



DASAR KEPERAWATAN PROFESIONAL



Tubagus Erwin Nurdiansyah • Ani Nuraeni • Reni Devianti U
Ressa Andriyani Utami • Agustina Boru Gultom • Mukhamad Rajin
Masyita Haerianti • Angga Sugiarto • Angelia Friska Tendean
Aria Pranatha • Wahyudi • Annisa Nur Nazmi



DASAR KEPERAWATAN PROFESIONAL



UU 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 Perlindungan Pasal 26

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

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. 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 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).
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 a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Dasar Keperawatan Profesional

Tubagus Erwin Nurdiansyah, Ani Nuraeni, Reni Devianti U
Ressa Andriyani Utami, Agustina Boru Gultom, Mukhamad Rajin
Masyita Haerianti, Angga Sugiarto, Angelia Friska Tendean
Aria Pranatha, Wahyudi, Annisa Nur Nazmi



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Dasar Keperawatan Profesional

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Tubagus Erwin Nurdiansyah, Ani Nuraeni, Reni Devianti U
Ressa Andriyani Utami, Agustina Boru Gultom, Mukhamad Rajin
Masyita Haerianti, Angga Sugiarto, Angelia Friska Tendean
Aria Pranatha, Wahyudi, Annisa Nur Nazmi

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Tubagus Erwin Nurdiansyah., dkk.

Dasar Keperawatan Profesional

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv; 200 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-686-2

Cetakan 1, Januari 2023

- I. Dasar Keperawatan Profesional
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur tim penulis ucapkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan banyak anugerah, limpahan rahmat, dan keberkahan kepada seluruh akademisi keperawatan yang telah bekerja keras mencurahkan segala pengetahuan dan kemampuannya dalam menyelesaikan buku “Dasar Keperawatan Profesional”. Dengan buku ini diharapkan mampu menjadi tambahan referensi bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan profesional dan buku pegangan bagi mahasiswa saat praktik profesi serta praktisi keperawatan saat melakukan asuhan keperawatan.

Buku ini banyak mengulas tentang Dasar Keperawatan Profesional, antara lain :

- Bab 1 Konsep Dasar dan Sejarah Keperawatan
- Bab 2 Peran, Fungsi, dan Kompetensi Perawat
- Bab 3 Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan
- Bab 4 Profesi dan Keperawatan Profesional
- Bab 5 Teori dan Model Keperawatan
- Bab 6 Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia
- Bab 7 Konsep Manusia Sehat Sakit
- Bab 8 Evidence-Based Practice
- Bab 9 Standar Profesional Dalam Pelayanan Keperawatan
- Bab 10 Pelayanan Keperawatan
- Bab 11 Aspek Etik dan Legal Dalam Konteks Profesi Keperawatan
- Bab 12 Tren Keperawatan

Akhirnya, tim penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan hingga penerbitan buku ini. Tim penulis juga menyadari bahwa buku ini jauh dari sempurna, oleh karena itu segala masukan yang baik dan mendukung sangat diharapkan.

Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi setiap pembaca, khususnya dalam pengembangan dunia profesi keperawatan.

Tim Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Konsep Dasar dan Sejarah Keperawatan

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Konsep Dasar Keperawatan	2
1.2.1 Falsafah Keperawatan	2
1.2.2 Paradigma Keperawatan	3
1.3 Sejarah Perkembangan Keperawatan	4
1.3.1 Perkembangan Keperawatan di Dunia	4
1.3.2 Perkembangan Keperawatan di Indonesia	7

Bab 2 Peran, Fungsi, dan Kompetensi Perawat

2.1 Pendahuluan	9
2.2 Peran Perawat	10
2.3 Fungsi Perawat	15
2.4 Kompetensi Perawat	17

Bab 3 Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan

3.1 Pendahuluan	23
3.2 Komponen ilmu	25
3.3 Keperawatan Sebagai Ilmu	29

Bab 4 Profesi dan Keperawatan Profesional

4.1 Pendahuluan	35
4.2 Profesi Perawat	36
4.3 Keperawatan Profesional	43
4.3.1 Peran Perawat Profesional	43
4.3.2 Fungsi Perawat Profesional	46
4.3.3 Profil Perawat Profesional	47

Bab 5 Teori dan Model Keperawatan

5.1 Pendahuluan.....	49
5.2 Konsep Keperawatan	50
5.3 Teori Keperawatan	51
5.3.1 Teori Sistem	52
5.3.2 Teori Caring	57
5.3.3 Teori Pertumbuhan dan Perkembangan.....	61
5.4 Teori Keperawatan Konteks Lingkungan Florence Nightingale	66

Bab 6 Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia

6.1 Pendahuluan.....	69
6.2 Konsep Dasar Pertumbuhan dan Perkembangan	70
6.2.1 Prinsip – Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan	72
6.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan	73
6.3 Teori Perkembangan Manusia.....	75
6.3.1 Teori Perkembangan Biofisik	75
6.3.2 Teori Psikoanalisis/Psikososial.....	76
6.3.3 Teori Perkembangan Kognitif	82
6.4 Tahap-Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan	85
6.4.1 Kehidupan Intrauterin.....	85
6.4.2 Transisi Kehidupan Intrauterin – Ekstrauterin	87
6.4.3 Bayi Baru Lahir/Neonatal (Lahir – 28 hari)	88
6.3.4 Infant / Bayi (Usia 1 Bulan – 1 Tahun).....	90
6.3.5 Toddler / Balita (Usia 12 – 36 Bulan)	94
6.3.6 Preschoolers / Pra- Sekolah (Usia 3 – 5 Tahun).....	97
6.4.7 Anak Usia Sekolah (Usia 6 – 12 Tahun)	100

Bab 7 Konsep Manusia Sehat Sakit

7.1 Pendahuluan.....	105
7.2 Definisi Sehat.....	106
7.3 Faktor Memengaruhi Kesehatan dan Perilaku Hidup Sehat	107
7.4 Definisi Sakit.....	110
7.4.1 Faktor Mempengaruhi Sakit	111
7.4.2 Dampak Sakit.....	113
7.5 Model Konsep Sehat Sakit.....	114

Bab 8 Evidence-Based Practice

8.1 Pendahuluan.....	119
8.2 Langkah-Langkah Implementasi EBP.....	121
8.3 Kebutuhan Akan Praktik Berbasis Bukti.....	127

Bab 9 Standar Profesional Dalam Pelayanan Keperawatan

9.1 Pendahuluan.....	129
9.2 Standar Profesi Perawat	130
9.2.1 Standar Area Kompetensi	131
9.2.2 Standar Profesional Keperawatan	134
9.3 Standar Kinerja Profesional Keperawatan.....	137

Bab 10 Pelayanan Keperawatan

10.1 Pendahuluan.....	143
10.2 Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan	144
10.3 Kualitas/Mutu Pelayanan Keperawatan.....	146

Bab 11 Aspek Etik dan Legal Dalam Konteks Profesi Keperawatan

11.1 Pendahuluan.....	151
11.2 Legalisasi Praktik Keperawatan	152
11.3 Isi Prinsip Legal Dalam Keperawatan	153
11.4 Aspek Hukum Dalam Keperawatan	155
11.4.1 Batas Hukum Keperawatan	156
11.4.2 Perundang-Undangan Federal Praktik Keperawatan.....	158
11.4.3 Hukum Negara Bagian Tentang Praktik Keperawatan	159
11.4.4 Aturan Perdata dan Ketentuan Umum Dalam Praktik Keperawatan	160
11.5 Perlindungan Hukum Praktik Keperawatan.....	161
11.5.1 Pentingnya Undang-Undang Praktik Keperawatan.....	161
11.5.2 Perlindungan Hukum Dalam Praktik Keperawatan.....	162
11.5.3 Nursing Advocacy	163
11.6 Pengambilan Keputusan Legal Etis	166
11.7 Pengertian, Tugas, dan Tanggung Jawab Perawat.....	168

Bab 12 Tren Keperawatan

12.1 Pendahuluan.....	171
12.2 Tren Keperawatan di Masa Yang Akan Datang	173
12.2.1 Pergeseran Sosial, Budaya, dan Ekonomi Masyarakat.....	173
12.2.2 Perkembangan IPTEK	175

12.2.3 Globalisasi Dalam Keperawatan	178
12.2.4 Tuntutan Profesi Keperawatan	179
12.2.5 Nursing Research.....	181
Daftar Pustaka	185
Biodata Penulis	195

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Area Kompetensi Perawat.....	17
Gambar 4.1: Pendidikan Keperawatan Menentukan Profesionalisme Perawat...	40
Gambar 4.2: Aspek Kredensial Perawat	40
Gambar 5.1: Contoh Interaksi Sistem	52
Gambar 5.2: Komponen Utama Sistem Terbuka Dari Neuman's Model....	55
Gambar 7.1: Dimensi Manusia.....	107
Gambar 7.2: Model Keyakinan Kesehatan.....	115
Gambar 7.3: Model Kebutuhan Dasar Manusia.....	116
Gambar 7.4: Model Peningkatan Kesehatan	118
Gambar 9.1: Area Kompetensi Perawat.....	131
Gambar 12.1: Mekanisme VR Mengubah Luaran Rasa Nyeri, Mulai Dari Gangguan Sederhana Hingga Pengembangan Keterampilan Melalui Interaksi.....	178
Gambar 12.2: Model EBP Menurut Joanna Briggs Institute (JBI).....	182

Daftar Tabel

Tabel 6.1: Perbedaan Pertumbuhan dan Perkembangan	71
Tabel 6.2: Prinsip-Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan.....	72
Tabel 6.3: Perkembangan Motorik Kasar dan Motorik Halus Pada Masa Bayi...	91

Bab 1

Konsep Dasar dan Sejarah Keperawatan

1.1 Pendahuluan

Ilmu keperawatan adalah bidang ilmu yang mempunyai tujuan untuk melakukan pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan berorientasi meningkatkan derajat kesehatan bagi masyarakat. Ilmu keperawatan ada sejak dahulu.

Perawat adalah seorang individu yang mempunyai kompetensi dan kewenangan melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan keilmuan yang dimilikinya, keilmuan tersebut dipelajari ketika menjalankan pendidikan keperawatan, pendidikan keperawatan dimulai pada jenjang Diploma III sampai dengan jenjang Doktoral.

Keperawatan merupakan sub sistem pada pelayanan kesehatan, memberikan sumbangsih nilai dan mutu dari pelayanan kesehatan. Tenaga keperawatan jumlahnya sangat banyak, bidang ilmu keperawatan mempunyai kontribusi signifikan terhadap bentuk pelayanan kesehatan dalam penyelesaian masalah kesehatan. Bidang ilmu keperawatan dalam memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan dengan memperhatikan kode etik keperawatan serta aspek legal etis dalam keperawatan dengan harapan asuhan keperawatan dapat

diterima dengan baik oleh klien, bidang ilmu keperawatan berkembang terus menerus sejalan dengan perkembangan IPTEK. Kemajuan keperawatan sejak zaman purbakala hingga zaman sekarang.

1.2 Konsep Dasar Keperawatan

1.2.1 Falsafah Keperawatan

Falsafah yakni suatu keyakinan seseorang terhadap nilai – nilai yang menjadi acuan untuk tercapainya tujuan dan digunakan sebagai rambu – rambu kehidupan. Falsafah merupakan penciri pada suatu kelompok atau organisasi. Merujuk pada uraian falsafah di atas, didefinisikan bahwa falsafah keperawatan adalah suatu pemahaman seorang perawat terhadap norma - norma keperawatan yang menjadi panduan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Pemahaman ini harus melekat pada setiap orang perawat.

Falsafah keperawatan terpatrasi secara dalam diri seorang perawat dan dijadikan sebagai acuan baginya untuk berperilaku, baik di tempat kerja di setiap tatanan pelayanan kesehatan. Falsafah keperawatan adalah “tanggung jawab” yang berada pada diri perawat. Dan bisa diibaratkan bahwa falsafah keperawatan merupakan “sukma jiwa” yang menjalankan diri setiap perawat. Dengan demikian, falsafah keperawatan merupakan panduan bagi perawat dalam menjalankan tugas dan perannya.

