan istilah *whole* (keseluruhan).

Ilda dan Amelia (2022) menyatakan *Holistic care* atau keperawatan holistik merupakan pemberian asuhan secara komprehensif dengan mengintegrasikan konsep keperawatan modern dan komplementer (alternatif dan spiritual). Perawatan holistik melibatkan unsur pikiran, tubuh, dan jiwa. Keperawatan holistik adalah pelayanan keperawatan yang memperhatikan keutuhan aspek kehidupan manusia yang meliputi biologis, psikologis, kognisi, sosial, kultural dan spiritual yang saling memengaruhi. Alligood (2014) mengemukakan bahwa pemberian asuhan keperawatan holistik dilandasi oleh beberapa teori, masing-

masing teori berfokus pada aspek yang spesifik dari hubungan antara manusia dengan dunia luar serta dalam perawatannya.

Dapat dimengerti bahwa perawatan holistik adalah cara pandang dan bertindak secara menyeluruh dalam memberikan perawatan kepada individu di dalam memberikan pelayanan Kesehatan. Memandang segala aspek yang terdapat dalam individu yang bersinergi dan saling memengaruhi.

## **B. Sejarah Keperawatan Holistik**

Menurut Mundakir (2018) Sejarah holistik dimulai sebelum istilah holisme diperkenalkan oleh Jan Christiaan Smuts dalam bukunya “Holism and Evolution”. Holisme saat ini berkembang dalam istilah holistik, yang menggabungkan penyembuhan, seni, dan ilmu hidup. Holistik populer dengan cepat di tahun 70-an. Istilah holisme sudah diperkenalkan di tahun 1926, penyembuhan holistik sebenarnya sudah ada jauh di jaman kuno kira-kira 5000 tahun yang lalu. Sejarawan belum bisa memastikan dari bangsa manakah pertama kali itu dipraktikkan. Kebanyakan sejarawan percaya bahwa penyembuhan holistik dimulai di India dan atau Cina. Para praktisi holistik mempraktikkan prinsip hidup sehat lewat menyeimbangkan tubuh, pikiran, dan roh untuk menyatu atau harmonis dengan alam. Contoh praktis holistik adalah Socrates, yang hidup 4 abad sebelum kelahiran Kristus. Ia menganut pandangan ini dan mengajarkan bahwa kita harus memandang tubuh sebagai keseluruhan, bukannya bagian yang terpisah.

## **C. Konsep Yang Ada di Dalam Keperawatan Holistic**

Menurut Muharni dan Wardhani (2021) konsep-konsep di dalam Keperawatan Holistik yaitu:

### **1. Konsep Humanisme**

*Humanisme* adalah cara berpikir bahwa konsep perikemanusiaan sebagai fokus dan satu-satunya tujuan. Kamus umum mendefinisikan humanisme sebagai “sebuah sistem pemikiran yang berdasarkan pada berbagai nilai, karakteristik dan tindak tanduk yang dipercaya yang terbaik bagi manusia, bukannya pada otoritas supernatural mana pun”. Dalam humanisme lebih melihat pada sisi perkembangan kepribadian manusia. Pendekatan ini melihat kejadian dalam upaya dirinya untuk

melakukan hal-hal yang positif. Emosi merupakan karakteristik sangat kuat yang nampak daripada pendidik beraliran humanisme.

Dalam teori pembelajaran humanistik, belajar merupakan proses yang dimulai dan ditujukan untuk kepentingan memanusiakan manusia. Memanusiakan manusia berarti mempunyai tujuan untuk mencapai aktualisasi diri, pemahaman diri serta realisasi diri orang yang belajar secara optimal. Dalam teori humanistik, belajar dianggap berhasil jika individu memahami lingkungannya dan dirinya sendiri. Humanisme memandang belajar sebagai sebuah proses yang terjadi di dalam individu meliputi bagian atau domain diantaranya domain *kognitif*, *afektif*, dan *psikomotorik*. Dengan kata lain, pendekatan humanisme menekankan pentingnya emosi atau perasaan, komunikasi terbuka dan nilai-nilai yang dimiliki oleh setiap individu.

## 2. Konsep Holisme

Holisme adalah nama yang diberikan kepada keyakinan bahwa adalah semua terkait erat. Konsep holisme selalu mengemukakan bahwa organisme merupakan satu kesatuan yang utuh, bukan terbagi-bagi dalam bagian-bagian. Pikiran dan tubuh bukan merupakan bagian yang terpisah, tetapi merupakan satu bagian yang utuh, dan apabila terjadi gangguan pada salah satunya maka akan berpengaruh pada keseluruhan. Jiwa dan tubuh bukan dua unsur terpisah tetapi bagian dari satu kesatuan dan sesuatu yang terjadi di bagian yang satu akan memengaruhi bagian yang lain.

Konsep dari keperawatan holistik menggunakan lima dimensi yang harus diperhatikan yaitu:

- a. Dimensi fisik: Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara umum melakukan kebiasaan hidup positif.
- b. Dimensi sosial: melakukan kegiatan sosial dan mampu berinteraksi dengan orang lain.
- c. Dimensi emosional: mengekspresikan emosi dan mengendalikan stres
- d. Dimensi intelektual: kemampuan kognitif untuk belajar
- e. Dimensi spiritual: Terkait dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti: alam, ilmu, agama atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan. Meliputi moral, nilai, dan etik yang dimiliki seseorang.

Pendekatan holistik untuk perawatan termasuk intervensi yang berfokus pada respon pasien yang menyembuhkan secara komprehensif dan membantu dengan keseimbangan, terapi dan seni. Penyembuhan diri bukanlah inti dari holism. Perawat holistik membantu pasien mengambil tanggung jawab. Mengambil tanggung jawab atas kesehatan pribadi sebagai panutan. Peran Kesehatan yang mengintegrasikan perawatan diri ke dalam kehidupan dan dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Berdasarkan holistik Asosiasi dari perawata Amerika, hal ini disebut membantu pasien mengatasi stres dan memberikan banyak energi untuk membantu pasien membentuk tubuh yang sehat. Keseimbangan adalah antara hal yang diberikan kepada diri sendiri dan hal diberikan kepada orang lain.

Adapun beberapa model dari perawatan holistik:

- a. Mencari pola dan penyebab
- b. Integrasi, dengan memperhatikan pasien secara menyeluruh
- c. Fokus pada nilai manusia
- d. *Caring* adalah komponen dalam penyembuhan
- e. Nyeri dan penyakit merupakan tanda dari adanya konflik internal
- f. Dilengkapi dengan teknik non invasif (psikoteknologi, diet dan aktivitas)
- g. Pasien otonomi
- h. Tenaga profesional sebagai mitra.

#### **D. Macam-Macam Cabang Penyembuhan Holistik**

Mundakir dkk (2018) mengemukakan macam-acam cabang penyembuhan Holistik diantaranya:

##### 1. Holistik Tradisional.

Suatu teknik penyembuhan yang memanfaatkan alam dengan prinsip holisme, berawal sejak ribuan tahun lalu. Biasa disebut sebagai penyembuhan/pengobatan alternatif atau pengobatan tradisional. Termasuk holistik tradisional adalah *akupunktur, akupresur, herbal, ayurveda, uroopathy, pranic healing, apitherapy*, dan lain-lain.

##### 2. Holistik Modern.

Suatu teknik penyembuhan yang menggabungkan penyembuhan tradisional atau kuno dengan teknologi dan sains modern yang memanfaatkan alam dengan prinsip holisme. *Holistic modern* berawal

sekitar 200 tahun yang lalu dengan adanya *homeopathy*. Termasuk holistik modern adalah *homeopathy*, *osteopathy*, *ananopathy*, *psikologi hipnosis*, *naturopathy modern*, dan sebagainya.

### 3. Holistik Modern *Antophaty*

*Antophaty* adalah gabungan teknik pengobatan alternatif tradisional/kuno dengan teknologi dan sains modern, yang tujuannya adalah menyembuhkan, bukan sekedar merawat. Pengobatan *Antophaty* fokus pada akar penyakit, bukan pada gejala; merawat manusia secara keseluruhan (*whole*), bukan pada hal yang tampak saja. Teknik yang digunakan adalah dengan menggunakan Hukum Alam, Hukum Sebab-Akibat, perbaikan pola makan dan gaya hidup, penggunaan bahan-bahan alami, yang diterapkan dengan basis alam dan sains modern.

Sifat *Antophaty* dari segi aplikasinya ada tiga yaitu:

#### 1. Sederhana.

Begitu sederhana karena tidak memerlukan obat-obatan kimia dan operasi.

#### 2. Cerdik.

Mengajarkan Anda untuk berpikir dan bertindak cerdas, bukannya pandai.

#### 3. Bijaksana.

Menekankan pemikiran bijak yang melihat faktor moralitas dan keselarasan.

## **E. Etikolegal Dalam Keperawatan Holistic**

Menurut Ike dan Syahriani (2018) prinsip-prinsip etiket dalam penanganan pelanggaran etik dan hukum yaitu:

### 1. Independensi

Dalam melakukan proses penanganan dugaan pelanggaran etik dan hukum tidak boleh dipengaruhi oleh hal apapun termasuk hubungan baik, hubungan saudara, atasan kerja, pemberian sesuatu, ras, suku, dan agama dll.

### 2. Praduga tidak bersalah

Memiliki persepsi atau opini bahwa pihak yang terduga melakukan pelanggaran etika dan hukum yang sedang ditangani adalah tidak bersalah sampai dengan dinyatakan bersalah baik oleh tim yang berwenang atau oleh pengadilan.