Berikut terdapat beberapa pandangan yang harus dipahami perawat dalam menyelenggarakan perawatan pada setiap tatanan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan aspek bio-psiko-sosio dan spiritual adalah sebagai berikut:

1. Manusia merupakan makhluk yang unik dan memiliki kebutuhan kompleks yaitu biologi, psikologi, sosial dan spiritual.
2. Keperawatan merupakan upaya dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan.
3. Tujuan asuhan keperawatan dapat diwujudkan dengan cara kolaborasi dari semua tenaga kesehatan yang ada pada setiap tatanan pelayanan kesehatan.
4. Perawat menyelenggarakan proses keperawatan secara komprehensif berdasarkan pemenuhan kebutuhan manusia.

5. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat, mempunyai peranan dalam menyelenggarakan pelayanan keperawatan.
6. Pendidikan keperawatan diselenggarakan secara berkelanjutan guna mencapai pelayanan asuhan keperawatan yang prima dan optimal.

1.2.2 Paradigma Keperawatan

Pengertian Paradigma Keperawatan

Definisi dari paradigma adalah segenap alat bantu memandu pola pikir dan cara pandang dalam upaya menyelesaikan suatu permasalahan. Pada bidang keperawatan, paradigma diartikan sebagai cara berpikir yang mendasar, menentukan, menuntun dan mengarahkan pada suatu tindakan yang tepat guna menyelesaikan permasalahan yang ada dalam pelayanan keperawatan.

Paradigma keperawatan didefinisikan sebagai cara pandang yang harus ada pada setiap individu perawat guna membantu menyelesaikan permasalahan kesehatan yang ada pada manusia, baik dalam kondisi sehat maupun kondisi sakit, yang berorientasi pada 4 konsep dasar yaitu manusia, kesehatan, keperawatan dan lingkungan.

Konsep Paradigma Keperawatan

1. Manusia

Manusia merupakan komponen utama dari pelayanan keperawatan, manusia merupakan objek yang akan menerima pelayanan keperawatan, baik secara individu, kelompok maupun masyarakat. Manusia juga merupakan makhluk yang unik yang harus diberikan asuhan secara komprehensif baik pada aspek psikologis, aspek sosial, aspek spiritual, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan bisa tepat sasaran dan optimal.

2. Keperawatan

Konsep ini yakni bentuk pelayanan asuhan keperawatan yang bersifat profesional dalam pelayanan kesehatan. Konsep ini memandang bahwa asuhan keperawatan diberikan kepada klien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dan meningkat. Secara umum tugas dari seorang perawat membantu individu ataupun keluarga dalam keadaan sakit menuju kondisi yang sehat secara menyeluruh.

3. Kesehatan

Paradigma sehat merupakan cara berpikir seseorang tentang kesehatan yang bersifat komprehensif, dengan menganggap masalah kesehatan sebagai suatu masalah kompleks yang dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berubah ubah dan melibatkan lintas sektoral, yang bertujuan untuk meningkatkan serta memelihara kondisi tubuh terhadap penyakit agar tetap sehat dan terhindar dari kondisi sakit. Paradigma tentang sehat dan sakit dapat berkembang menjadi suatu pemahaman tentang “terciptanya suatu kondisi fisik, psikologis, sosial dan spiritual seseorang yang bebas dari tanda dan keluhan dari masalah kesehatan, di mana seseorang dapat produktif dalam kehidupan sehari – hari.

4. Lingkungan

Paradigma keperawatan pada komponen lingkungan ini adalah memberikan kontribusi terhadap proses penyembuhan dan peningkatan derajat kesehatan pada masyarakat, dengan demikian seorang perawat dalam menyelenggarakan asuhan keperawatan dengan melihat secara utuh dari setiap manusia dan meminimalkan dampak yang dapat ditimbulkan dari proses asuhan keperawatan.

1.3 Sejarah Perkembangan Keperawatan

1.3.1 Perkembangan Keperawatan di Dunia

Pelayanan keperawatan sudah dilaksanakan sejak dahulu. Oleh karena itu perkembangan keperawatan sangat dipengaruhi sekali oleh perkembangan peradaban manusia, kemajuan ilmu dan teknologi serta pengaruh keagamaan serta nilai ekonomi.

Berikut ini gambaran perkembangan ilmu keperawatan di dunia:

Zaman Sebelum Masehi

Kebiasaan merawat dimulai dari naluri manusia, dimulai dari kelahiran seorang anak, dengan naluri seorang ibu, maka akan memperhatikan dan

menjaga anak tersebut dari segala mara bahaya, memenuhi segala kebutuhannya. Naluri merawat dari seorang ibu (mother instinct) itu merupakan cikal bakal keperawatan di dunia. Setiap manusia pada tahap ini menggunakan akal pikirannya untuk mewujudkan suatu kondisi yang aman serta nyaman dan terbebas dari segala sesuatu yang dapat merugikan.

Kepercayaan Animisme pada saat itu dipegang teguh, masyarakat masih percaya pada kekuatan gaib yang dapat memengaruhi kehidupan manusia. Mereka meyakini bahwa pengaruh gaib atau kekuatan alam dapat membuat sakitnya seseorang. Untuk proses penyembuhan bagi yang sakit maka roh jahat harus di hilangkan, para dukun berusaha mencari pengetahuan tentang roh dari sesuatu yang memengaruhi kesehatan orang yang sakit untuk proses penyembuhan.

Perkembangan selanjutnya yaitu keyakinan kepada dewa, pada saat itu dianggap kemarahan dewa yang menyebabkan manusia menjadi sakit. Dalam upaya penyembuhan terhadap seseorang yang sakit dilakukan pemujaan kepada para dewa - dewi di tempat khusus dengan nama kuil.

Zaman Sesudah Masehi

Pada masa ini keyakinan akan sakit disebabkan oleh perilaku yang menyebabkan dosa atau merupakan kemarahan dari Tuhan. Sehingga upaya pengobatan pada zaman ini, dilakukan dengan memanfaatkan sarana ibadah.

1. Zaman penyebaran agama Kristen

Pada masa perkembangan Agama Kristen. Ketika itu pula, keperawatan mengalami perkembangan yang sangat berarti. Ketika kekuasaan Lord Constantine, pada saat itu didirikan Xenodhoeum atau hospes yang merupakan sarana atau wahana orang sakit yang membutuhkan perawatan kesehatan. Monastic Hospital merupakan RS pertama berdiri di Kota Roma.

2. Zaman penyebaran agama Islam

Pada masa agama Islam mulai berkembang. Nabi Muhammad SAW sangat berhasil dalam menyebarkan Agama Islam pada masa itu dan sangat memberikan dampak terhadap dunia keperawatan, kemudian pada abad VII Masehi, ilmu pengetahuan tentang ilmu pasti, kimia, dan obat-obatan meroket naik perkembangannya di Jazirah Arab. Kala itu, merawat kebersihan diri, kebersihan lingkungan dan

kebersihan makanan menjadi suatu prinsip yang mendasar, hal tersebut dilakukan demi menjaga kesehatan diri dan keluarga.

3. Zaman kekuasaan

Pada awal abad XVI, orientasi dan struktur masyarakat bergeser paradigmanya. Berawal dari keyakinan kepada agama beralih kepada kekuasaan, seperti perang, pemanfaatan sumber daya alam, dan kolonialisme. Terjadi kemunduran dalam dunia keperawatan. Gereja dan tempat ibadah lainnya ditutup. Pada saat itu pertolongan untuk orang sakit terus meningkat, sedangkan tenaga perawat berkurang drastis. Akibatnya, banyak perawat saat itu merupakan perempuan bekas Tuna Susila.

Pada masa perang salib, keperawatan mulai berkembang lagi. Para korban perang perlu mendapatkan pertolongan, sangat diperlukan tenaga sebagai perawat saat itu. Sebagian dari anggota unsur keagamaan, ada juga istri yang ikut berperang bersama suaminya, dan tentara yang merangkap tugas sebagai tenaga kesehatan.

4. Perkembangan keperawatan di Inggris

Pada masa ini muncul tokoh keperawatan dunia yaitu Florence Nightingale, beliau merupakan sosok yang berpengaruh terhadap perkembangan ilmu keperawatan. Nightingale lahir di Florence Italia pada tahun 1820. Nightingale memperoleh pendidikan dengan baik, karena berasal dari keluarga yang berada dan kaya. Dia menempuh pendidikan perawat di Kaiserswerth (Italia) serta Liefdezusters (Paris) ketika berusia 31 tahun. Kemudian dia kembali ke Inggris.

Pada tahun 1854 di Rusia terjadi perang Krimea (Crimean War), terjadi perubahan yang signifikan dibidang keperawatan, pada masa itu seorang Nightingale mampu menghidupkan kembali pelayanan keperawatan terhadap korban – korban perang. Dia bersama dengan 38 orang perawat lain, dengan bahu membahu menciptakan kiat – kiat dalam melakukan asuhan keperawatan seperti halnya pelayanan di Rumah Sakit.

Kemudian pada tahun 1860 Nightingale menulis sebuah buku dengan tebal 136 halaman dan buku itu menjadi pedoman bagi sekolah yang telah didirikannya setelah kembali ke London dari perang yang

terjadi di Rusia serta pedoman bagi sekolah keperawatan yang lainnya. Tokoh masyarakat dunia memberikan apresiasi atas perjuangannya dalam mengembangkan dunia keperawatan. Hingga saat ini namanya dikenal sebagai tokoh keperawatan dunia atas kontribusinya.

1.3.2 Perkembangan Keperawatan di Indonesia

Perkembangan Sebelum Kemerdekaan

Ketika Belanda berkuasa, sebagian besar perawat merupakan pribumi dengan sebutan “velpleger” yang dibantu oleh “zieken oppaser” sebagai penjaga orang sakit. Gubernur Raffles pada tahun 1812 - 1816, mempunyai slogan “Kesehatan adalah milik manusia” dengan upaya yang telah dilakukan Raffles yaitu pencacaran umum, memperbaiki pelayanan kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa serta mengobati para tahanan.

Tahun 1819 berdirilah beberapa Rumah Sakit di Jakarta. Antara lain adalah RS Sadsverband di Glodok. Tahun 1919, RS Sadsverband direlokasi ke daerah Salemba yang merupakan cikal bakal RS. Cipto Mangunkusumo (RSCM) saat ini. RS swasta milik katolik protestan mulai didirikan pada kurun waktu tahun 1816-1942 seperti: RS PGI Cikini, Rumah Sakit Saint Bromeus Bandung, Rumah Sakit Elizabeth Semarang dan Rumah Sakit Saint Carolos Salemba Jakarta Pusat.

Pada tahun 1906 telah diselenggarakan pendidikan juru rawat dan bertempat di Rumah Sakit PGI dan pada tahun 1912 di RSCM. Akan tetapi pada tahun (1942-1945) Jepang datang ke Indonesia dan memberikan dampak kemunduran yang signifikan terhadap bidang keperawatan saat itu.

Perkembangan Setelah Kemerdekaan

Pada masa transisi pemerintahan NKRI tahun 1945 - 1950. Kemajuan keperawatan di Indonesia masih stagnan. Sistem pendidikan yang diterapkan menggunakan sistem pendidikan dari Belanda, yaitu sebagai perawat umum (untuk ijazah A) dan sebagai perawat jiwa (untuk ijazah B), maka perawat harus lulus pendidikan Belanda (MULO + 3 tahun pendidikan), serta pendidikan perawat dasar (SR + 4 tahun pendidikan) ketika selesai pendidikan disebut mantri juru rawat. Selanjutnya pada tahun 1953 didirikan sekolah pengatur rawat dengan tujuan meluluskan perawat yang profesional.

Sekolah Djuru Kesehatan (SDK) dibuka pada tahun 1955. Selanjutnya pada tahun 1962 telah dibuka Akper dengan syarat pendidikan minimal SMA dan kegiatan pendidikan dilaksanakan di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo. Pada saat itu dikenal dengan nama Akper Depkes.

Pada 17 April 1972 lahirlah organisasi profesi yang bernama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Jakarta. Pada saat itu PPNI belum banyak memberikan kontribusi dalam pembenahan pelayanan kesehatan, baru pada tahun 1983 PPNI terlibat penuh dalam upaya perbaikan kualitas bidang keperawatan melalui kerja sama dengan CHS, Departemen Kesehatan dan organisasi profesi lainnya.

Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) UI resmi berdiri tahun 1985, dengan dibukanya pendidikan Strata I Keperawatan ini menjadikan cikal bakal pendidikan tinggi profesional bidang keperawatan. PSIK-UI telah meluluskan tenaga keperawatan tingkat sarjana dan dikeluarkannya UU No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan dan mengakui tenaga keperawatan sebagai profesi.