3. Penghargaan terhadap profesi dan lembaga  
Dilakukan sedemikian rupa sehingga tidak mencederai kewibawaan tim yang berwenang, organisasi profesi maupun fasilitas pelayanan kesehatan atau lembaga lain yang terlibat di dalamnya.
4. Akuntabilitas  
Semua tim dan lembaga yang terlibat dalam penanganan pelanggaran etik dan hukum harus dapat mempertanggungjawabkan segala sesuatu yang dilakukan sampai pada putusan yang diberikan pada terduga pelanggaran etik dan hukum.
5. Kehati hatian dan kerahasiaan  
Prinsip kehati hatian dan kerahasiaan dimaksudkan bahwa setiap kegiatan pemeriksaan yang berkaitan dengan dugaan pelanggaran etik dan hukum dilakukan secara hati-hati dan hasilnya bersifat rahasia.
6. Obyektifitas  
Prinsip obyektifitas dimaksudkan bahwa setiap kegiatan penanganan yang berkaitan dengan dugaan pelanggaran etik dan hukum dilakukan dengan parameter yang jelas.
7. Efektif dan efisien  
Efektif dan efisien dimaksudkan bahwa setiap kegiatan pemeriksaan dan penanganan yang berkaitan dengan dugaan pelanggaran etik dan hukum dilakukan dengan tepat waktu dan tepat sasaran.
8. Perlakukan yang sama  
Perlakukan yang sama bahwa setiap kegiatan pemeriksaan dan penanganan yang berkaitan dengan dugaan pelanggaran etik dan hukum pihak pelapor dan pihak terlapor di berikan kesempatan yang sama.
9. Prinsip perilaku rendah hati  
Prinsip perilaku rendah hati dimaksudkan setiap kegiatan pemeriksaan dan penanganan yang berkaitan dengan dugaan pelanggaran etik dan hukum harus dilakukan dengan rasa empati dan tidak berbicara kasar serta menyudutkan.

## KONSEP BERUBAH DALAM KEPERAWATAN

### A. Pengertian Berubah

Lestari dan Ramadhaniyati (2018) mengemukakan perubahan merupakan suatu proses yang berkelanjutan. Dikatakan berkelanjutan karena proses berubah selalu terjadi pada individu yang pada hakikatnya akan melakukan sesuatu yang berbeda dari yang dilakukan sebelumnya. Perubahan yang terjadi meliputi perubahan perilaku, fungsi, keluarga, kelompok atau masyarakat. Perubahan memiliki empat tingkatan, yaitu:

1. Tingkat I: Perubahan pada proses pikir yang berkaitan dengan pengetahuan yang dimiliki
2. Tingkat II: Perubahan yang berkaitan dengan perilaku yang pada akhirnya akan memengaruhi tindakan yang dimunculkan seseorang
3. Tingkat III: Perubahan kebiasaan dengan melibatkan perasaan
4. Tingkat IV: Perubahan yang bersifat menyeluruh yang dapat memengaruhi seluruh sistem yang ada.
5. Tanpa adanya paksaan manusia merupakan individu yang mengalami perubahan dari waktu ke waktu.

Perubahan yang dilakukan manusia merupakan bentuk kebutuhannya. Kebutuhan manusia untuk berubah yaitu: kebutuhan untuk merubah keseimbangan personal, sosial, dan organisasional. Ada kesenangan mengadakan perubahan dengan membuat sebuah penyelidikan dan eksplorasi. Mengadakan perubahan untuk menyempurnakan suatu isi pemikiran atau konsep, berubah untuk mencapai sesuatu yang diinginkan. Perubahan yang dilakukan oleh manusia merupakan hasil dari faktor yang memengaruhi yaitu faktor internal dan eksternal.

Perubahan merupakan bagian dari adaptasi terhadap situasi dan kondisi yang dihadapi saat itu. Perubahan terjadi secara dinamis sesuai dengan stimulus dari lingkungan kehidupan.

Yanti, Arma dan Karlinah (2015) mengemukakan manusia melakukan perubahan disebabkan oleh beberapa alasan seperti berubah karena ingin menjadi lebih baik atau keluar dari masalah yang dihadapi, berubah untuk mengurangi beban kerja. Perubahan terjadi karena adanya dorongan dari pihak lain atau perubahan pola pikir yang menyebabkan penurunan keyakinan terhadap sesuatu. Perubahan terbagi menjadi dua yaitu:

1. Perubahan yang direncanakan

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

2. Perubahan yang tidak direncanakan

Perubahan yang tidak direncanakan merupakan perubahan yang terjadi karena adanya ketidakseimbangan sistem. Perubahan ini merupakan respon adaptif terhadap stimulus eksternal dan merupakan respon dari beberapa kejadian yang berlangsung secara tiba-tiba.

## **B. Sifat Proses Berubah**

Menurut Sianturi (2020) Proses berubah bersifat integral dengan banyak bidang keperawatan, seperti pendidikan kesehatan, perawatan klien, dan promosi kesehatan. Proses berubah ini melibatkan klien individu, keluarga, komunitas, organisasi, keperawatan sebagai profesi, dan seluruh sistem pemberian perawatan kesehatan. Perubahan tidak selalu merupakan hasil pengambilan keputusan rasional. Perubahan biasanya terjadi sebagai respons terhadap tiga aktifitas yang berbeda yaitu:

1. Perubahan Spontan

Perubahan spontan juga disebut perubahan yang reaktif atau tidak direncanakan, karena perubahan ini tidak benar-benar diantisipasi, tidak dapat dihindari dan terdapat sedikit atau tidak ada waktu untuk merencanakan strategi respons. Contoh perubahan spontan

yang memengaruhi individu adalah infeksi virus akut, cedera medula spinalis, dan tawaran sukarela posisi baru.

2. Perubahan Perkembangan

Perubahan perkembangan mengacu pada perubahan fisiopsikologis yang terjadi selama siklus kehidupan individu atau perkembangan organisasi menjadi lebih kompleks. Contoh perubahan perkembangan individu adalah bertambahnya ukuran dan kompleksitas embrio manusia dan janin serta berkurangnya kemampuan fisik pada lansia.

3. Perubahan Terencana

Perubahan terencana adalah upaya yang disengaja dan bertujuan oleh individu, kelompok, organisasi, atau sistem sosial yang lebih besar untuk memengaruhi status quo (menetap) itu sendiri, organisme lain, atau suatu situasi. Keterampilan memecahkan masalah, keterampilan mengambil keputusan, dan keterampilan interpersonal adalah faktor-faktor penting dalam perubahan terencana. Contoh perubahan terencana adalah individu yang memutuskan untuk memperbaiki status kesehatannya dengan menghadiri program berhenti merokok atau melakukan program olahraga.

### C. Jenis dan Proses Perubahan

Menurut Lestari dan Ramadhaniyati (2018) perubahan dapat dijabarkan dengan beberapa cara yaitu:

1. Perubahan yang tidak direncanakan.

Perubahan yang tidak direncanakan adalah perubahan yang terjadi tanpa persiapan.

2. Perubahan yang direncanakan

Perubahan yang direncanakan adalah perubahan yang telah direncanakan dan dipikirkan sebelumnya. Secara umum perubahan terencana adalah suatu proses ada pendapat baru yang dikembangkan dan dikomunikasikan kepada semua orang, walaupun akhirnya akan diterima atau ditolak. Perubahan ini terjadi dalam waktu yang lama dan memiliki tujuan yang jelas. Perubahan terencana lebih mudah dikelola daripada perubahan tidak terencana yang terjadi pada perkembangan

manusia, tanpa persiapan, atau karena suatu ancaman. Oleh karena alasan tersebut, perawat harus dapat mengelola perubahan.

Proses perencanaan terjadi karena adanya perubahan yang sangat kompleks dan melibatkan interaksi banyak orang, faktor, dan tekanan. Perencanaan perubahan, seperti proses keperawatan, memerlukan suatu pemikiran yang matang tentang keterlibatan individu atau kelompok. Penyelesaian masalah, pengambilan keputusan, pemikiran kritis, pengkajian, dan efektivitas penggunaan keterampilan interpersonal seperti kemampuan komunikasi, kolaborasi, negosiasi, dan persuasi adalah kunci dalam perencanaan perubahan.

#### **D. Teori Perubahan**

Siokal, Patmawati dan Sudarman (2017) mengemukakan bahwa tokoh dan teori perubahan dapat diuraikan berikut ini.

##### **1. Kurt Lewin (1951)**



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

a. *Unfreezing* (Tahap Pencairan)

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

b. *Changing* (Tahap Mengubah)

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

c. *Refreezing* (Tahap Pembekuan)

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

d. *Action Research* (Tahap Penelitian Tindakan)

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

## 2. Martha Elizabeth Rogers (1962)



Menurut Rogers perubahan sosial adalah proses suatu inovasi dikomunikasikan melalui saluran tertentu dari waktu ke waktu antara

anggota dari suatu sistem sosial. Langkah-langkah untuk mengadakan suatu perubahan adalah melalui tahapan:

a. *Awareness*

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

b. *Interest*

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

c. *Evaluation*

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

d. *Trial*

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

### **Adoption**

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

Rogers juga membagi karakter dari adopsi yaitu:

a. *Relative advantage*

*Relative advantage* merupakan tingkat kelebihan yang dimiliki oleh suatu inovasi, apakah lebih baik dari inovasi yang telah ada sebelumnya atau dari hal-hal yang biasa dilakukan

b. *Compatibility*

Merupakan tingkat sebuah inovasi dipersepsikan konsisten dengan nilai-nilai yang sudah ada, pengalaman masa lalu, serta sesuai dengan kebutuhan orang-orang yang potensial sebagai pengadopsi.

c. *Complexity*

Tingkat kerumitan dari suatu inovasi untuk diadopsi. *Complexity* memiliki hubungan negatif ketika mengadopsi sistem baru, semakin rendah tingkat kerumitan suatu inovasi untuk dipahami, maka semakin cepat inovasi tersebut diadopsi.

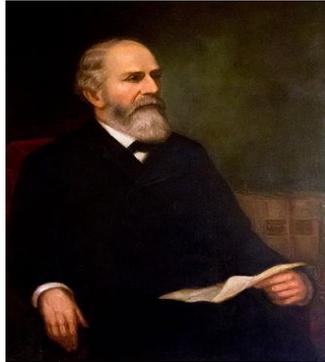
d. *Trialability*

*Trialability* adalah derajat di mana suatu inovasi dapat diuji coba sebelum adopsi. Ide-ide baru yang melalui proses uji coba dapat diadopsi lebih cepat.

*e. Observability*

Tingkat sebuah inovasi itu kelihatan bagi orang lain. Semakin mudah bagi individu untuk melihat hasil sebuah inovasi, maka semakin besar kemungkinan mereka untuk mengadopsi.

**3. Lippit (1973)**



Lippit menunjukkan langkah-langkah yang harus ditempuh untuk mengadakan pembaharuan/perubahan. Langkah-langkahnya meliputi:

- a. Menentukan diagnosis terlebih dahulu pada masalah yang ada.
- b. Mengadakan penilaian terhadap motivasi dan kemampuan dalam perubahan.
- c. Melakukan penilaian terhadap motivasi pasien/agen sumber daya.
- d. Memilih tujuan perubahan yang progresif.
- e. Menetapkan peran dari pembaruan sebagai agen perubahan (pendidik, peneliti dan pemimpin).
- f. Mempertahankan hasil dari perubahan yang telah dicapainya.
- g. Melakukan penghentian bantuan supaya harapan peran dan tanggung jawab dapat tercapai secara bertahap.

**E. Agen Perubahan (*Agent of Change*)**

Kozier (2016) mengemukakan dalam perkembangan karier profesional, setiap individu akan terpenggil untuk menjadi agen pembaharu. Menjadi agen pembaharu akan menjadikan hal yang sangat menarik dan menyenangkan sebagai bagian dari peran profesional. Keadaan tersebut akan terjadi, jika seseorang merespon setiap suatu perubahan disekelilingnya.

1. Pertama yang harus dilakukan adalah mengontrol perilaku terkait dengan cara mengelola perubahan.  
Orang yang bersangkutan dapat memilih sebagai pioner, penjelajah dan seorang yang berfikiran positif serta pelaku dengan motivasi yang tinggi. Orang yang bersangkutan dapat memulai dengan mengurangi/menghilangkan hambatan-hambatan dan memulai setahap demi setahap. Kali ini tidak berat untuk melihat perawat dapat mengontrol perilaku tersebut, sehingga perawat akan menjadi pemimpin yang baik pada masa depan.
2. Untuk menjadi seorang agen pembaharu yang efektif maka perlu menjadi bagian dari perubahan.  
Tidak menjadi orang yang resisten terhadap perubahan dan berpartisipasi aktif dalam perubahan yang sedang berlangsung akan menjadikan peran seorang agen perubahan menjadi lebih bermakna dikemudian hari.
3. Menyeleksi setiap suatu fenomena dan memilih hal-hal yang akan dirubah.  
Perubahan bukan hanya hal-hal yang mudah, tetapi hal-hal yang membutuhkan suatu tantangan.
4. Menghadapi setiap perubahan dengan senang dan penuh humor.  
Yakinkan bahwa perubahan adalah hal yang sulit, dan menjadi agen pembaharu akan lebih sulit. Hadapi setiap perubahan dengan rileks, senang hati dan penuh humor.

## **F. Perubahan Dalam Keperawatan**

Menurut Muharni & Christya (2021) Suasana pelayanan kesehatan pada tahun 1990an adalah suatu tantangan. Tekanan dari pemerintah, perusahaan asuransi, serikat kerja, para pegawai, dan konsumen mengenai pelayanan kesehatan diarahkan kembali pada perawatan diri dan pencegahan. Teknologi mengalami perubahan pada fokus biaya pengobatan perioperatif bergeser ke arah yang lebih efektif pada situasi yang sama. Keperawatan mempunyai kesempatan baru untuk menjadi bagian dari perubahan, selama seluruh sistem mengalami pergeseran biaya saat kualitas perawatan klien meningkat. Kreativitas dan tinjauan tekanan kekuatan eksternal yang luas akan memungkinkan perawat untuk melakukan perubahan. Perubahan dapat dijabarkan

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

Menurut Nursalam (2014) perubahan merupakan suatu keniscayaan. Tidak ada yang tidak berubah dalam kehidupan ini selain perubahan itu sendiri. Dalam perkembangannya keperawatan juga mengalami proses perubahan seiring dengan perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi.

1. Keperawatan sebagai suatu profesi merupakan profesi yang memberikan pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan yang professional akan dituntut untuk selalu berubah kearah kemandirian dalam profesi keperawatan. Keperawatan sebagai bentuk pelayanan asuhan masyarakat dengan mengadakan perubahan dalam penerapan model asuhan keperawatan yang tepat, sesuai dengan lingkup praktik keperawatan. Keperawatan professional yang diberikan kepada masyarakat akan terus memenuhi tuntutan kebutuhan
2. Keperawatan Sebagai Ilmu Pengetahuan Keperawatan akan terus berubah dan berkembang sejalan dengan tuntutan zaman dan perubahan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dituntut selalu mengadakan perubahan melalui riset keperawatan sehingga ilmu keperawatan akan berkembang dan memiliki landasan yang kokoh dalam keilmuan.
3. Penerapan proses berubah dalam keperawatan dapat dilaksanakan dalam wilayah pendidikan keperawatan dan pelayanan keperawatan melalui individu, keluarga dan masyarakat. Perubahan di dunia Pendidikan keperawatan melalui pelaksanaan tri darma perguruan tinggi dengan senantiasa melakukan telaah dan inovasi kurikulum didasarkan pada standart kualifikasi yang ada. Penelitian atau riset dan pengabdian kepada masyarakat yang berdasarkan pada perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Dalam menghadapi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi hendaknya oleh para penggiat keperawatan dipersiapkan secara benar dan menyeluruh, Proses penyebaran iptek juga disertai dengan percepatan penyebaran berbagai perubahan dan perkembangan teknologi transportasi, telekomunikasi, dan jenis teknologi lainnya. Semuanya ini mencerminkan terjadinya proses globalisasi dengan segala ciri dan konsekuensinya. Menurut Prasetyo (2022) ada empat skenario masa depan yang diprediksikan akan terjadi dan harus diantisipasi dengan baik oleh profesi keperawatan Indonesia yaitu:

1. Masyarakat berkembang. Hal ini ditunjukkan dengan tingkat pendidikan sehingga membuat mereka memiliki kesadaran yang lebih tinggi akan hak dan hukum, menuntut berbagai bentuk dan jenjang pelayanan kesehatan yang profesional, ditambah pula rentang kehidupan daya ekonomi masyarakat ikut semakin melebar.
2. Rentang masalah kesehatan meluas sehingga berdampak pada sistem pemberian pelayanan kesehatan, mulai dari teknologi yang sederhana sampai pada teknologi yang sangat canggih
3. Ilmu pengetahuan dan teknologi terus berkembang dan harus dimanfaatkan secara tepat guna.

Tuntutan profesi meningkat karena didorong oleh perkembangan iptek medis, permasalahan internal pada profesi, keperawatan, dan era global. Terdapat empat kategori umum perubahan sosial yang memengaruhi peran keperawatan, yaitu pergeseran menuju arah pengasuhan diri sendiri dan rasa tanggung jawab seseorang terhadap kesehatan yang meliputi:

1. Pengaruh lingkungan terhadap kesehatan
2. Pergeseran penekanan pelayanan kesehatan dengan lebih menekankan pada upaya pencegahan gangguan kesehatan.
3. Perubahan peran dari pemberi pelayanan kesehatan
4. Cara baru pengambilan keputusan dalam bidang kesehatan yang memberikan penerima pelayanan kesehatan tanggung jawab yang lebih besar dalam perencanaan kesehatan

Menurut Muharni & Christya (2021) dipandang dari tipe perubahan, perubahan itu sendiri memiliki tipe tujuan di antaranya:

1. Tipe Indoktrinasi

Merupakan suatu perubahan yang dilakukan oleh sekelompok atau masyarakat yang menginginkan pencapaian tujuan yang diharapkan dengan cara memberi doktrin atau menggunakan kekuatan sepihak untuk dapat berubah.

2. Tipe Paksaan/Kekerasan

Merupakan tipe perubahan dengan melakukan pemaksaan kekerasan pada anggota atau seseorang dengan harapan tujuan yang dicapai dapat terlaksana.

3. Tipe Teknokratik

Merupakan tipe perubahan dengan melibatkan tipe kekuatan lain dalam mencapai tujuan yang diharapkan terhadap satu pihak merumuskan tujuan dan pihak lain untuk membantu mencapai tujuannya.