PSIK di Universitas Padjajaran Bandung juga membuka pendidikan keperawatan pada tahun 1996. PSIK-UI berubah statusnya menjadi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 1997, dan selanjutnya tahun 1998 kurikulum pendidikan Ners dikeluarkan guna peningkatan kualitas lulusan keperawatan. Kemudian pada tahun 2000 D-III keperawatan telah menggunakan kurikulum yang telah dibenahi sampai dengan sekarang.

Bab 2

Peran, Fungsi, dan Kompetensi Perawat

2.1 Pendahuluan

Pelayanan keperawatan dalam Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Pelayanan keperawatan dilaksanakan oleh seorang perawat yang telah menempuh pendidikan tinggi keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan yang merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Pemberian asuhan keperawatan ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan.

Profesi perawat merupakan profesi yang berurusan dengan kehidupan dan bukan hanya dokumen, maka sangat ditekankan bagi perawat untuk memahami dan menyadari peran dan fungsinya untuk menghindari malpraktik dan efek yang tidak diinginkan dalam perawatan pasien. Karena itu, perawat harus mengetahui batasan mereka dan menyadari fungsi independen, dependen, dan kolaboratif mereka.

2.2 Peran Perawat

Peran adalah perilaku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam sebuah sistem. Peran perawat adalah perilaku atau tindakan perawat yang diharapkan oleh pasien sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab perawat. Perawat menjalankan berbagai peran pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, di mana peran tersebut sering dijalankan secara bersamaan.

Beberapa peran yang dijalankan perawat adalah sebagai berikut:

Pelaksana/Pemberi Asuhan Keperawatan

Sebagai perawat pelaksana atau pemberi asuhan keperawatan, perawat memberikan layanan keperawatan kepada pasien baik sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan melaksanakan asuhan keperawatan komprehensif meliputi biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

Pemberian asuhan keperawatan ini menggunakan metodologi keperawatan yang dikenal dengan proses keperawatan yang terdiri dari tahapan pengumpulan data pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, penyusunan rencana tindakan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan mulai dari kasus ringan sampai kasus berat sesuai dengan tingkat ketergantungan pasien.

Asuhan keperawatan dengan bantuan total diberikan pada pasien dengan tingkat ketergantungan total, pasien dengan tingkat ketergantungan sebagian memerlukan asuhan keperawatan dengan bantuan parsial dan asuhan keperawatan berupa perawatan suportif-edukatif diberikan kepada pasien yang memerlukan dukungan dan pengajaran untuk mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan yang optimal (Kozier et al., 2011).

Komunikator

Peran komunikator terintegrasi dalam semua peran, hal ini disebabkan karena ketika perawat menjalankan peran apapun maka akan menggunakan komunikasi. Saat memberikan asuhan keperawatan perawat akan berkomunikasi dengan berbagai pihak seperti klien dan keluarga, teman sejawat sesama perawat dan tenaga kesehatan lain (Putri, 2016).

Dalam menjalankan peran komunikator, perawat akan menentukan masalah klien lalu menyampaikan kepada tenaga kesehatan lain baik secara verbal maupun tertulis. Oleh karena itu perawat harus kompeten dalam berkomunikasi secara jelas dan tepat agar kebutuhan pelayanan kesehatan klien dapat terpenuhi (Kozier et al., 2011).

Edukator/Pendidik

Perawat pendidik membantu klien dalam meningkatkan wawasan dan pengetahuan sehingga dapat mengenal masalah kesehatan yang dialami, gejala penyakit, dampak penyakit dan tindakan yang perlu dilakukan untuk membantu proses pemulihan penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Peran ini juga membantu pasien belajar tentang cara pencegahan dan perawatan penyakit di rumah agar tidak mengalami kekambuhan.

Dalam menjalankan peran pendidik, perawat harus menyusun perencanaan pengajaran/ pendidikan, melaksanakan strategi pendidikan dan mengevaluasi hasil belajar. Strategi yang dilakukan perawat dalam penyusunan perencanaan pendidikan adalah melakukan pengkajian kebutuhan belajar dan kesiapan klien belajar, menetapkan prioritas pengajaran, menetapkan tujuan belajar, memilih dan menetapkan isi materi pembelajaran, memilih strategi belajar, memilih alat bantu mengajar dan membuat rencana evaluasi.

Perawat dapat menggunakan berbagai metode pengajaran seperti ceramah, diskusi tanya jawab, demonstrasi dan lain-lain sesuai dengan tujuan belajar yang telah ditetapkan. Keluarga sebagai sistem pendukung pasien perlu dilibatkan selama proses pendidikan/pengajaran karena keluarga yang akan membantu dalam melakukan perawatan di rumah dan memantau perubahan perilaku yang lebih sehat.

Peran pendidik tidak hanya dilakukan kepada pasien namun bisa juga dilakukan pada saat membimbing perawat dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah dan berbagi kepakaran dengan sesama perawat. Sebagai contoh seorang perawat primer telah mendapatkan pelatihan perawatan pasien di ICU

terkini, lalu perawat tersebut berbagi ilmu dari hasil pelatihan dengan mengajarkan kepada perawat pelaksana di ICU yang menjadi tanggung jawabnya.

Peran perawat pendidik tidak hanya dilakukan di institusi pelayanan kesehatan tetapi dapat dilakukan di institusi pendidikan. Seorang perawat pendidik di institusi pendidikan menjalankan perannya dengan mengajarkan ilmu dan teori keperawatan serta melatih berbagai keterampilan tindakan keperawatan dalam rangka menyiapkan sumber daya perawat.

Pembela dan Advokat Klien

Advokasi adalah kegiatan menginformasikan dan mendukung individu agar mampu mengambil keputusan bagi dirinya sendiri. Perawat sebagai advokat klien bertindak untuk membela hak-hak klien dan melindungi klien. Peran advokat dapat dilakukan perawat dengan cara menyampaikan keinginan pasien kepada dokter tentang informasi atau perkembangan penyakit yang ingin diketahui.

Selain itu perawat dapat menginformasikan kepada pasien tentang hak mereka, menyampaikan informasi yang klien perlukan untuk memutuskan tindakan berdasarkan informasi tersebut, membantu pasien dan keluarga untuk lebih memahami informasi sebelum menyatakan persetujuan tindakan yang akan dilakukan, memastikan pasien memperoleh hak-hak pasien seperti hak mendapatkan layanan terbaik, hak untuk mengetahui penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk memutuskan tindakan yang akan dilakukan dan hak atas kompensasi kelalaian yang terjadi.

Konselor

Perawat yang bertindak sebagai konselor melaksanakan kegiatan konseling yaitu suatu proses membantu klien untuk meningkatkan kesadaran diri dengan mengenali dan menghadapi masalah psikososial, membina hubungan baik dengan orang lain dan meningkatkan perkembangan diri. Dukungan emosional, intelektual dan psikologis diberikan perawat selama melakukan sesi konseling.

Proses konseling ditujukan kepada individu dalam kondisi sehat namun mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri, di mana fokus konseling tersebut menolong individu untuk mengembangkan sikap, perasaan, dan perilaku baru dengan cara memotivasi klien untuk menemukan alternatif perilaku baru,

memahami dan mengetahui pilihan alternatif yang tersedia dan mengembangkan rasa pengendalian diri (Kozier et al., 2011).

Agen Pengubah/Pembaharu

Perawat bertindak sebagai agen pengubah saat melakukan intervensi keperawatan berupa modifikasi perilaku. Perawat terlibat juga dalam proses pembaharuan sistem. Dalam menjalankan pekerjaannya, perawat selalu menghadapi perubahan di antaranya perubahan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, perubahan terapi pengobatan dan lain-lain.

Oleh karena itu sebagai peran pembaharu dituntut untuk melakukan suatu perubahan dengan menyusun rencana pembaharuan, kerja sama dengan tim kesehatan lain, dan melaksanakan perubahan atau pembaharuan secara sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

Pemimpin

Perawat profesional sering menjalani peran sebagai pemimpin dan manajer. Seorang manajer harus memiliki kemampuan memimpin dan seorang pemimpin sering kali mengatur, namun kedua peran ini berbeda. Seorang pemimpin harus mampu memengaruhi orang lain untuk bekerja sama untuk memenuhi tujuan tertentu, berwawasan luas, memiliki pengetahuan, mampu menyampaikan ide/pendapat secara jelas, mampu membina hubungan interpersonal yang baik dan mampu menjadi pendengar dan pembicara yang baik.

Selain itu seorang pemimpin memiliki kemauan dan kemampuan untuk melakukan suatu perubahan, memotivasi, memfasilitasi dan membimbing orang lain.

Manajer (Pengelola)

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam pengelolaan layanan keperawatan sesuai dengan konsep manajemen keperawatan. Sebagai perawat manajer maka perawat mengatur pemberian asuhan keperawatan, melakukan pendelegasian tindakan keperawatan kepada para staf dan perawat lain, dan memonitor serta mengukur pencapaian kinerja staf.

Kegiatan tersebut membutuhkan pengetahuan mengenai struktur dan dinamika organisasi, kewenangan dan tanggung jawab, kepemimpinan, teori perubahan, advokasi, delegasi, supervisi dan evaluasi. Selain penguasaan pengetahuan

seorang perawat manajer harus menguasai beberapa keterampilan dan kompetensi agar dapat menjadi seorang manajer yang efektif yaitu harus mampu berpikir kritis, berkomunikasi dengan baik, mengelola sumber daya secara efektif dan efisien, meningkatkan performa staf, membina dan mengelola tim, mengatasi konflik, mengelola waktu serta memulai dan mengatur perubahan (Kozier et al., 2011).

Manajer Kasus

Dalam peran manajer kasus, perawat mengkoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin untuk mengukur keefektifan rencana manajemen kasus dan memantau hasil pelayanan kesehatan, sambil mengelola tim yang memberikan perawatan kepada klien.

Sebagai manajer kasus, perawat melaksanakan kegiatan koordinasi dan pendelegasian tanggung jawab keperawatan.

Kolaborator

Seorang perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan membutuhkan pendekatan multidisiplin untuk meningkatkan pelayanan keperawatan sehingga membantu klien mencapai kesehatan yang lebih optimal (Dermawan, 2013).

Oleh sebab itu, perawat memerlukan tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain seperti dokter, fisioterapi, ahli gizi, petugas laboratorium dan lain-lain untuk menentukan pelayanan keperawatan yang dibutuhkan. Proses kolaborasi akan tercipta jika kemampuan profesional setiap tim kesehatan diterapkan untuk berkomunikasi, menyusun rencana, mengatasi masalah dan mengukur hasil pelayanan.

Dalam proses kolaborasi ini, perawat perlu melibatkan pasien dan keluarga sehingga mempermudah dalam pengambilan keputusan.

Peneliti

Perawat profesional bertanggung jawab untuk mengembangkan praktik keperawatan melalui penelitian. Oleh sebab itu, perawat harus mampu melaksanakan dan memanfaatkan hasil penelitian dalam praktik keperawatan. Perawat yang akan melakukan penelitian, perlu mengidentifikasi fenomena dan masalah penelitian, menggunakan prinsip dan metode penelitian, serta melaksanakan hasil penelitian dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan pendidikan keperawatan.

2.3 Fungsi Perawat

Fungsi adalah suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi perawat adalah suatu pekerjaan perawat yang dilakukan sesuai dengan perannya dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Fungsi perawat dalam praktik pelayanan keperawatan terbagi menjadi 3 yaitu:

Fungsi Independen

Perawat melaksanakan pemberian asuhan keperawatan secara mandiri bukan berdasarkan instruksi dari dokter atau tim kesehatan lain. Perawat melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan keputusan sendiri sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan, dalam hal ini perawat bertanggung jawab penuh terhadap akibat yang ditimbulkan dari tindakan yang diambil (Putri, 2016).

Tindakan keperawatan mandiri sebagian besar merupakan tindakan perawat dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, cinta mencintai, harga diri dan aktualisasi diri (Budiono, 2016).