4. Tipe Interaksional

Merupakan perubahan dengan menggunakan kekuatan kelompok yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan yang diharapkan dari perubahan.

5. Tipe Sosialisasi

Merupakan suatu perubahan dalam mencapai tujuan dengan menggunakan kerja sama dengan kelompok lain tetapi masih menggunakan kekuatan untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai.



## KONSEP SISTEM DAN PENDEKATAN SISTEM

### A. Konsep Sistem

#### 1. Pengertian Sistem

Secara etimologi, kata sistem berasal dari bahasa Latin (*systema*) dan bahasa Yunani (*systema*), yang memiliki arti suatu kesatuan yang terdiri dari komponen atau elemen yang dihubungkan bersama untuk memudahkan aliran informasi, materi atau energi untuk mencapai suatu tujuan (Nugroho, 2017). Menurut Arif (2017) sistem adalah sekumpulan elemen yang saling berhubungan dan berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan. Sistem tidak hanya sekedar penjumlahan dari bagian-bagiannya, harus dipandang sebagai suatu keseluruhan. Sistem pada akhirnya mampu memberikan efek kombinasi yang lebih besar yang disebut sinergi. Dengan demikian Sinergi adalah wujud dari unsur-unsur yang dipadukan menghasilkan suatu hasil yang lebih besar daripada jumlah hasil masing-masing unsur terlibat.

Menurut Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015) terdapat berbagai macam pengertian dari sistem. Beberapa di antaranya yang dianggap cukup penting sebagai berikut:

- a. Sistem merupakan gabungan dari elemen yang dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan.
- b. Sistem merupakan suatu struktur konseptual yang terdiri atas fungsi-fungsi yang saling berhubungan, yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran (*output*) yang diinginkan secara efektif dan efisien.

- c. Sistem merupakan suatu kesatuan yang utuh dan terpadu, yang terdiri atas berbagai elemen yang berhubungan dan saling mempengaruhi, yang dipersiapkan dengan sadar untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dari uraian di atas, secara umum pengertian sistem dapat dibedakan menjadi dua macam sebagai berikut.

- a. Sistem sebagai suatu wujud.

Sistem dikatakan sebagai wujud (*entity*) apabila bagian atau elemen yang terhimpun di dalamnya membentuk suatu wujud yang ciri-cirinya dapat dideskripsikan atau digambarkan dengan jelas. Berdasarkan sifat bagian atau elemen yang membentuk sistem, maka sistem sebagai wujud dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu sistem sebagai suatu wujud yang konkret dan sistem sebagai suatu wujud yang abstrak.

- 1) Sistem sebagai suatu wujud yang konkret. Dalam lingkup ini, bagian atau elemen yang membentuk sistem memiliki sifat yang konkret. Artinya bagian atau elemen tersebut dapat ditangkap oleh pancaindra. Contohnya suatu mesin yang bagian atau elemennya berupa suku cadang.
- 2) Sistem sebagai suatu wujud yang abstrak. Kebalikannya dengan penjelasan di atas, bagian atau elemen yang membentuk sistem ini bersifat abstrak. Artinya bagian atau elemen tersebut tidak dapat ditangkap oleh pancaindra. Contohnya sistem kebudayaan terdiri atas bagian atau elemen yang berupa unsur budaya.

- b. Sistem sebagai suatu metode.

Sistem dikatakan sebagai suatu metode (*method*) apabila bagian atau elemen yang terhimpun di dalamnya membentuk suatu metode yang dapat digunakan sebagai sarana untuk melakukan pekerjaan administrasi. Contohnya sistem pengawasan terbentuk dari berbagai elemen atau bagian berupa peraturan.

Sistem merupakan proses pengelolaan input yang menyeluruh untuk memperoleh output dalam bentuk tujuan, keinginan atau harapan. Memiliki dampak dan mendapat umpan balik untuk di proses lagi agar memperoleh hasil yang semakin baik.

Sistem dapat dipahami sebagai suatu kesatuan yang menyeluruh dari berbagai elemen/komponen yang saling berkaitan/berinteraksi,

berproses untuk mencapai suatu tujuan. Komponen sistem paling sedikit terdiri dari *input*, proses, dan *output*.

## 2. Sifat Sistem

Menurut Maghfiroh dan Marimin (2013) sifat-sifat dasar dari suatu sistem adalah:

a. Pencapaian tujuan.

Orientasi pencapaian tujuan akan memberikan sifat dinamis kepada sistem, memberi ciri perubahan secara terus-menerus dalam usaha mencapai tujuan.

b. Kesatuan Usaha.

Kesatuan usaha mencerminkan suatu sifat dasar dari sistem. Hasil keseluruhannya melebihi dari jumlah bagian-bagiannya atau sering disebut konsep sinergi.

c. Keterbukaan terhadap lingkungan.

Lingkungan merupakan sumber kesempatan maupun hambatan pengembangan. Keterbukaan terhadap lingkungan membuat penilaian terhadap suatu sistem menjadi relatif atau dinamakan *equifinality*. Pencapaian tujuan suatu sistem tidak harus dilakukan dengan satu cara terbaik, tetapi melalui berbagai cara sesuai dengan tantangan lingkungan yang dihadapi.

d. Transformasi.

Transformasi merupakan proses perubahan input menjadi *output* yang dilakukan oleh sistem. Berbagai *input* yang masuk ke dalam sistem dan mengalami proses transformasi menjadi *output*. Dalam produksi pertanian, input bisa merupakan bibit, pupuk, obat-obatan, modal, dan lainnya, yang selanjutnya mengalami proses transformasi menjadi *output* seperti padi, kedelai, jagung, dan lainnya.

e. Hubungan antar bagian.

Kaitan antara sub sistem inilah yang akan memberikan analisa sistem suatu dasar pemahaman yang lebih luas.

f. Sistem terdiri dari beberapa macam.

Sistem tersebut terdiri atas sistem terbuka, sistem tertutup dan sistem dengan umpan balik.

g. Mekanisme pengendalian.

Mekanisme ini menyangkut sistem umpan balik suatu bagian pemberi informasi kepada sistem, mengenai efek dari perilaku

sistem terhadap pencapaian tujuan atau penyelesaian persoalan yang dihadapi.

### **3. Ciri Sistem**

Menurut Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015) secara sederhana, ciri sistem dapat dibedakan menjadi empat:

- a. Dalam sistem, terdapat beberapa bagian atau elemen yang saling berhubungan dan saling memengaruhi, yang semuanya membentuk satu kesatuan yang utuh. Artinya semua bagian atau elemen yang ada melaksanakan fungsinya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
- b. Fungsi yang dijalankan oleh masing-masing bagian atau elemen bertujuan untuk mengubah masukan (*input*) menjadi keluaran (*output*) yang direncanakan.
- c. Dalam melaksanakan fungsinya, semua bagian atau elemen yang ada bekerja sama secara bebas namun saling terkait. Dalam hal ini terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkan sistem agar tetap berfungsi sesuai yang diharapkan.
- d. Sekalipun sistem merupakan satu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.

### **4. Komponen Sistem**

Sistem terbentuk dari bagian atau elemen yang saling berhubungan dan saling memengaruhi. Bagian atau elemen yang dimaksud disini adalah sesuatu yang mutlak harus ditemukan dalam sistem, jika tidak, maka sistem tersebut dianggap tidak ada (Mubarak, Indrawati dan Susanto, 2015).



Penjelasan Gambar sebagai berikut:

- Masukan adalah kumpulan bagian/elemen yang terdapat dalam sistem dan diperlukan untuk menjamin berfungsinya sistem tersebut.
- Proses adalah kumpulan bagian/elemen yang terdapat dalam sistem dan berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang diharapkan.
- Keluaran adalah kumpulan bagian/elemen yang dihasilkan oleh proses di dalam sistem.
- Umpan balik adalah kumpulan bagian/elemen yang merupakan keluaran dari sistem lain dan juga masukan bagi sistem tersebut.
- Dampak adalah akibat yang ditimbulkan oleh keluaran suatu sistem.
- Lingkungan adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem, akan tetapi memberi pengaruh yang besar terhadap sistem tersebut.

Menurut Arif (2017) konsep sistem terbagi menjadi sepuluh, yaitu sistem terbuka, sistem tertutup, *input*, *output*, lingkungan, *throughput*, transformasi, *konstrain* (pembatas), *feedback* (umpan balik), dan kontrol. Beberapa definisi tentang konsep sistem akan terbagi atas:

- Sistem terbuka, yaitu sistem yang secara regular mengalami perpindahan antara material, energi atau informasi dengan lingkungannya.

- b. Sistem tertutup, yaitu sistem yang operasinya tidak mengalami perpindahan antara material, energi, atau informasi dengan lingkungannya.
- c. *Input*, yaitu sesuatu yang berasal dari lingkungan luar, dengan batasan-batasan masuk ke dalam sistem untuk suatu tujuan.
- d. *Output*, yaitu sesuatu yang berasal dari sistem yang kemudian masuk ke dalam lingkungan luar.
- e. Lingkungan, yaitu kelompok yang terdiri dari semua objek dalam batasan yang jelas dan mungkin berpengaruh atau dipengaruhi oleh sistem.
- f. *Throughput*, yaitu sesuatu yang melalui yang setelah mengalami perubahan atau modifikasi akan keluar dari sistem.
- g. Transformasi, yaitu perubahan input (seperti material, tenaga kerja, modal dan energi) menjadi *output* (biasanya produk dan jasa).
- h. *Konstrain* (pembatas), yaitu batasan yang terdapat dalam sistem (contoh adanya dinding yang tidak mungkin dipindahkan).
- i. *Feedback* (umpan balik), yaitu informasi relatif dari *output* proses ke sumber atau pengendali proses untuk penentuan langkah koreksi berdasarkan proses operasi sebelumnya.
- j. Kontrol, yaitu fungsi menunjukkan, mengarahkan, mengatur atau membatasi dengan langkah pengendalian yang ditentukan dari *feedback*.

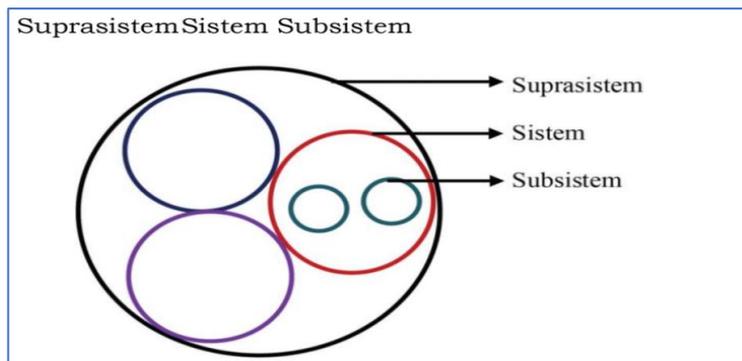
Menurut Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015) kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam masukan, proses, dan keluaran banyak macamnya. Dalam administrasi kesehatan, elemen tersebut dibedakan menurut jenis sistem, sebagai berikut:

- a. Sistem sebagai upaya menghasilkan pelayanan kesehatan  
Sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud dengan masukan, proses, dan keluaran sebagai berikut:
  - 1) Masukan adalah perangkat administrasi yang meliputi tenaga, dana, sarana, dan metode atau dikenal pula dengan istilah sumber, tata cara, dan kesanggupan.
  - 2) Proses adalah fungsi administrasi yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan penilaian.

- 3) Keluaran adalah layanan kesehatan yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat.
- b. Sistem sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan  
Sistem kesehatan dipandang sebagai suatu upaya untuk menyelesaikan masalah kesehatan, maka yang dimaksud dengan masukan, proses, dan keluaran sebagai berikut:
  - 1) Masukan adalah setiap masalah kesehatan yang ingin diselesaikan.
  - 2) Proses adalah perangkat administrasi yang meliputi tenaga, dana, sarana, dan metode atau dikenal pula sebagai sumber, tata cara, dan kesanggupan.
  - 3) Keluaran adalah kondisi teratasinya masalah kesehatan.

## B. Hubungan Sistem Dengan Subsistem dan Suprasistem

Menurut Herminsih (2022) berdasarkan penjelasan ciri sistem, suatu sistem yang utuh dapat dibentuk dari sistem yang lebih kecil. Sederhananya bahwa setiap elemen yang ada dalam sistem merupakan sistem yang saling bergantung dan saling memengaruhi, suatu sistem yang memiliki tingkatan yang digambarkan pada Gambar di bawah ini.



Gambar di atas mengilustrasikan bahwa suatu sistem akan menjadi subsistem atau suprasistem didasarkan pada posisinya. Melihat suatu perspektif dari suatu sistem terkecil atau elemen terkecil, maka sistem disebut sebagai subsistem. Sementara itu, jika dilihat dari perspektif yang lebih luas atau lebih besar, maka sistem disebut sebagai suatu suprasistem. Subsistem merupakan bagian kecil atau elemen yang membangun suatu sistem.

Suprasistem merupakan bagian besar yang dibangun oleh suatu sistem. Untuk mempermudah memahami perbedaan tersebut, dianalogikan dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. Sistem merupakan hubungan antara unit pelayanan yang satu dengan unit pelayanan yang lainnya, namun setiap unit tersebut saling berhubungan dan tidak dapat dipisahkan agar tujuan dari pelayanan keperawatan atau pelayanan dapat tercapai melalui suatu kesatuan yang utuh. Unit yang dimaksud adalah setiap instalasi yang memberikan pelayanan yang berbeda-beda, seperti instalasi rawat inap, instalasi laboratorium dan radiologi, instalasi farmasi, hingga instalasi rekam medis.

Subsistem merupakan komponen dari unit pelayanan yang koheren dan agak independendari sistem yang lebih besarnya. Misalnya dalam unit instalasi rawat inap, pelayanan asuhan keperawatan merupakan suatu subsistem dalam pelayanan kesehatan di instalasi tersebut, sama juga dengan pelayanan medis dan asuhan farmasi. Masing-masing subsistem tersebut merupakan elemen yang lebih kecil dari sistem instalasi rawat inap dan tingkatannya lebih rendah dari sistem dalam unit instalasi rawat inap.

Suprasistem merupakan sistem yang mempunyai hubungan dan cakupan yang lebih luas dari sistem-sistem dalam pelayanan kesehatan. Suatu sistem menjadi bagian dari sistem lain yang lebih besar dan lebih tinggi tingkatannya, maka sistem yang lebih besar tersebut dikenal sebagai suprasistem. Contohnya jika unit-unit atau instalasi-instalasi yang ada di dalam rumah sakit disebut sebuah sistem, maka keseluruhan pelayanan kesehatan dan manajerial di rumah sakit berkedudukan sebagai suprasistemnya. Suprasistem ini menjadi bagian pengambil kebijakan dan penentu dalam pencapaian pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien agar mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien menjadi optimal.

## **C. Pendekatan Sistem**

### **1. Pengertian**

Menurut Kholil, Putri dan Listyarini (2014) suatu sistem terdiri dari elemen yang bisa berbentuk individu atau bagian-bagian yang terpisah, kemudian berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. Sistem selalu mencari keterpaduan antar bagian melalui pemahaman

yang utuh, maka perlu suatu kerangka pikir yang dikenal sebagai pendekatan sistem (*system approach*).

Menurut Maghfiroh dan Marimin (2013) Pendekatan sistem adalah suatu pendekatan analisa organisatoris yang menggunakan ciri-ciri sistem sebagai titik tolak. Manajemen sistem dapat diterapkan dengan memfokuskan kepada berbagai ciri dasar sistem yang perubahan dan gerakannya akan memengaruhi keberhasilan suatu sistem. Pendekatan sistem merupakan serangkaian langkah-langkah penyelesaian masalah yang memastikan bahwa masalah bisa dipahami, didapat solusi alternatif yang selanjutnya akan dipertimbangkan dan menjadi solusi yang dipilih untuk dikerjakan.

### **1. Tahap dan Langkah Pendekatan Sistem**

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) beberapa tahap dan langkah dari pendekatan sistem, sebagai berikut:

#### **a. Usaha Persiapan**

Mempersiapkan manajer untuk menyelesaikan masalah atau menyediakan orientasi sistem, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Memandang perusahaan sebagai suatu sistem, menggunakan model sistem umum perusahaan.
- 2) Mengenali sistem lingkungan, menempatkan perusahaan sebagai suatu sistem dalam lingkungannya.
- 3) Mengidentifikasi subsistem perusahaan, subsistem sebagai bentuk area-area fungsional, tingkat-tingkat manajemen sebagai subsistem, arus sumber daya sebagai dasar membagi perusahaan menjadi subsistem.

#### **b. Langkah Identifikasi Masalah**

Kegiatan identifikasi masalah (suatu masalah ada atau akan ada), memahami masalah (mempelajari untuk mencari solusi) dan pemicu masalah (sinyal umpan balik yang menunjukkan hal-hal lebih baik atau buruk). Langkah-langkahnya sebagai berikut:

- 1) Bergerak dari tingkat sistem ke subsistem  
Tiap tingkatan manajemen adalah suatu subsistem. Dilakukan oleh seorang manajer mempelajari posisi sistem dihubungkan dengan lingkungan, menganalisis sistem menurut subsistem-subsistem.
- 2) Menganalisis bagian sistem dalam urutan tertentu.

Pada saat memelajari tiap tingkat *system*, elemen-elemen sistem dianalisis secara berurutan:

- a) Mengevaluasi standar: Standar harus sah, *realistic*, dimengerti, dan terukur.
- b) Membandingkan *output* sistem dengan standar.
- c) Mengevaluasi manajemen.
- d) Mengevaluasi pemrosesan informasi.
- e) Mengevaluasi *input* dan sumber daya *input*.
- f) Mengevaluasi proses transformasi.
- g) Mengevaluasi sumber daya *output*.

c. Usaha Solusi

Dengan langkah-langkah:

- 1) Mengidentifikasi solusi alternatif.
- 2) Manajer harus mengidentifikasi bermacam-macam cara untuk menyelesaikan permasalahan yang sama. Mengevaluasi solusi alternatif atau mempertimbangkan kerugian dan keuntungan dari setiap alternatif.
- 3) Memilih solusi terbaik atau mengambil satu alternatif.
- 4) Menerapkan solusi terbaik.
- 5) Membuat tindak lanjut untuk memastikan bahwa solusi itu efektif. Manajer harus memastikan solusi mencapai kinerja yang direncanakan.