Berikut akan diuraikan beberapa contoh tindakan perawat dalam menjalankan fungsi independen adalah:

1. melakukan pengkajian keperawatan kepada klien dan keluarga;
2. menganalisis masalah keperawatan berdasarkan hasil pengkajian;
3. mengidentifikasi tindakan keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah keperawatan;
4. mengukur tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu dan pernafasan;
5. mengajarkan nafas dalam dan batuk efektif;
6. mengatur posisi pasien;
7. memantau nyeri dan mengajarkan manajemen nyeri;
8. memantau *intake* output cairan;
9. membantu perawatan diri pasien: mandi, bab/bak, makan minum dan berpakaian;
10. memfasilitasi ambulasi dengan alat bantu;
11. melakukan pemantauan toleransi aktivitas;

12. memberikan edukasi program perawatan;
13. memberikan dukungan perkembangan spiritual.

Fungsi Dependen

Beberapa intervensi memerlukan instruksi dokter atau arahan dari profesional perawatan kesehatan lainnya sebelum tindakan tersebut dapat dilakukan oleh perawat. Tindakan keperawatan ini dikenal sebagai intervensi keperawatan dependen atau tindakan yang diprakarsai oleh dokter.

Makna lain dari fungsi dependen menurut Budiono (2016) adalah fungsi perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan pesan atau instruksi dari perawat lain, sebagai pendelegasian tugas yang diberikan dari perawat spesialis kepada perawat generalis, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana yang menjadi anggota tim.

Beberapa contoh tindakan perawat dalam menjalankan fungsi dependen berdasarkan instruksi dokter adalah:

1. Pemberian terapi obat.
2. Pengambilan sampel darah atau spesimen lainnya untuk pemeriksaan laboratorium.
3. Pemberian imunisasi/vaksin.
4. Pemasangan infus/ terapi cairan.
5. Pemasangan EKG.

Fungsi Interdependen

Fungsi interdependen merupakan bentuk kerja sama tim yang saling ketergantungan di antara perawat dengan tenaga kesehatan lain yang terlibat untuk mengatasi penyakit dan mengupayakan kesembuhan pasien.

Dalam menjalankan fungsi ini seorang perawat melakukan tindakan kolaborasi dengan tim kesehatan lain ketika memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus kompleks karena memerlukan pendekatan multi disiplin ilmu kesehatan lain untuk membantu proses penyembuhan. Fokus pelayanan kesehatan dalam tindakan kolaborasi adalah pasien dan setiap tenaga kesehatan yang terlibat berkewajiban untuk memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan bidang ilmunya (Putri, 2016).

Sebagai contoh seorang perawat yang sedang menangani ibu hamil yang menderita diabetes melitus maka perawat perlu melakukan kolaborasi dengan ahli gizi dan dokter. Ahli gizi berkontribusi untuk mengatur perencanaan kebutuhan makanan sesuai diet DM namun tetap dapat memenuhi kebutuhan gizi untuk janin, perawat mengajarkan diet sesuai dengan perencanaan ahli gizi, memantau kemampuan pasien dalam melaksanakan diet dan memantau *intake* makanan pasien. Sedangkan dokter berkontribusi dalam terapi pengobatan pada ibu hamil dengan diabetes melitus.

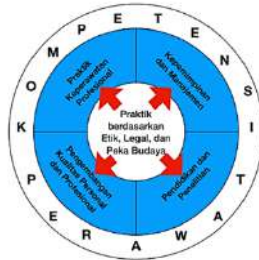
2.4 Kompetensi Perawat

Kompetensi adalah kemampuan seseorang yang dapat diamati meliputi pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja yang ditetapkan (Dermawan, 2013). Kompetensi perawat adalah kemampuan perawat untuk melakukan tindakan keperawatan yang terintegrasi antara pengetahuan, sikap, dan keterampilan baik soft skill maupun hard skill sesuai dengan kinerja perawat yang telah ditetapkan dalam standar profesi perawat.

Kerangka kompetensi perawat menurut Fadhillah et al., (2020) dikelompokkan menjadi 5 (lima) area kompetensi sesuai dengan 5 (lima) *domains of the ASEAN Nursing Common Core Competencies* yang diuraikan sebagai berikut:

1. Praktik berdasarkan etik, legal dan peka budaya.
2. Praktik keperawatan profesional.
3. Kepemimpinan dan manajemen.
4. Pendidikan dan penelitian.
5. Pengembangan kualitas personal dan profesional.

Area kompetensi perawat digambarkan secara jelas pada gambar 2.1 berikut ini:



Gambar 2.1: Area Kompetensi Perawat (Kemenkes RI, 2020)

Penjabaran Kompetensi perawat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat adalah sebagai berikut:

Area Praktik Keperawatan Berdasarkan Etik, Legal, dan Peka Budaya

Pada area kompetensi ini menuntut perawat untuk mampu melakukan praktik keperawatan berdasarkan praktik etik, legal, dan peka budaya, sehingga seorang perawat harus mampu melaksanakan praktik keperawatan berdasarkan etik dengan cara:

1. memahami konsep etik, norma, agama, budaya, hak asasi manusia dalam pelayanan keperawatan;
2. menghargai perbedaan latar belakang agama, budaya, dan sosial antara klien dengan perawat;
3. memprioritaskan kepentingan klien dalam pemberian pelayanan keperawatan;
4. menjaga hak privasi klien;
5. menjaga rahasia klien yang diperoleh karena hubungan terapeutik;
6. menjaga kesehatan diri perawat sehingga tidak berdampak kepada klien;
7. menghindari konflik kepentingan dengan klien dalam memberikan pelayanan kesehatan;
8. menunjukkan sikap empati dan kepedulian (caring) dalam pemberian pelayanan keperawatan;
9. menjaga dan membangun hubungan profesional sesama perawat dan dengan profesi lain untuk pelayanan keperawatan bermutu;
10. melindungi klien dari pelayanan kesehatan yang tidak bermutu;

11. berpartisipasi aktif dalam pengembangan keprofesian untuk menjaga kualitas pelayanan keperawatan.

Kompetensi perawat pada area ini juga menuntut perawat mampu melaksanakan praktik keperawatan berdasarkan legal dengan cara:

1. memahami ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan keperawatan;
2. melakukan praktik keperawatan profesional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan keperawatan;
3. menunjukkan sikap sadar hukum dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan.

Kompetensi berikutnya pada area ini yaitu diharapkan perawat mampu melaksanakan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya dengan cara:

1. menggunakan pendekatan budaya untuk meningkatkan mutu pemberian pelayanan keperawatan;
2. mendorong kemandirian masyarakat dengan basis budaya setempat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Area Praktik Keperawatan Profesional

Kompetensi perawat pada area ini menuntut perawat agar mampu melakukan praktik keperawatan secara profesional berdasarkan keilmuan keperawatan. Oleh karena itu perawat diharapkan mampu:

1. Menerapkan ilmu biomedik, ilmu humaniora, ilmu keperawatan, dan ilmu kesehatan masyarakat yang terkini untuk mengelola masalah keperawatan secara holistik, terpadu, dan kontinum meliputi:
 - a. Pelayanan promosi kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - b. Pencegahan masalah kesehatan umum dan khusus untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - c. Perumusan diagnosis keperawatan dan analisis masalah keperawatan sesuai dengan standar praktik keperawatan.

- d. Sebagai landasan untuk penyusunan rencana intervensi dan evaluasi hasil asuhan keperawatan.
 - e. Intervensi keperawatan sesuai masalah dan diagnosa keperawatan pada seluruh tatanan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, tersier, dan khusus.
 - f. Pelayanan pemulihan kesehatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat untuk tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik.
2. Memahami standar mutu yang digunakan dalam pelayanan keperawatan untuk melindungi klien dalam pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, meliputi:
 - a. Rumusan masukan, proses, dan luaran dalam pemberian pelayanan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - b. Mampu beradaptasi dengan ketersediaan sumber daya tanpa mengorbankan mutu pelayanan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

Area Kepemimpinan dan Manajemen

Pada area kompetensi ini diharapkan perawat mampu melakukan praktik kepemimpinan, manajemen asuhan keperawatan dan manajemen pelayanan keperawatan dengan menerapkan konsep kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan:

1. Asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
2. Program kesehatan komunitas untuk tujuan promosi dan pencegahan masalah kesehatan.
3. Fasilitas kesehatan untuk menunjang pelayanan keperawatan.
4. Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan finansial untuk pelayanan keperawatan bermutu.
5. Penyelenggaraan pelayanan keperawatan personal, kolaborasi, institusional yang efektif, efisien, akuntabel dan terjangkau.

6. Masalah-masalah kesehatan dan kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan dan keperawatan dengan perumusan masalah dan pemilihan prioritas intervensi yang efektif dan efisien.

Area Pendidikan dan Penelitian

Kompetensi ini menuntut perawat mampu melaksanakan praktik pendidikan dalam keperawatan dan penelitian dalam bidang keperawatan. Oleh karena itu seorang perawat harus mampu:

1. memahami peran dan fungsi pendidik klinik (preceptor) dalam pendidikan keperawatan;
2. memahami kebutuhan pendidikan dan keterampilan klinik dalam pendidikan keperawatan;
3. merancang dan melaksanakan penelitian sederhana dalam bidang keperawatan;
4. menerapkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Area Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional

Pada area kompetensi ini, perawat dituntut untuk mampu melakukan pengembangan kualitas praktik personal dan profesional dalam bidang keperawatan, sehingga diharapkan seorang perawat mampu:

1. menyadari kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi keperawatan melalui program pengembangan keprofesian berkelanjutan;
2. mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan untuk menunjang mutu pelayanan keperawatan.

Bab 3

Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan

3.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan salah satu keilmuan bidang kesehatan. Profesi perawat memberikan perawatan kesehatan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan terbaik. Sama seperti kebanyakan profesi lainnya, teori telah dikembangkan untuk memandu praktik asuhan keperawatan.

Selain teori-teori yang digunakan dalam asuhan keperawatan, peneliti keperawatan menjelaskan empat paradigma, yaitu pasien, perawat, lingkungan, dan kesehatan. Interaksi dari metaparadigma ini menyebabkan perkembangan keperawatan sebagai pekerjaan profesional. Metaparadigma juga diterapkan dalam penerapan asuhan keperawatan pribadi sehari-hari.

Beberapa definisi tentang keperawatan dijabarkan sebagai berikut:

1. Leininger (1995), menyatakan bahwa fokus dari ilmu keperawatan adalah perawatan pada manusia, kesehatan, serta komponen budaya.
2. Willis, Grace, & Roy, (2008), menjelaskan bahwa fokus dari ilmu keperawatan adalah memfasilitasi manusia dalam menentukan

makna, pilihan, peningkatan kualitas hidup serta proses penyembuhan .

3. Parse (1997), menjelaskan bahwa fokus inti dari keperawatan adalah manusia, lingkungan dan kesehatan.
4. Thorne et al., (1998), menjelaskan bahwa keperawatan adalah ilmu yang mempelajari tentang proses sehat dan sakit.

Praktik keperawatan berfungsi untuk memfasilitasi, memberikan dukungan serta membantu individu, keluarga, komunitas untuk meningkatkan, mempertahankan dan memulihkan kesehatan serta untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit dan dampak dari terjadinya penyakit. Praktik serta ilmu keperawatan diarahkan untuk kondisi menjadi sehat terciptanya kualitas hidup yang baik.

Ilmu keperawatan merupakan pengetahuan khusus bidang keperawatan yang bertujuan untuk memperluas pengetahuan tentang pengalaman manusia dan salah satu caranya adalah dengan pengembangan ilmu melalui penelitian (Fawcett, 2020).

Definisi Ilmu

Beberapa pengertian tentang ilmu dijelaskan sebagai berikut:

1. Hidayat (2010), menjelaskan bahwa ilmu pengetahuan yang menggambarkan hubungan sebab akibat dari sesuatu, dipelajari dengan menggunakan metodologi, dapat dipertanggungjawabkan, memiliki sifat yang universal, dapat dijabarkan atau dikomunikasikan. Suatu ilmu memiliki sifat kritis yaitu dapat dilakukan peninjauan kembali untuk mendapatkan kemanfaatan dan kesesuaian antara teori dan praktik (Irwan, 2020).
2. Thomas Kuhn mendefinisikan ilmu merupakan kumpulan kegiatan yang menghasilkan penemuan, baik hal tersebut menghasilkan penolakan maupun sesuatu yang dikembangkan.
3. Poespoprodjo menjelaskan bahwa ilmu merupakan proses yang berkesinambungan dalam melakukan perbaikan terhadap teori dan uji empiris.

Penjelasan di atas memberikan kesimpulan tentang ilmu sebagai berikut:

1. Tersusun secara sistematis.
2. Menggunakan metode tertentu.
3. Cara memperoleh ilmu dilakukan melalui studi, observasi dan penelitian (Masyhuri, 2019).

3.2 Komponen ilmu

A.J Bahm menjelaskan bahwa ilmu pengetahuan memiliki keterkaitan yang erat dengan permasalahan. Terdapatnya suatu masalah merupakan dasar berkembangnya suatu ilmu, sebab permasalahan tersebut membutuhkan pemecahan atau solusi.

Lebih lanjut, A.J Bahm menjelaskan bahwa suatu ilmu pengetahuan memiliki enam komponen yang dijabarkan sebagai berikut:

1. Masalah

Kegiatan yang memiliki nilai ilmiah yang berasal dari persoalan yang dinilai penting atau menarik perhatian. Suatu ilmu berasal dari ditemukannya suatu masalah dan kondisi ini terus berkembang hingga memunculkan upaya untuk melakukan pemecahan masalah. Ini kemudian akan berkembang menjadikan suatu ilmu.

2. Sikap

La Pierre menjelaskan bahwa sikap merupakan kecenderungan suatu perilaku, kesiapan untuk melakukan sesuatu, alasan untuk penyesuaian diri terhadap situasi sosial. Sikap merupakan respons yang terjadi akibat dari suatu kondisi sosial. Sikap menunjukkan kecenderungan seseorang untuk bereaksi dengan menggunakan cara tertentu terhadap stimulus (Azwar, 2015). Sikap keingintahuan terhadap sesuatu berperan terhadap berkembangnya suatu ilmu dan ilmu tersebut dapat digunakan untuk mengatasi masalah yang terjadi.

3. Metode

Cara yang dilakukan untuk mengatasi atau menyelesaikan masalah disebut sebagai metode. Cara yang dipergunakan untuk menghasilkan suatu ilmu hendaknya menggunakan metode ilmiah sehingga ilmu yang dihasilkan dapat dipertanggungjawabkan (Irwan, 2020). A.J Bahm menjelaskan lima langkah yang digunakan untuk menerapkan metode ilmiah, kelima langkah tersebut adalah:

- a. pemahaman terhadap masalah;
- b. melakukan pengujian terhadap masalah;
- c. membuat solusi;
- d. melakukan pengujian terhadap solusi;
- e. melakukan pemecahan masalah (Zainuddin, 2013).

4. Aktivitas

Aktivitas adalah segala kegiatan manusia yang terencana dan dilakukan untuk menghadapi persoalan atau masalah. Aktivitas ini berperan dalam menghasilkan suatu ilmu sebab manusia menggunakan kemampuan serta keterampilannya dalam mengatasi suatu masalah atau kondisi dan aktivitas tersebut dilaksanakan dengan bertanggung jawab dan didasari oleh prinsip moral.

5. Kesimpulan

Kesimpulan dilakukan untuk menilai sikap, metode serta aktivitas yang telah dilakukan. Kesimpulan dapat bersifat sementara, dan generasi berikutnya dapat mengembangkan ilmu pengetahuan tersebut.

6. Pengaruh

Ilmu pengetahuan dapat berdampak pada dua hal yaitu dampak pada teknologi dan terhadap peradaban manusia. Perkembangan teknologi yang demikian pesat saat ini merupakan dampak dari perkembangan ilmu pengetahuan (Irwan, 2020).

Sifat Ilmu

1. Memiliki objek

Objek merupakan suatu hal yang menjadi pusat atau fokus kajian ilmu. Objek yang menjadi fokus tersebut memiliki ciri yang spesifik

yang selanjutnya akan dibahas ataupun dikembangkan, misalnya ilmu biologi dan matematika.

2. Memiliki metode

Agar dapat dipertanggungjawabkan, suatu ilmu pengetahuan harus memiliki metode ilmiah dalam mempelajarinya. Dengan mengikuti metode ilmiah, suatu ilmu dapat dibuktikan dan diakui kebenarannya. Hasil pembuktian ilmu secara ilmiah tersebut akan berlaku hingga terdapat pembuktian baru yang dapat menggugurkan atau menentang ilmu tersebut.

3. Bersifat sistematis

Suatu ilmu hendaknya bersifat sistematis atau tersusun dari tingkatan yang sederhana hingga kompleks, dan memiliki hubungan antara satu dan komponen lainnya. Sifat sistematis ini berperan untuk memudahkan dalam memahami suatu ilmu pengetahuan.

4. Bersifat universal

Informasi yang dijelaskan dalam ilmu pengetahuan, hendaknya dapat berlaku secara umum dan digunakan dalam institusi pendidikan. Kemudahan dalam mempelajari suatu ilmu akan mendorong terbentuknya keragaman sehingga dapat berlaku secara umum atau universal.

5. Bersifat objektif

Ilmu pengetahuan bersifat objektif yang berarti bahwa informasi yang dijelaskan adalah suatu kejujuran yang berisi fakta yang sebenarnya, mempunyai data yang akurat, bukan merupakan prasangka serta tidak mengandung unsur yang berorientasi pada kepentingan pribadi atau kelompok.

6. Bersifat analitis

Ilmu pengetahuan dapat berisi informasi yang menyebutkan berbagai komponen, dan dapat menjelaskan keterkaitan atau hubungan antar komponen tersebut yang merupakan hasil dari analisis.

7. Bersifat Verifikatif

Ilmu pengetahuan memiliki sifat yang terbuka, artinya ilmu pengetahuan tersebut dapat memberikan ruang terhadap

kemungkinan munculnya suatu hasil yang baru jika ditemukan bukti yang mendukung.

Fungsi Ilmu

Asmadi (2009), menjelaskan tentang fungsi dari ilmu sebagai berikut:

1. Fungsi deskripsi
Suatu ilmu dapat memberikan gambaran informasi tentang berbagai komponen yang menjadi ruang lingkupnya. Inilah yang menyebabkan ilmu dapat diterima masyarakat secara umum.
2. Fungsi prediksi
Ilmu secara ilmiah dapat memprediksi suatu kejadian. Ilmu diperoleh melalui pengalaman dan hasil dari pelaksanaan uji coba sehingga hasilnya dirumuskan melalui kesimpulan. Kesimpulan akan digunakan sebagai pedoman yang menjelaskan suatu fenomena.
3. Fungsi kontrol
Informasi yang dijabarkan pada ilmu pengetahuan dapat digunakan sebagai pedoman untuk memprediksi suatu keadaan atau kondisi. Berbagai peristiwa dapat diprediksi dan dilakukan berbagai upaya untuk melakukan pencegahan atauantisipasi dari dampak negatif suatu peristiwa, inilah fungsi kontrol dari ilmu pengetahuan.
4. Fungsi eksplanasi
Ilmu dipergunakan untuk menjelaskan berbagai kondisi atau fenomena. Penjelasan dapat berupa suatu gejala alam dan berdasarkan informasi dari ilmu pengetahuan maka dapat dilakukan upaya terhadap pencegahan kondisi yang tidak diinginkan atau upaya untuk mengendalikan dampak negatif.
5. Fungsi pengembangan
Dinamisnya proses dalam pengembangan ilmu sehingga menghasilkan berbagai penemuan baru yang digunakan oleh manusia dalam menghadapi permasalahan yang ditemukan dan memberikan solusi dari permasalahan tersebut (Irwan, 2020).

3.3 Keperawatan Sebagai Ilmu

Ilmu pengetahuan saat ini berkembang dengan pesat, salah satu tandanya adalah munculnya disiplin ilmu yang baru. Munculnya disiplin ilmu memiliki dampak adalah hadirnya bidang pekerjaan atau profesi. Salah satu contohnya adalah ilmu yang mempelajari proses penyakit manusia serta pengobatannya menghadirkan profesi kedokteran.

Lalu bagaimana dengan keperawatan, apakah keperawatan juga memiliki disiplin ilmu?. Proses terbentuknya pengetahuan secara ilmiah dipengaruhi oleh mekanisme dalam memproses pengetahuan tersebut, mekanisme itu disebut sebagai metode ilmiah.

Ilmu keperawatan telah mengalami perkembangan yang pesat, dampaknya dapat dilihat pada pelayanan keperawatan. Perkembangan ilmu keperawatan seiring dengan kebutuhan masyarakat dan diikuti pula dengan perkembangan teknologi.

Ilmu keperawatan dibedakan menjadi tiga aspek yaitu:

1. aspek ontologi, ditinjau dari hal yang diketahuinya;
2. aspek epistemologi jika ditinjau dari cara perolehan serta penyusunannya;
3. aspek aksiologi jika ditinjau dari nilai yang terhubung.

Ditinjau dari aspek ontologi, dijelaskan bahwa suatu ilmu harus memiliki objek *forma* dan *materia*. Objek *materia* merupakan substansi dari suatu objek sedangkan objek *forma* adalah cara untuk menjelaskan substansi tersebut.

Secara epistemologi, ilmu keperawatan memiliki sifat:

1. Public knowledge
Ini bermakna bahwa ilmu keperawatan dapat dipelajari oleh setiap manusia, dapat dikomunikasikan atau dipublikasikan melalui secara informatif.
2. Objektif
Ini berarti bahwa ilmu keperawatan dapat menjelaskan suatu objek dan diinterpretasi dengan cara yang sama. Misalnya terdapat tiga

orang perawat melakukan pemasangan oksigen pada pasien, hasil yang dicapai akan sama yaitu memenuhi kebutuhan oksigen.

3. Abstrak

Ilmu keperawatan memberikan pelayanan kepada manusia yang memiliki kebutuhan dasar. Perawat memandang manusia secara holistik dan unik.

4. Konseptual

Ilmu keperawatan memiliki konsep dasar yang membangun ilmu keperawatan.

Sejumlah konsep teori keperawatan dikemukakan oleh beberapa ahli, di antaranya adalah:

1. Florence Nightingale (1859) menjelaskan tentang konsep terjadinya penyakit akibat kondisi yang tidak seimbang dan kondisi ini dapat pulih kembali. Manusia memiliki peranan untuk memberikan dukungan dalam mencapai pemulihan. Pendekatan keperawatan digunakan untuk mencapai pemulihan tersebut dengan memperhatikan faktor yang memengaruhinya. Di antara faktor tersebut adalah kondisi lingkungan serta faktor kebersihan.
2. Hildegard Peplau (1952), ia mengembangkan teori keperawatan psikodinamik. Teori ini menjelaskan bahwa keperawatan merupakan suatu proses interpersonal yang memiliki nilai terapeutik.
3. Faye Abdellah (1960), teorinya menjelaskan bahwa keperawatan merupakan pemberian pelayanan kepada individu, keluarga serta masyarakat yang berasas pada ilmu serta kiat keperawatan, ini meliputi sikap, faktor intelektual, dan keterampilan klinik kepada masyarakat yang membutuhkan pelayanan keperawatan baik dalam kondisi sehat maupun sakit.

Aksiologi, ilmu ditinjau dari cara menggunakan atau memanfaatkan pengetahuan secara ilmiah. Keperawatan ditinjau dari aspek aksiologi adalah bagaimana ilmu keperawatan ditinjau dari aspek kegunaan atau manfaatnya secara ilmiah. Suatu ilmu hendaknya memiliki kemanfaatan yang besar bagi seluruh manusia.

Dalam ilmu keperawatan, manusia dipandang sebagai fokus dalam memberikan pelayanan. Manusia dipandang sebagai makhluk yang terdiri dari komponen bio-psiko-sosial dan spiritual serta sebagai makhluk yang unik. Asuhan keperawatan diberikan dengan berdasarkan respon manusia terhadap tidak terpenuhinya kebutuhan dasar (Asmadi, 2013).

Florence Nightingale (1859) mengemukakan konsep bahwa keperawatan merupakan disiplin ilmu, dan disiplin ilmu tersebut merupakan hal yang terpisah dari ilmu medis atau kedokteran. Merujuk pada pandangan Florence Nightingale tersebut, beberapa pakar teori keperawatan melakukan kajian dan merumuskan bahwa keperawatan sebagai suatu konsep. Berdasarkan konsep tersebut maka di rumuskanlah bidang keilmuan maupun rumpun ilmu keperawatan (Nursalam dan Efendi F., 2012).