## D. Manusia sebagai Sistem

Menurut Mubarak, Indrawati, dan Susanto (2015) sistem terdiri atas unsur-unsur (komponen, elemen), subsistem, batasan, dan tujuan. Manusia sebagai sistem terdiri atas berbagai subsistem yang saling berhubungan secara terintegrasi untuk membentuk satu kesatuan sistem (sistem total). Manusia sebagai sistem meliputi komponen biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Manusia sebagai sistem terbagi terbagi menjadi dua jenis sebagai berikut:

1. Manusia sebagai sistem adaptif. Adaptasi adalah proses perubahan yang menyertai individu ketika berespons terhadap perubahan lingkungan yang dapat memengaruhi integritas maupun keutuhannya. Lingkungan yang dimaksud adalah keseluruhan kondisi sekitar yang memengaruhi perkembangan organisme atau

kelompok organisme. Menurut Roy (1976) perilaku adaptif merupakan perilaku individu secara utuh dalam beradaptasi dan menanggapi rangsang lingkungan.

2. Manusia sebagai sistem personal, interpersonal, dan sosial.

Menurut King (1976) ada tiga dinamika sistem interaksi dalam konsep manusia sebagai berikut.

- a. Sistem personal (individu). Pada sistem ini, perawat harus paham tentang konsep diri, persepsi, serta pertumbuhan dan perkembangan.
- b. Sistem interpersonal (kelompok). Pada sistem ini, perawat harus mengerti tentang konsep interaksi sosial serta memahami apa peranan perawat dalam sistem tersebut. Selain itu, perawat juga harus mampu berkomunikasi secara efektif.
- c. Sistem sosial (masyarakat). Dalam sistem sosial, perawat harus mengerti tentang konsep pengorganisasian kekuatan, otoritas, atau tindakan mandiri yang dapat perawat lakukan dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Selain itu perawat juga diharapkan mampu mengambil keputusan dengan cepat dan tepat.



## REFERENSI

- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work, 8th Ed.* St.Louis, Missouri : Elsevier Inc.  
<https://online.anyflip.com/ouuae/twdg/mobile/>
- Alligood, M.R. (2018). *Nursing Theorists and Their Work. 9th ed.* St. Louis, MO: Elsevier.
- Alligood. (2017). *Pakar Teori Keperawatan Dan Karya Mereka.* Elsevier: Singapore.
- Alligood. M.R. (2021). *Nursing Theorists and Their Work 10<sup>th</sup> Edition.* United States of America: Mosby
- Aini, N. (2018). *Teori Model Keperawatan beserta aplikasinya dalam keperawatan.* Malang: Universitas Muhammadiyah.
- Arora. (2015). *Definisi Teori Keperawatan.* Malang: Universitas Muhammadiyah.
- Asrudin, A. (2014). Thomas Kuhn dan Teori Hubungan Internasional: Realisme sebagai Paradigma. *Global South Review, Vol. 1, No. 2, 107-122.*  
<https://jurnal.ugm.ac.id/globalsouth/article/download/28830/17358> (Diakses tanggal 2 Januari 2023).
- Bruce, A., Rietze, L. & Lim, A. (2014). Understanding Philosophy in a Nurse' s World: What, Where and Why?, *2(3), pp.65–71.*
- Bahramnezhad, F., Shiri, M.and Asgari, P., (2015). *A Review of the Nursing Paradigm. (January), 5. (1):17–23.*
- Berman, A., Snyder, S., and Frandsen, G. (2016). *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing.* New Jersey: Pearson Education.
- Coughlin, M. B, dan Sethares, K. A. (2017). *Chronic sorrow in parents of children with a chronic illness or disability: An integrative literature review.* California: *Journal of Pediatric Nursing, 37. (5): 108-116.*
- Candra,IW., dan Epriliani,P. (2019). Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) menurunkan tingkat depresi pada pasien diabetes melitus. *Jurnal Gema Keperawatan,12 (2).85-95.*

<http://ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id/index.php/JGK/article/view/1031/361>

- Candra,IW., Sumirta,IN., dan Mustika,IW. (2021). Effect of Self-Hypnosis Therapy with Positive Self-Talk on Stress Levels of COVID-19 Mutual Cooperation Task Force. *International Journal of Health Sciences* 5, (3),441-448.<https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/1802/693>
- Candra,IW., Harini,IG A.,Lestari,A.S.,Gama.,I K., dan Wijaya.,D.G.S.A. (2022). The Effect of Assertive Behavior on Depression in Diabetes Mellitus Patients.*Eduvest-Journal of Universal Studies*.2 (9). 1776-1784. <https://eduvest.greenvest.co.id/index.php/edv/article/view/581/1188>
- Candra,IW., Harini,IG.A.,Sumirta.,IN.,Ruspawan.,I D.M.,Mertha, I M., Hartati, N N.,Surinati,I D.A.K., dan Suntari,NL.P.Y. (2023). The Effect of Positive Thinking on Depression Level in Diabetes Mellitus Patients. *Azerbaijan Medical Journal*.63, (1). 6845-6853. <https://www.azerbaijanmedicaljournal.com/article/the-effect-of-positive-thinking-on-depression-level-in-diabetes-mellitus-patients>
- Christensen, J. W. (2009). *Proses Keperawatan “Aplikasi Model Konseptual*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran (EGC).
- Daryaswanti, P. I., Rahmanti, A., Astutik, W., Pendet, N. M. D. P., Widyana, K. A. J., Artawan, I. K., Dewi, N. L. M. A., Putra, I. G. Y., Muryani, N. M. S., Krisnayani, N. M. W., Widayati, K., Kusumawati, H. (2023). *Teori Dalam Keperawatan*. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia. [https://books.google.co.id/books?id=zSquEAAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&pg=PA177&dq=C.+Kelebihan+Dan+Kekurangan+Teori+King&hl=id&source=newbks\\_fb&redir\\_esc=y#v=onepage&q=C.%20Kelebihan%20Dan%20Kekurangan%20Teori%20King&f=false](https://books.google.co.id/books?id=zSquEAAAQBAJ&newbks=0&printsec=frontcover&pg=PA177&dq=C.+Kelebihan+Dan+Kekurangan+Teori+King&hl=id&source=newbks_fb&redir_esc=y#v=onepage&q=C.%20Kelebihan%20Dan%20Kekurangan%20Teori%20King&f=false), (Diakses tanggal 23 Februari 2023)
- DeLaune. (2016). *Fundamentals of Nursing Standards & Practice, Second Edition*. USA: Delmar Thomson Learning, Inc.
- Dwiyanti, M., Fitriana, R. N., Listiowati, D., Murtoyo, E., & Prasetyaningtyas, V. H. (2015). *Keperawatan Holistik*. Repository.Akperkyjogja.Ac.Id, 150.
- Desmawati.(2019).*Teori Model Konseptual Keperawatan*.Jakarta:UPN Veteran Jakarta

- Egenes, K. J. (2017). *History of nursing. Issues and trends in nursing. Amerika: Essential knowledge for today and tomorrow*, 7, (2): 1-26.
- Elon, Y., Malinti, E., Sihombing, R. M., Rukmi, D. K., Tandilangi, A. A., Rahmi, U., Damayanti, D., Manalu, N. V., Koerniawan, D., Winahyu, K.M., Manurung, A., Shintya, A., Khusniyah, Z., Widodo, D., Jainurakhma, J., Mukarromah, I., & Rini, M. T. (2021). *Teori Dan Model Keperawatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.  
[https://books.google.com/books/about/Teori\\_dan\\_Model\\_Keperawatan.html?hl=id&id=C3g6EAAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/Teori_dan_Model_Keperawatan.html?hl=id&id=C3g6EAAAQBAJ), (Diakses Tanggal 23 Februari 2023)
- Frey, M.A., Sieloff C., dan Norris D.M. (2013). *Sistem Konseptual dan Teori Pencapaian Tujuan Raja: Masa Lalu, Sekarang, dan Masa Depan*. Nurs Sci Q.
- Gonzalo. (2021). *Definisi Keperawatan Transkultural*, Jakarta Timur: CV.Trans Info Media.
- Haris, A. (2016). *Era transisi keperawatan*. Makassar: Insani Nusantara Indonesia
- Huriati. (2017). *Teori Falsafah dan Keperawatan*. Gowa: Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Ike, H., Irennius, V., & Syahriani, U. (2018). Studi Kebijakan, Perencanaan, dan Pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja RS di Rumah Sakit Mitra Sejati Medan. *Jurnal Mutiara Kesehatan Masyarakat*,3,(2):113-124.
- Jackson, J. I. (2015). Nursing paradigms and theories: A primer. *Virginia Henderson Global Nursing erepository*. Retrieved from <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/338888>
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). (2022). *Pengertian Falsafah*. <https://kbbi.web.id/falsafah> (Diakses tanggal 2 Januari 2023).
- Kasron, S. dan Ohorella, U.B. (2016). *Teori Keperawatan dan Tokohnya*. Jakarta Timur: Trans Info Media.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI). (2017). *Pengertian Holistik*. <https://kbbi.web.id/holisme> (Di Akses tanggal 22 Februari 2023)