Asmadi (2009), menjelaskan bahwa sebagai suatu ilmu, keperawatan memiliki objek formal dan material. Objek formal keperawatan adalah memandang respon manusia terhadap masalah kesehatan yang dialaminya sehingga perawat berperan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia. Perawat memberikan bantuan dalam proses penyembuhan dan pemenuhan kebutuhan dasar dilakukan pada individu kelompok maupun masyarakat.

Keperawatan memiliki objek material yaitu memiliki teori yang disusun secara sistematis menggunakan metode yang ilmiah. Asuhan keperawatan difokuskan untuk membantu klien mencapai kondisi yang sehat serta memandang manusia sebagai makhluk yang unik dan holistik.

Pendidikan keperawatan memiliki *body of knowledge* dalam pengembangannya. Konsep keperawatan dikembangkan dengan berpedoman pada filosofi serta paradigma keperawatan (Nursalam dan Efendi F., 2012).

Mcintyre & Mcdonald (2013), menjelaskan bahwa filosofi keperawatan merupakan keyakinan perawat tentang nilai keperawatan sehingga ini akan digunakan untuk menunjang kemampuan perawat menerapkan teori keperawatan serta pelaksanaan praktik keperawatan.

Asmadi (2008), menjelaskan bahwa filosofi keperawatan menggambarkan hubungan yang holistik dengan berorientasi pelayanan pada klien yang sakit dan yang sehat (Lilis R. dan Ramadhaniyati, 2018).

Terdapat tiga unsur penting pada filosofi keperawatan yang mejadi keyakinan dan berpikir kritis, tiga unsur tersebut adalah humanisme, holisme dan care.

Dalam konsep ini diyakini bahwa manusia sebagai fokus atau pusat asuhan keperawatan.

Paradigma keperawatan merupakan cara memandang, berpikir, bersikap, memberi makna, dan melakukan tindakan terhadap berbagai kondisi atau fenomena keperawatan. Fawcett (2000), menjelaskan bahwa perkembangan profesional perawat dipengaruhi oleh persepsi perawat terhadap paradigma keperawatan.

Terdapat empat komponen utama pada paradigma keperawatan, yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Manusia dipandang memiliki sifat yang holistik serta humanis yang secara dinamis melakukan interaksi terhadap lingkungan internal dan eksternal, dan ini akan memberikan pengaruh pada kesehatannya.

Asuhan keperawatan merupakan tindakan yang mandiri dilakukan oleh perawat dalam membantu manusia untuk pemenuhan kebutuhan dasarnya, tindakan advokasi merupakan komponen yang termasuk dalam pemberian pelayanan ini. Lindberg (1990), menjelaskan bahwa asuhan keperawatan merupakan bagian dari ilmu kesehatan, dan seni merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari ilmu keperawatan.

Terdapat banyak konsep tentang keperawatan merupakan ilmu kesehatan yang menggambarkan tentang asuhan atau pelayanan keperawatan, diantaranya ditunjukkan dengan pendapat berikut:

1. Virginia Henderson (1966), menjelaskan bahwa fungsi unik dari perawat adalah membantu individu dalam kondisi sakit maupun sehat dalam melakukan atau berkontribusi terhadap kondisi sehat atau masa pemulihan ataupun saat menjelang kematian.
2. The National Council of State Boards of Nursing, (1982), menjelaskan bahwa praktik keperawatan merupakan pemberian bantuan terhadap individu, atau kelompok dalam menjaga atau mencapai kondisi kesehatan yang optimal dalam seluruh proses kehidupan dengan melalui pengkajian, menegakkan diagnosis, melakukan perencanaan dan implementasi dari asuhan dengan merujuk pada pencapaian tujuan, dan melakukan evaluasi dari respons terhadap asuhan dan tindakan yang diberikan.

3. American Nursing Association (ANA), (1980), menjelaskan bahwa keperawatan merupakan diagnosis dan tindakan dari respons manusia terhadap masalah kesehatan, baik aktual maupun potensial.

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa keperawatan merupakan suatu ilmu sebab memiliki lingkup keilmuan yang jelas termasuk pada fokus kegiatannya, memiliki sistematika yang jelas dalam mempelajari ilmu keperawatan (Nursalam dan Efendi F., 2012).

Ilmu keperawatan merupakan perpaduan dari kemampuan terhadap keterampilan, pengetahuan serta sikap. Saat ini model keperawatan berfokus pada pengembangan yang cepat terhadap penemuan ilmiah, dan teknologi keperawatan.

Berdasarkan kondisi tersebut maka pengalaman akademik serta klinik sangat diperlukan untuk dapat menjadi perawat yang kompeten. Perawat juga harus memiliki pengetahuan dan keterampilan berpikir kritis, pengambilan keputusan klinik serta praktik berbasis bukti. Perawat harus memahami bagaimana cara menggunakan keterampilan tersebut untuk menjalankan tugasnya secara optimal (Palos, 2014).

Ilmu keperawatan merupakan pengetahuan khusus dari profesi keperawatan yang dibangun melalui proses penelitian empiris, serta proses lainnya seperti kajian historis dan filosofi (Fawcett, 2020).

Bab 4

Profesi dan Keperawatan Profesional

4.1 Pendahuluan

Ilmu keperawatan merupakan salah satu bidang ilmu kesehatan yang sangat dinamis dan berkembang setiap harinya (Fattah, Tri Ilmiah & Hariyati, 2022). Sampai saat ini ilmu keperawatan terutama didasarkan pada teori biologi, medis dan ilmu sosial.

Pendekatan biomedis untuk praktik keperawatan, berfokus pada diagnosis dan pengobatan medis dan menyulitkan untuk mempelajari aspek-aspek minat khusus untuk pengembangan pengetahuan dan praktik keperawatan. Perkembangan model keperawatan pada abad terakhir telah membuat manusia lebih terlihat sebagai pusat perawatan.

Model-model ini mengusulkan fondasi baru untuk penjabaran teori keperawatan dari pendekatan manusia, dengan mempertimbangkan hubungan perawat-orang sebagai bagian dari pengetahuan profesi, hasil riset dan pandangan terbaru menunjukkan bahwa model profesional penting untuk keperawatan. Model Praktik sebagai pekerjaan atau sistem yang menjunjung tinggi dan mendefinisikan praktik profesional keperawatan dalam suatu organisasi (Fortman, 2020).

Idealnya model praktik profesional memberikan struktur praktik keperawatan yang konsisten dengan nilai-nilai profesional, menciptakan makna bagi perawat, dan menawarkan manfaat bagi perawat, pasien/ klien/ keluarga/ komunitas dan keluarga ini.

Model seperti itu membantu perawat merasa terhubung dengan nilai-nilai profesional mereka sendiri, melihat hubungan antara praktik mereka sendiri dan pekerjaan institusi, dan menampilkan kontribusi keperawatan terhadap perawatan kesehatan. Hasil bukti ilmiah melalui evaluasi model dibutuhkan untuk mempertahankan pertumbuhan dan pelaksanaan profesi keperawatan dan, dengan cara yang sama, berkontribusi pada pengakuan yang lebih besar tentang peran sosial perawat dan dampaknya terhadap kesehatan dan hasil pasien/ klien/ keluarga/ komunitas.

Literatur ilmiah menunjukkan bahwa pengembangan dan implementasi model praktik profesional keperawatan merupakan tantangan penting, yang, setelah tercapai, memberikan dasar untuk praktik profesional yang unggul. Suatu fakta mengungkapkan bahwa model praktik juga berkontribusi untuk meningkatkan profesionalisme perawat dalam menampilkan performa terbaik dalam keprofesian (Rojas-Rivera et al., 2022).

4.2 Profesi Perawat

Pengertian

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, profesi merupakan suatu pekerjaan yang memerlukan pelatihan dan penguasaan terhadap suatu pengetahuan khusus. Suatu profesi pada umumnya memiliki asosiasi profesi, kode etik, serta proses sertifikasi dan lisensi yang khusus untuk bidang profesi tersebut. Contoh profesi merupakan pada bidang hukum, kesehatan, keuangan, militer, teknik desainer, tenaga pendidik.

Seseorang yang berkompeten di suatu profesi tertentu, disebut profesional. Walau demikian, istilah profesional juga digunakan untuk suatu aktivitas yang menerima bayaran, sebagai lawan kata dari amatir. Contohnya merupakan perawat profesional menerima bayaran untuk asuhan keperawatan yang dilakukannya (Lai et al., 2022).

Karakteristik Profesi

Profesi merupakan pekerjaan, namun tidak semua pekerjaan merupakan profesi. Profesi memiliki karakteristik sendiri yang membedakannya dari pekerjaan lainnya.

Daftar karakteristik ini tidak memuat semua karakteristik yang pernah diterapkan pada profesi, juga tidak semua ciri ini berlaku dalam setiap profesi:

1. Keterampilan yang berdasar pada pengetahuan teoritis: Profesional diartikan memiliki pengetahuan teoritis yang ekstensif dan memiliki keterampilan sesuai teori yang dikuasai serta diterapkan dalam praktikum.
2. Asosiasi profesi
Profesi pada umumnya memiliki badan yang diorganisasi oleh para anggotanya, dengan tujuan untuk meningkatkan status para anggotanya. Organisasi profesi tersebut pada umumnya memiliki persyaratan khusus untuk menjadi bagian anggota. Organisasi profesi perawat merupakan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
3. Pendidikan
Suatu profesi yang prestisius pada umumnya memerlukan pendidikan yang lama dalam jenjang pendidikan tinggi.
4. Uji kompetensi
Sebelum memasuki organisasi profesional, pada umumnya ada persyaratan untuk lulus dari suatu tes secara nasional, baik secara teori maupun skill.
5. Pelatihan institusional
Syarat lainnya untuk mengikuti pelatihan institusional bagi calon profesional mendapatkan pengalaman praktis sebelum menjadi anggota penuh organisasi. Peningkatan keterampilan melalui pengembangan profesional juga diwajibkan.
6. Lisensi
Profesi menetapkan syarat pendaftaran dan proses sertifikasi sehingga hanya mereka yang memiliki lisensi bisa dianggap bisa dipercaya.

7. Otonomi kerja

Profesional cenderung mengendalikan kerja dan pengetahuan teoretis mereka agar terhindar adanya intervensi dari luar.

8. Kode etik

Organisasi profesi pada umumnya memiliki kode etik bagi para anggotanya dan prosedur pendisiplinan bagi mereka yang melanggar aturan.

9. Mengatur diri

Organisasi profesi harus bisa mengatur organisasinya sendiri tanpa campur tangan pemerintah. Profesional diatur oleh mereka yang lebih senior, praktisi yang dihormati, atau mereka yang berkualifikasi paling tinggi.

10. Layanan publik dan altruisme

Diperolehnya penghasilan dari kerja profesinya dapat dipertahankan selama berkaitan dengan kebutuhan publik, seperti layanan dokter berkontribusi terhadap kesehatan masyarakat.

11. Status dan imbalan yang tinggi

Profesi yang paling sukses akan meraih status yang tinggi, prestise, dan imbalan yang layak bagi para anggotanya. Hal tersebut bisa dianggap sebagai pengakuan terhadap layanan yang mereka berikan bagi masyarakat.

Pilar Profesi

Suatu profesi wajib memiliki 3 pilar pokok yakni:

1. Keahlian

Perawat harus memiliki keahlian sebagai perawat. Keahlian ini didapatkan di bangku Pendidikan dengan mendapatkan pengalaman belajar baik secara teori, laboratorium maupun klinik.

2. Pengetahuan

Pengetahuan secara teori didapatkan di studi perkuliahan secara formal. Maupun di luar perkuliahan secara non formal.

3. Persiapan akademik.

Pengembangan profesi dari akademik merupakan dengan mematangkan dan mengembangkan *body of knowledge* (batang tubuh pengetahuan) sehingga hal ini menjadi pembeda profesi keperawatan dengan profesi lainnya.

Perbedaan Profesi dan Pekerjaan

Perbedaan profesi dengan pekerjaan di antaranya merupakan:

1. Profesi merupakan suatu pekerjaan profesional yang memerlukan keahlian, sedangkan pekerjaan tidak memerlukan keahlian atau keterampilan khusus untuk bisa memulainya.
2. Profesi diatur oleh etika dan kode etik, sedangkan pekerjaan tidak diatur etika.
3. Profesi menghasilkan jasa bagi orang lain, sedangkan pekerjaan tidak.
4. Profesi memiliki aspek kredensial sementara pekerjaan tidak.
5. Profesi memiliki jenjang Pendidikan dan karir yang jelas, sedangkan pekerjaan tidak selalu.
6. Profesi memiliki *body of knowledge* sedangkan pekerjaan tidak, sehingga sering bersinggungan pada *gray area* dengan profesi lainnya.