- Kolcaba. K. (003). *Comfort theory and practice*. New York: Springer Publisher.  
[https://books.google.co.id/books?id=nduGie\\_ouQkC&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=nduGie_ouQkC&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false)
- Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) *Kamus versi online/daring (dalam jaringan) (2023). Pengertian teori*. <https://kbbi.web.id/teori>.
- Kasron, S. dan Ohorella, U. (2016). *Teori Keperawatan dan Tokohnya*. Jakarta: Trans Info Media.
- Kozier, (2016). *Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Kholil, M., Putri, E. K., dan Listyarini, S. (2014). *Pendekatan Sistem*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.  
<https://pustaka.ut.ac.id/lib/pwkl4402-pendekatan-sistem/#tab-id-3>  
 (Diakses tanggal 31 Januari 2023).
- Kemenkes R.I. (2019). *Undang-Undang (UU) Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta, DKI Jakarta. Diakses pada 22 Januari 2023 ([https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/apa-yang-dimaksud-sehat-dan-bugar#:~:text=Sehat%3A%20adalah%20keadaan%20sehat%20baik,produktif%20secara%20sosial%20dan%20ekonomis](https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah/apa-yang-dimaksud-sehat-dan-bugar#:~:text=Sehat%3A%20adalah%20keadaan%20sehat%20baik,produktif%20secara%20sosial%20dan%20ekonomis))).
- Lestari, L., dan Ramadhaniyati. (2018). *Falsafah Dan Teori Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Lee, S. W. (2014). *Overview of Nursing Theory*. Oita University of Nursing and Health Sciences, 12(5), 58–67. [https://ci.nii.ac.jp/els/contents/cinii\\_20180228190509.pdf?id=ART0010350062](https://ci.nii.ac.jp/els/contents/cinii_20180228190509.pdf?id=ART0010350062) (Diakses pada 22 Februari 2023).
- Mustika, I.W., Candra, I.W., dan Suntari, N.L.P.Y. (2016). The Relationship Between The Level Of Spiritual And Self-Esteem on Depression towards Patients With Diabetes Mellitus. *International Research Journal of Engineering, IT & Scientific Research*. 2 (7). 125-133. <https://sloap.org/journals/index.php/irjeis/article/view/507/792>
- Marcelina, N.P.A., dan Candra, I.W. (2022). Pengaruh Yoga Pranayama Terhadap Tingkat Stres Pasien Diabetes Melitus tipe II. *Jurnal Gema Keperawatan*, 15.(2). 185-196. <https://ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id/index.php/JGK/article/view/1980/862>

- Majkusova, K., Jarosova, D. (2014). Falls Risk Factors in Acute-Care Setting: A Retropective Study. *Cenral Europran Journal of Nursing and Midwifely*. 5(2), pp.47-53
- Mcewan, M. & Wills, E. M. (2021). *Theoretical Basis for Nursing*, Lippincott Williams & Wilkins.
- McKenna, H. P., Pajnkihar, M., and 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.
- Muharni, S dan Christya,U.W.(2021). *Buku Ajar Falsafah dan Teori Keperawatan*. Surabaya: CV. Jakad Media Publishing
- Mundakir, S. K., Laksita, B. M. K., Yoga Firmansyah, A., dan Wihanda, A.R. (2018). *Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit*. (Laporan Penelitian,Universitas Muhammadiyah Surabaya,2018) Diakses dari [http://repository.um-surabaya.ac.id/5858/1/MUNDAKIR\\_\(57\)\\_pdf.pdf](http://repository.um-surabaya.ac.id/5858/1/MUNDAKIR_(57)_pdf.pdf)
- McFarland, M., & Wehbe-Alamah, H. (2018). *Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research, & Practice*. (4th edition). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Muharni, S dan Christya,U.W. (2021). *Buku Ajar Falsafah dan Teori Keperawatan*. Surabaya: CV. Jakad Media Publishing.
- Mubarak, W. I., Indrawati, L., dan Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maghfiroh, N., dan Marimin. (2013). *Aplikasi Teknik Pengambilan Keputusan dalam Manajemen Rantai Pasok*. Bogor: IPB Press.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Pardede, J.A. (2020). *Teori Dan Model Adaptasi Sister Calista Roy: Pendekatan Keperawatan*. Universitas Sari Mutiara Indonesia: Keperawatan. [https://www.researchgate.net/profile/JekAmidos/publication/347208243\\_Teori\\_Dan\\_Model\\_Adaptasi\\_Sister\\_Calista\\_Roy\\_Pendekatan\\_Keperawatan/links/5fdce78a45851553a0cde803/Teori-Dan-Model-Adaptasi-Sister-Calista-Roy-Pendekatan-Keperawatan.pdf](https://www.researchgate.net/profile/JekAmidos/publication/347208243_Teori_Dan_Model_Adaptasi_Sister_Calista_Roy_Pendekatan_Keperawatan/links/5fdce78a45851553a0cde803/Teori-Dan-Model-Adaptasi-Sister-Calista-Roy-Pendekatan-Keperawatan.pdf)
- Paramitha,P.D.G., Candra,IW., dan Harini,IG.A.(2019).Eye Movement Desensitization And Reprocessing Terhadap Tingkat Stres Pasien

- Diabetes Melitus. *Jurnal Gema Keperawatan*,12.(1).28-34.  
<http://ejournal.poltekkes-denpasar.ac.id/index.php/JGK/article/view/821/268>
- Peterson, S.J., and Bredow, T.S. (2019). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research and Practice*. New York: Wolters Kluwer Health.  
[https://books.google.com/books/about/Middle\\_Range\\_Theories.html?hl=id&id=lorCDwAAQBAJ](https://books.google.com/books/about/Middle_Range_Theories.html?hl=id&id=lorCDwAAQBAJ) (Diakses pada tanggal 24 Januari 2023).
- Priscilla, L. S. (2014). *Transcultural Nursing Education Strategies*. United States: Spinger Publishing Company
- Rokhayah, C. (2021). *Aplikai teori Human of Caringdari Jean Watson*. Monograf: Penguatan Teori Keperawatan dan Kebidanan dalam Melaksanakan Asuhan Kepada Pasien pada Masa Pandemic Covid-19. *Monograf*. Yogyakarta: The Journal Publishing.2(11).1-18. <http://thejournalish.com/ojs/index.php/books/article/view/217>
- Risnah. 2018. *Sejarah Teori dan Model Keperawatan*. Makassar: Pusaka Al Maida.
- Risnah dan Irwan, M. (2021). *Falsafah dan Teori Keperawatan dalam Integrasi Keilmuan*. Romangpolong, Samata, Kabupaten Gowa: Alauddin University Press
- Rofii, M. (2021). *Teori dan Falsafah Keperawatan*. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Kampus Undip Temblang Semarang.  
[http://eprints.undip.ac.id/83782/1/Teori\\_dan\\_Falsafah\\_Keperawatan\\_Muhamad\\_Rofii.pdf](http://eprints.undip.ac.id/83782/1/Teori_dan_Falsafah_Keperawatan_Muhamad_Rofii.pdf)
- Sudarta. (2015). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Pasien Menggunakan Pendekatan Teori Sister Calista Roy di RSUD Ulin Banjarmasin 01, No.1: 10-33*.  
<https://eprints.umbjm.ac.id/74/4/5.%20BAB%202.pdf>
- Smith, M. J, dan Liehr, P. R. (2018). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing Company. 225-253  
[https://books.google.co.id/books/about/Middle\\_Range\\_Theory\\_for\\_Nursing.html?hl=id&id=7iFW6dUS3jMC&output=html\\_text&redir\\_esc=y](https://books.google.co.id/books/about/Middle_Range_Theory_for_Nursing.html?hl=id&id=7iFW6dUS3jMC&output=html_text&redir_esc=y) (Diakses pada 24 Januari 2023).
- Susanita, N. (2019). *Penerapan Teori Keperawatan Imogene King dan Aplikasinya*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah

- Sumijatun. (2017). *Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional*. Jakarta: CV. Trans Info Media
- Smith, M. C. dan Parker, E. M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice. United States of America: Philadelphia*.
- Saini, N. K. dan Kalia, R. (2019). Levine's Conservation Model of Health. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 9(3) 466-468.  
[https://www.researchgate.net/publication/338256604\\_Levine's\\_Conservation\\_Model\\_of\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/338256604_Levine's_Conservation_Model_of_Health)
- Siokal. B, Patmawati., dan Sudarman. (2017). *Falsafah dan Teori dalam Keperawatan berdasarkan Kurikulum Terbaru AIPNI 2015* (1st ed.; M. Ari, Ed.). Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Thomas, J. E. (2017). Scholarly views on theory: Its nature, practical application, and relation to world view in business research. *International Journal of Business and Management*, 12, (19), 1-10.
- Tomey A. M., and Alligood M. R., (Eds.). (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby.
- Willis, D. G., and Sheehan, D. M. L. (2018). Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring. Dalam M. R. Alligood, *Nursing Theorists and Their Work* (9th ed., Vol. 7. St. Louis: Elsevier.
- Yenus E., Malinti E., Hukmi R.M. S. D. K., Rahmi A A T U., Damayanti D., Koerniawan N V M D., dan Winahyu K M. (2021). *Teori dan Model Keperawatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Zborowsky, T. (2014). The Legacy of Florence Environmental. Nightingale's Theory: Nursing Research Focusing on The Impact of Healthcare Environments. *Herd: Health Environments Research & Design Journal*, 7 (4), 19-34.  
<https://doi.org/10.1177/193758671400700404> (Di akses tanggal 26 Januari 2023).

## GLOSARIUM

***Anticipatory*** Tahap antisipatif dimulai selama kehamilan dan termasuk penyesuaian sosial dan psikologis awal terhadap kehamilan.

***Antophaty*** Gabungan teknik pengobatan alternatif tradisional/kuno dengan teknologi dan sains modern, yang tujuannya adalah menyembuhkan, bukan sekedar merawat.

***Antropologi*** Ilmu tentang manusia, khususnya membahas tentang asal-usul, aneka warna bentuk fisik, adat istiadat, dan kepercayaannya di masa lampau.