Definisi Profesi Perawat

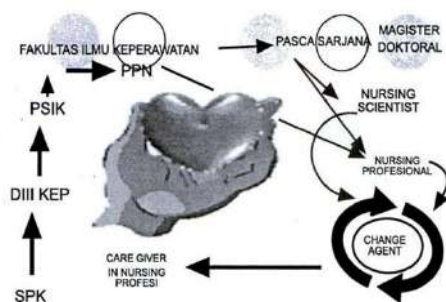
UU RI No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan mendefinisikan bahwa keperawatan merupakan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Sementara itu, perawat didefinisikan sebagai seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Sedangkan menurut International Council of Nurses (1965), perawat merupakan seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di Negara bersangkutan untuk memberikan

pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien/ klien/ keluarga/ komunitas.

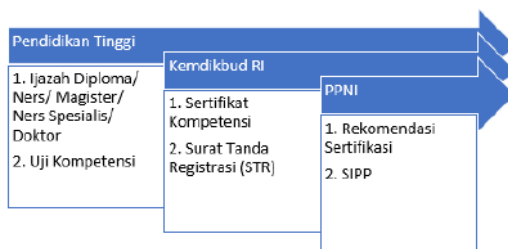
Profesi Perawat merupakan seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dan melindungi seseorang karena sakit, injury dan penuaan. Seorang perawat setidaknya berperan sebagai *care provider*, *manager and community leader*, *educator*, *advocate*, juga *researcher*. Perawat atau *nurse* berasal dari bahasa latin yaitu *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara.

Salah satu aspek terpenting dalam pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan ketersediaan sumber daya tenaga kesehatan yang baik. Perawat profesional sebagai tenaga kesehatan merupakan aspek penting dalam pembangunan kesehatan. Sama seperti dokter, perawat juga memiliki pendidikan spesialis. Setidaknya ada 5 jenis pendidikan spesialis keperawatan antara lain keperawatan anak, keperawatan jiwa, keperawatan komunitas, keperawatan maternitas dan keperawatan medikal bedah.



Gambar 4.1: Pendidikan Keperawatan Menentukan Profesionalisme Perawat

Seorang perawat profesional wajib melewati tahap Pendidikan formal dan mendapatkan lisensi sebagai aspek kredensial perawat.



Gambar 4.2: Aspek Kredensial Perawat

Peran dan Tanggung Jawab Perawat

1. Melakukan proses keperawatan dengan lengkap mulai dari melakukan pengkajian, analisis dan diagnosis keperawatan, Menyusun perencanaan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, melakukan evaluasi dan dokumentasi keperawatan.
2. Menjaga kondisi pasien/ klien/ keluarga/ komunitas, seperti menjaga kebersihan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas serta memenuhi kebutuhan dasar manusia lainnya sesuai dengan kebutuhan.
3. Merawat dan memenuhi kebutuhan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas, seperti membantu pasien/ klien/ keluarga/ komunitas makan baik secara normal maupun menggunakan alat bantu, sampai dengan mengerjakan Tindakan-tindakan yang memerlukan kompetensi tinggi.
4. Memastikan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas menjalankan pengobatannya dengan baik. Serta menjaga agar obat yang diminum sesuai dengan aturan minum, kadar dan dosisnya.
5. Menjaga kesehatan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas melalui *screening* rutin.
6. dan semangat untuk kesembuhan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas serta mengurangi kecemasan klien.

Keterampilan dan Pengetahuan Perawat

1. Kemampuan mengelola, merencanakan, melakukan dan menilai tindakan apa yang harus diberikan kepada pasien/ klien/ keluarga/ komunitas untuk mempercepat proses kesembuhannya.
2. Kemampuan memberikan edukasi kesehatan, gejala penyakit hingga tindakan yang akan diberikan kepada pasien/ klien/ keluarga/ komunitas.
3. Kemampuan meneliti, melakukan evaluasi, menilai dan mempertimbangkan efektivitas tindakan yang telah diberikan kepada pasien/ klien/ keluarga/ komunitas.
4. Kemampuan advokasi pasien, membantu pasien/ klien/ keluarga/ komunitas dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai

informasi kesehatan khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien/ klien/ keluarga/ komunitas. Juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien/ klien/ keluarga/ komunitas yang meliputi hak atas pelayanan, hak atas informasi penyakit dan hak atas privasi.

5. Kemampuan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan, sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas.
6. Memahami konsep manajemen secara keseluruhan, khususnya Manajemen Keperawatan.

Karakteristik Perawat

1. Kritis dan memiliki kemampuan analisis yang baik agar dapat mendiagnosis penyakit pasien/ klien/ keluarga/ komunitas secara cepat
2. Memiliki sensitivitas masalah supaya ia mampu mencegah dan mengantisipasi masalah kesehatan seorang pasien/ klien/ keluarga/ komunitas yang dapat timbul.
3. Orientasi melayani. Seorang perawat juga harus mengutamakan kesehatan dan keselamatan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas.
4. Memiliki kemampuan komunikasi yang baik agar ia dapat menjelaskan kondisi kesehatan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas dan tindakan yang akan ia lakukan secara sederhana dan mudah dimengerti.
5. Dapat bekerja sama dengan tim dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan perawatan kepada pasien/ klien/ keluarga/ komunitas.
6. Berpedoman pada nilai-nilai etik keperawatan dan standar keperawatan serta ilmu keperawatan.
7. Memiliki komitmen tinggi terhadap profesi dengan terus menambah ilmu melalui pendidikan formal atau nonformal.

4.3 Keperawatan Profesional

Keperawatan profesional dapat terbentuk melalui pendidikan yang tepat. Proses menghasilkan lulusan yang profesional diharapkan dapat mencetak lulusan yang menguasai pengetahuan, sikap dan keterampilan sesuai dengan tuntutan profesi. Sehingga masyarakat dapat membedakan bahwa keperawatan juga merupakan suatu profesi yang memberikan pemenuhan kebutuhan dasar manusia melalui caring (Chitty, 1997) dalam (Simamora, 2009)

4.3.1 Peran Perawat Profesional

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Peran merupakan bentuk dari perilaku yang diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu (Maia et al., 2022).

Pemberi Asuhan Keperawatan

Sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat membantu klien mendapatkan kembali kesehatannya melalui proses penyembuhan. Perawat memfokuskan asuhan pada kebutuhan kesehatan klien secara holistik, meliputi upaya untuk mengembalikan kesehatan emosi, spiritual dan sosial. Pemberi asuhan memberikan bantuan kepada klien dan keluarga klien dengan menggunakan energi dan waktu yang minimal.

Selain itu, dalam perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat memberikan perawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat dan sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatannya dilakukan dari yang sederhana sampai yang kompleks.

Pembuat Keputusan Klinis

Membuat keputusan klinis merupakan inti pada praktik keperawatan. Untuk memberikan perawatan yang efektif, perawat menggunakan keahliannya berpikir kritis melalui proses keperawatan. Sebelum mengambil tindakan keperawatan, baik dalam pengkajian kondisi klien, pemberian perawatan, dan

mengevaluasi hasil, perawat menyusun rencana tindakan dengan menetapkan pendekatan terbaik bagi klien.

Perawat membuat keputusan sendiri atau berkolaborasi dengan klien dan keluarga. Dalam setiap situasi seperti ini, perawat bekerja sama, dan berkonsultasi dengan pemberi perawatan kesehatan profesional lainnya.

Pelindung dan Advokat Klien

Sebagai pelindung, perawat membantu mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya kecelakaan serta melindungi klien dari kemungkinan efek yang tidak diinginkan dari suatu tindakan diagnostik atau pengobatan. Contoh dari peran perawat sebagai pelindung merupakan memastikan bahwa klien tidak memiliki alergi terhadap obat dan memberikan imunisasi melawat penyakit di komunitas.

Sedangkan peran perawat sebagai advokat, perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila dibutuhkan. Contohnya, perawat memberikan informasi tambahan bagi klien yang sedang berusaha untuk memutuskan tindakan yang terbaik baginya.

Selain itu, perawat juga melindungi hak-hak klien melalui cara-cara yang umum dengan menolak aturan atau tindakan yang mungkin membahayakan kesehatan klien atau menentang hak-hak klien. Peran ini juga dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien/ klien/ keluarga/ komunitas, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien/ klien/ keluarga/ komunitas yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

Manajer Kasus

Dalam perannya sebagai manajer kasus, perawat mengkoordinasi aktivitas anggota tim kesehatan lainnya, misalnya ahli gizi dan ahli terapi fisik, ketika mengatur kelompok yang memberikan perawatan pada klien. Berkembangnya model praktik memberikan perawat kesempatan untuk membuat pilihan jalur karir yang ingin ditempuhnya.

Dengan berbagai tempat kerja, perawat dapat memilih antara peran sebagai manajer asuhan keperawatan atau sebagai perawat asosiet yang melaksanakan keputusan manajer (Manthey, 1990). Sebagai manajer, perawat mengkoordinasikan dan mendelegasikan tanggung jawab asuhan dan mengawasi tenaga kesehatan lainnya.

Rehabilitator

Rehabilitasi merupakan proses di mana individu kembali ke tingkat fungsi maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya.

Sering kali klien mengalami gangguan fisik dan emosi yang mengubah kehidupan mereka. Disini, perawat berperan sebagai rehabilitator dengan membantu klien beradaptasi semaksimal mungkin dengan keadaan tersebut.

Pemberi Kenyamanan

Perawat klien sebagai seorang manusia, karena asuhan keperawatan harus ditujukan pada manusia secara utuh bukan sekedar fisiknya saja, maka memberikan kenyamanan dan dukungan emosi sering kali memberikan kekuatan bagi klien sebagai individu yang memiliki perasaan dan kebutuhan yang unik.

Dalam memberi kenyamanan, sebaiknya perawat membantu klien untuk mencapai tujuan yang terapeutik bukan memenuhi ketergantungan emosi dan fisiknya.

Komunikator

Keperawatan mencakup komunikasi dengan klien dan keluarga, antar sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi dan komunitas. Dalam memberikan perawatan yang efektif dan membuat keputusan dengan klien dan keluarga tidak mungkin dilakukan tanpa komunikasi yang jelas. Kualitas komunikasi merupakan faktor yang menentukan dalam memenuhi kebutuhan individu, keluarga dan komunitas.

Penyuluh

Sebagai penyuluh, perawat menjelaskan kepada klien konsep dan data-data tentang kesehatan, mendemonstrasikan prosedur seperti aktivitas perawatan diri, menilai apakah klien memahami hal-hal yang dijelaskan dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran. Perawat menggunakan metode

pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan klien serta melibatkan sumber-sumber yang lain misalnya keluarga dalam pengajaran yang direncanakannya.\

Kolaborator

Peran perawat di sini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang dibutuhkan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

Edukator

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Konsultan

Peran di sini merupakan sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau Tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

Pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

4.3.2 Fungsi Perawat Profesional

Perawat profesional ialah suatu pekerjaan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada. dalam menjalankan perannya, perawat akan melaksanakan berbagai fungsi di antaranya (Teresa-Morales et al., 2022):

Fungsi Independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, di mana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan

kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan dan kenyamanan, pemenuhan kebutuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri

Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini pada umumnya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang memiliki penyakit kompleks.

Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun lainnya, seperti dokter dalam memberikan tindakan pengobatan bekerja sama dengan perawat dalam pemantauan reaksi obat yang telah diberikan.

4.3.3 Profil Perawat Profesional

Seorang perawat yang profesional memiliki profil sebagai berikut (Kemenkes RI, 2020):

1. Profesionalisme, artinya mendalami dan memilih suatu profesi untuk sumber penghidupan karena merupakan pekerjaan atau job sehari-hari.
2. Profesionalisme mendorong seseorang untuk mengejar kesempurnaan hasil (perfect result), sehingga selalu ada tuntutan untuk meningkatkan mutu. Profesionalisme memerlukan kerja yang sungguh-sungguh dan teliti dengan memperbanyak pengalaman dan kebiasaan. Profesionalisme mengharuskan dilakukannya ketekunan dan ketabahan atas sifat tidak mudah puas atau putus asa sampai hasil tercapai.