***Arkeologi*** Ilmu yang mengkaji kehidupan serta kebudayaan kuno lewat benda peninggalannya, seperti peralatan rumah tangga dan patung.

***Being With*** Tidak hanya hadir secara fisik, tetapi juga komunikasi dan berbagai perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama klien

***Doing For*** Bersama-sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien.

***Enablings*** Memberdayakan klien, memfasilitasi klien untuk melewati masa transisinya, memberi dukungan, memvalidasi perasaan dan memberikan umpan balik atau *feedback*.

***Etika*** Ilmu tentang apa yang baik dan apa yang buruk dan tentang hak dan kewajiban moral (akhlak).

***Falsafah*** Anggapan, gagasan, dan sikap batin yang paling dasar yang dimiliki oleh orang atau masyarakat, sebagai pandangan hidup.

***Fenomena empirik*** Sesuatu yang bisa dialami atau diamati melalui pancaindra. Fenomena abstrak adalah sesuatu yang tidak bisa diamati seperti harapan.

***Filosofi*** Pengetahuan dan penyelidikan dengan akal budi mengenai hakikat segala yang ada, sebab, asal, dan hukumnya.

**Holisme** Nama yang diberikan kepada keyakinan bahwa adalah semua terkait erat.

**Holistik** Semua, seluruh atau total.

**Humanisme** Cara berpikir bahwa konsep perikemanusiaan sebagai fokus dan satu-satunya tujuan.

**Integritas** Mutu, sifat, dan keadaan yang menggambarkan kesatuan yang utuh, sehingga memiliki potensi dan kemampuan memancarkan kewibawaan dan kejujuran.

**Keperawatan** Suatu pohon ilmu (*body of knowledge*) dan penerapan dari ilmu pengetahuan melalui praktik keperawatan.

**Knowing** Penghubung dari keyakinan keperawatan terhadap realita kehidupan.

**Leininger** Orang pertama yang melihat keperawatan dari sudut pandang kultural dan antropologi Sosial.

**Middle Range** Serangkaian ide atau gagasan yang saling berhubungan dan berfokus pada suatu dimensi terbatas.

**Moral** ajaran tentang baik buruk yang diterima umum mengenai perbuatan, sikap, kewajiban, dan sebagainya; akhlak; budi pekerti; susila.

**Nursing system** Teori ini menjelaskan hubungan antara perawat dengan pasien yang selalu dijaga untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien.

**Paradigma keperawatan** Suatu cara pandang yang mendasar atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan.

**Perubahan** Suatu proses yang berkelanjutan.

**Self-Care Deficit** Teori ini menjelaskan alasan individu membutuhkan perawatan diri dan layak untuk dibantu dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.

**Self-care** Fungsi pengaturan manusia yang harus dilakukan individu, dengan pertimbangan, melakukan sendiri atau harus dilakukan bagi mereka untuk mempertahankan hidup, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan.

***Self-Transcendence*** Transendensi diri berarti suatu gerak melampaui hal yang telah dicapai, suatu gerak dari yang kurang baik menjadi baik dan dari yang baik menjadi lebih baik.

**Sistem** Perangkat unsur yang secara teratur saling berkaitan sehingga membentuk suatu totalitas.

**Suprasistem** Bagian besar yang dibangun oleh suatu sistem.

***Well-Being*** Perasaan sehat secara menyeluruh baik fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual.

# INDEKS

---

## *C*

Culture · 16, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

---

## *F*

Falsafah · iv, v, 1, 158, 159, 160, 161, 162, 163

Filosofi · 6, 9, 12, 163

---

## *H*

Holisme · 129, 130, 164

Holistik · vii, 13, 91, 128, 129, 131, 132, 157, 158, 160, 164

Humanisme · 129, 130, 164

---

## *I*

Individu · 77, 102, 105, 109, 125

Intervensi · 30, 43, 94, 113, 117, 118

---

## *K*

Keperawatan · iv, v, vi, vii, viii, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 45,

46, 51, 64, 66, 67, 68, 71, 73, 77, 79, 81, 84, 85, 89, 95, 99, 100, 102, 103, 105, 108, 113, 117, 118, 124, 125, 126, 128, 129, 132, 141, 142, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 164, 168

Kesehatan · 4, 36, 42, 45, 51, 78, 93, 103, 109, 110, 118, 125, 129, 131, 153, 158, 159, 168

Klien · vii, 92, 95, 101

Komponen · v, viii, 7, 42, 147, 148

Konservasi · 122, 123

---

## *L*

Lingkungan · 4, 5, 24, 36, 37, 38, 39, 42, 64, 66, 78, 79, 92, 103, 110, 115, 118, 123, 125, 147, 149, 150, 155

---

## *M*

Middle Range · v, 17, 18, 19, 21, 22, 30, 31, 161, 164

---

## *P*

Paradigma · v, vi, vii, 2, 3, 8, 9, 10, 36, 42, 108, 117, 156, 164

Pasien · 42, 48, 67, 98, 102, 115,  
117, 118, 131, 159, 160, 161,  
168  
Perawat · vii, 1, 13, 14, 17, 23,  
27, 28, 32, 33, 36, 37, 42, 43,  
44, 48, 54, 64, 66, 67, 70, 79,  
81, 94, 100, 101, 113, 116,  
117, 118, 119, 120, 126, 131  
Perubahan · viii, 3, 27, 74, 110,  
111, 125, 134, 135, 136, 137,  
140, 141, 142, 143  
Praktik · 17, 51, 68, 89, 104,  
160, 168

---

## S

Sistem · viii, 64, 65, 73, 75, 76,  
78, 91, 92, 95, 96, 112, 145,  
146, 147, 148, 149, 150, 151,

152, 153, 154, 155, 158, 159,  
165

Subsistem · viii, 56, 151, 152

Suprasistem · viii, 151, 152, 165

---

## T

Teori · iv, v, vi, vii, viii, 2, 4, 6,  
7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16,  
17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26,  
28, 29, 30, 31, 37, 38, 39, 40,  
47, 48, 49, 55, 60, 62, 67, 68,  
69, 70, 71, 73, 79, 80, 81, 83,  
84, 85, 86, 87, 88, 89, 95, 96,  
98, 99, 100, 105, 108, 110,  
112, 113, 114, 116, 118, 120,  
126, 127, 137, 156, 157, 158,  
159, 160, 161, 162, 164

## TENTANG PENULIS



**I Wayan Candra** lahir di Desa Adat Apit Yeh, Manggis, Karangasem, Bali pada tanggal 8 oktober 1965. Setelah menyelesaikan Pendidikan menengah (SPK) melanjutkan ke Sekolah Guru Perawatan Soetopo Surabaya. Menyelesaikan Akademi Keperawatan di Surabaya dan Melanjutkan ke Strata satu Keperawatan dan Pendidikan profesi Ners. Menyelesaikan Pendidikan Strata 1 Psikologi Pendidikan dan Bimbingan. Melanjutkan ke Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada (UGM) pada program Psikologi Kesehatan dan tamat pada tahun 2003. Sejak tahun 2000 sudah menjadi dosen di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Denpasar. Sampai saat ini adalah dosen aktif dengan jabatan akademik Lektor Kepala memegang kelompok mata kuliah yang terkait dengan Keperawatan Jiwa di Poltekkes Kemenkes Denpasar. Buku yang telah diterbitkan diantaranya: *Pengembangan Kepribadian, Psikologi Landasan Keilmuan Praktik keperawatan jiwa, Stres Adaptasi dan Manajemen Stres Menuju Perilaku Sehat Mental dan Hidup Bahagia, serta Monograf Terapi Tertawa Menurunkan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Melitus-Suatu Upaya Turunkan Kadar Gula Darah.*

# FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Buku Falsafah dan Teori Keperawatan ini berisi berbagai hal yang terkait dengan prinsip falsafah, paradigma dan uraian berbagai teori keperawatan yang penting untuk di fahami dalam profesi keperawatan. Ditulis dengan Bahasa yang mudah dimengerti, praktis, dan teoritis disertai berbagai hasil penelitian yang telah dipublikasikan di Jurnal ilmiah Nasional maupun Internasional. Uraian isi buku ini memuat tentang: falsafah, Paradigma, dan Paradigma Keperawatan, Jenis/Tingkatan Teori Keperawatan, Teori Midle Range dalam Keperawatan. Selanjutnya diuraikan berbagai Teori Keperawatan dari Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea Elizabeth Orem, Calista Roy, Jean Watson, Imogene King, Madeleine Leininger, Betty Neuman, Peplau, Elizabeth Rogers, Kolcaba, dan Teori Keperawatan dari Levine. Konsep-teori tentang Keperawatan Holistik, dan Konsep Berubah dalam Keperawatan. Terakhir diuraikan mengenai Konsep Sistem dan Pendekatan Sistem. Buku ini dapat bermanfaat untuk dikuasai materinya guna meningkatkan profesionalisme Keperawatan dalam praktik dan atau pun dalam memberikan Asuhan Keperawatan di berbagai tatanan pelayanan Kesehatan.

Scan Me :



**MEGAPRESS**

Anggota IKAPI Nomor : 435/BA/2022

E-Mail : [press.megapress@gmail.com](mailto:press.megapress@gmail.com)

Office : Janati Park III Cluster Copernicus Blok D.07, Cibeuhi, Jatinangor  
Sumedang - Jawa Barat - Indonesia 45363

Telp : 0812 1208 8836

ISBN 978-623-8221-58-5



9

786238

221585