3. Profesionalisme mengharuskan integritas tinggi yang tidak terpatahkan oleh keadaan terpaksa atau pengalihan keinginan lainnya seperti harta dan kenikmatan hidup. Profesionalisme memerlukan adanya keteguhan pikiran dan tingkah laku sehingga terjaga efektivitas kerja yang tinggi. Hal tersebut memperlihatkan bahwa tidaklah mudah menjadi seorang pelaksana profesi yang profesional, harus ada kriteria-kriteria tertentu yang dipenuhi.
4. Kompetensi profesional ada 4 kompetensi yang harus dimiliki untuk seorang profesional:
 - a. Kompetensi Spesialis - Kemampuan yang dibutuhkan agar memiliki kompetensi spesialis
 - b. Kompetensi Metodik - Kemampuan yang dibutuhkan terkait teknis dan metodologis suatu pekerjaan agar sistematis.
 - c. Kompetensi Individu - Kemampuan yang dibutuhkan agar memiliki kompetensi sosial agar memiliki kemampuan penalaran yang baik, skill praktikal yang baik.
 - d. Kompetensi Sosial - Kemampuan yang dibutuhkan untuk dapat berinteraksi dan menjalin *trust* dengan pasien/ klien/ keluarga/ komunitas, memahami berbagai permasalahan sosial serta solusinya, mampu bekerja dalam tim.

Bab 5

Teori dan Model Keperawatan

5.1 Pendahuluan

Pengetahuan keperawatan sudah berkembang sejak dulu kala dan akan mengalami perkembangan demi perkembangan melalui kehadiran ilmuwan di bidang keperawatan. Apa yang dihargai para ilmuwan tersebut akan mengarahkan dan memandu proses perkembangan pengetahuan di bidang keperawatan. Ilmu keperawatan berfokus secara luas pada pengembangan pengetahuan yang konsisten dengan tujuan utama dari disiplin ilmu tersebut (L.Chinn, Kramer and Kathleen Sitzman, 2022).

Perkembangan pengetahuan dalam keperawatan membawa batasan baru. Hal itu termasuk konsep, model dan teori keperawatan. Teori keperawatan mampu menyediakan kerangka kerja untuk kegiatan praktik dan dalam banyak pengaturan klinis telah digunakan dalam menilai kebutuhan pasien. Teori ini juga dapat menolong perawat untuk melakukan perawatan terhadap pasien, keluarga atau komunitas dan dapat berkontribusi untuk upaya pengamatan yang lebih baik dan pengenalan kebutuhan spesifik klien baik itu biologis, sosial atau psikologis.

Ilmuwan di bidang keperawatan telah membangun teori keperawatan mereka berdasarkan apa yang telah mereka alami ketika bekerja dengan pasien, keluarga atau masyarakat. Memahami elemen dasar dari sebuah teori dan

peran di dalamnya secara khusus di bidang keperawatan, serta mengambil pandangan mengenai aktivitas yang terjadi, dapat membantu mengembangkan tubuh pengetahuan yang dibutuhkan perawat untuk pekerjaan sehari-hari (McKenna, Pajnkihar and Fiona Murphy, 2014)

5.2 Konsep Keperawatan

Konsep dianggap sebagai dasar bersatunya bangunan suatu teori, merupakan pernyataan simbolis yang menggambarkan fenomena atau kelas fenomena. Konsep adalah gambaran mental, gagasan atau konstruksi dari suatu fenomena, objek atau tindakan (J.Peterson and Timothy S.Bredow, 2009).

Konsep dapat dibagi atas konsep yang bersifat abstrak dan juga yang bersifat konkret . Konsep abstrak dibangun secara mental bebas dari waktu atau tempat tertentu. Sedangkan konsep konkret dialami secara langsung dan berhubungan dengan waktu atau tempat tertentu (Martha Raile Alligood, 2022).

Contoh konsep abstrak di bidang keperawatan adalah termometer, posisi tidur dan contoh konsep konkret dari termometer adalah termometer axila, termometer rectal, posisi tidur semi fowler.

Model Keperawatan

Model dapat diartikan dengan berbagai makna. Model dapat berarti penyajian realita, alat untuk memahami fenomena yang ada, ide dengan simbol dan visualisasi fisik, pernyataan secara verbal atau simbol fisik. Namun di bidang ilmu keperawatan, model lebih ditekankan dalam batasan konseptual model.

Konseptual model berhubungan dengan konsep-konsep yang dihimpun karena adanya hubungan dengan suatu tema umum. Istilah kerangka konsep dapat digunakan untuk menggantikan istilah konseptual model. Konseptual model sebagai kerangka kerja, juga memberikan pandangan mengenai konsep-konsep yang berhubungan berkenaan dengan fenomena, namun strukturnya lebih longgar daripada teori (Cherry and Susan R.Jacob, 2017).

Empat konsep dasar yang termasuk dalam model keperawatan adalah keperawatan, manusia, kesehatan dan lingkungan. Berbagai model keperawatan mendefinisikan konsep secara berbeda, menghubungkan konsep dengan berbagai cara, menekankan secara berbeda hubungan antar konsep (Cherry and Susan R.Jacob, 2017).

Misalnya, model Dorothy Johnson menekankan model sistem perilaku, sedangkan model yang dikemukakan oleh Madeleine Leininger merupakan model asuhan transkultural. Komponen model keperawatan meliputi konsep manusia yang menerima pelayanan keperawatan, konsep lingkungan, konsep keperawatan dan konsep kesehatan. Setiap keberadaan model keperawatan dinyatakan dengan empat konsep tersebut.

Namun, penekanan untuk setiap model berbeda, demikian juga setiap jenis dari teori keperawatan dapat dijelaskan hubungannya antara konsep-konsep tersebut.

5.3 Teori Keperawatan

Di dalam dunia sehari-hari, ada berbagai cara individu dalam menggunakan istilah teori. Hal ini mengakibatkan teori dapat memiliki kemaknaan yang berbeda untuk individu yang berbeda. Namun secara umum teori dapat didefinisikan sebagai seperangkat konsep yang tertata dan jelas (dua atau lebih), definisi dan proposisi (dua atau lebih) dengan cara merangkum fenomena secara khusus yang memiliki tujuan dan bersifat sistematis. Proposisi harus menyatakan hubungan antara konsep-konsep yang terkandung di dalam teori itu (McKenna, Pajnkihar and Fiona Murphy, 2014).

Model dan teori dalam keperawatan sama-sama mengalami empat konsep dasar yaitu keperawatan, manusia, kesehatan dan lingkungan. Namun ada beberapa hal menyatakan model dan teori merupakan sesuatu yang berbeda. Dibandingkan dengan teori, model keperawatan terstruktur secara longgar, namun menyediakan kerangka untuk menjelaskan persepsi tertentu tentang fenomena di bidang keperawatan dan menempatkan ide atau gagasan khusus ke dalam kerangka yang bermakna untuk melihat fenomena tersebut (Sreevani Rentala, 2019).

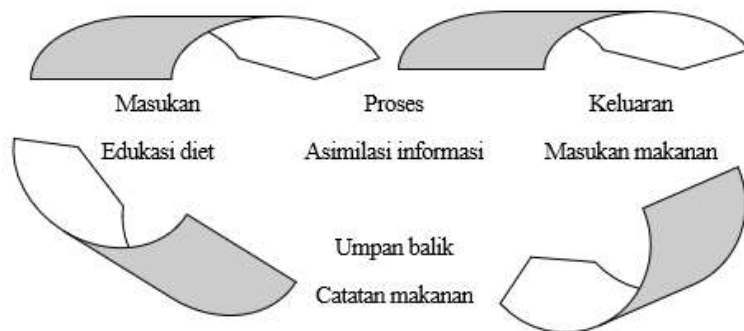
Teori memiliki hipotesis yang akan diuji oleh ilmuwan atau peneliti, bersifat sementara dan tunduk pada pengujian dan modifikasi lebih lanjut. Sedangkan model dapat dianggap sebagai upaya menjelaskan cara kerja sesuatu dari berbagai sumber informasi salah satunya berdasarkan teori penelitian. Sehingga, model dapat dikatakan berdasarkan teori, namun peneliti tidak akan menguji suatu model (E.Fortune, J.Reid and JR, 2013).

Beberapa teori model yang dikenal dalam ilmu keperawatan adalah teori sistem, teori caring, teori pertumbuhan/perkembangan, dan teori Florence Nightingale.

5.3.1 Teori Sistem

Teori sistem berhubungan dengan perubahan yang saling berinteraksi di antara faktor-faktor yang ada dalam satu situasi. Sistem didefinisikan sebagai keseluruhan bagian-bagian yang saling berhubungan, setiap bagian mempunyai fungsi dan sebagai totalitas sebuah sistem memiliki sebuah fungsi. Sistem diorganisasi ke dalam tingkat jenjang yang kompleks, ada sub sistem dan supra sistem.

Energi atau informasi memberikan masukan kepada sistem. Sistem mengubah masukan yang diterima dan diproses, hal ini dikenal sebagai keluaran yang berakibat pada reorganisasi dari masukan. Jadi, setiap sistem memodifikasi masukan secara simultan yaitu energi, informasi atau bahan-bahan yang diberikan kepada lingkungan sebagai keluaran. Ketika keluaran dikembalikan kepada sistem sebagai masukan, proses ini dikenali sebagai umpan balik (Hood, 2014).



Gambar 5.1: Contoh Interaksi Sistem

Dalam semua teori sistem, penekanan pada interaksi dari bagian-bagian dari bentuk sistem secara keseluruhan. Setiap bagian dapat dan sebaiknya dipelajari secara terpisah, tetapi secara fungsional adalah sangat penting hubungan bagian-bagiannya dan bahkan output atau hasil akhir.

Penggunaan teori sistem menuntun pada proses keperawatan, dalam mengkaji secara langsung hubungan semua variabel yang berdampak pada interaksi klien, lingkungan termasuk pengaruh dari perawat.

Karakteristik teori sistem dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sistem mencari posisi yang siap, dalam suatu posisi yang ekuilibrium, bagian-bagian dari sistem dalam keadaan seimbang.
2. Bagian-bagian dari sistem secara berkesinambungan saling berhubungan dan berinteraksi satu sama lain.
3. Setiap sistem mempunyai suatu batas, lebih jelas didefinisikan dalam beberapa kasus dibanding dengan yang lain.
4. Suatu sistem dapat dipengaruhi oleh stres yang mengenai keseluruhan sistem atau dari luar ke sistem tetapi melewati ambang batas.
5. Suatu sistem akan mengarahkan kepada suatu umpan balik dalam sistem menyebabkan perubahan di dalam keseimbangan. Hal ini mungkin hanya sementara atau membutuhkan perubahan yang permanen.
6. Sistem dapat digambarkan sebagai tertutup atau terbuka. Pada sistem tertutup, batas sistem adalah tegas dan tidak dapat dilewati. Pada sistem terbuka, batas sistem dapat dengan mudah dilewati atau dipengaruhi oleh *stimulus external*.

Model-model keperawatan yang didasarkan pada teori sistem, yaitu:

1. Dorothy Johnson Behavioral System's Model.
2. Betty Newman's Health Care System's Model.
3. Imogene King's system's Interaction Model.

Dorothy Johnson's Behavioral System Model

Esensi model sistem perilaku dari Johnsons adalah konsep bahwa makhluk hidup sebagai sistem perilaku diciptakan saling berhubungan dengan berbagai sub sistem. Individu berusaha mempertahankan keseimbangan tetapi interaksi lingkungan dapat menyebabkan instabilitas masalah kesehatan. Intervensi keperawatan bertujuan untuk membantu individu untuk mengembalikan keseimbangan.

Pada model ini, penekanan pada individu sebagai sistem perilaku yang diatur dan dikontrol oleh faktor biologis, psikologis dan sosiologis (Leddy and Pepper, 1993)

Sistem perilaku mempunyai 7 (tujuh) sub sistem yang saling memengaruhi, yaitu:

1. Attachment atau kasih sayang memberikan fungsi rasa aman dan membuat kemungkinan keeratan sosial, hubungan intim, bentuk dan pertahanan dari ikatan sosial yang kuat.
2. Dependency atau ketergantungan dimaksudkan di mana individu memerlukan pemeliharaan dan perhatian orang lain seperti bantuan dokter.
3. Ingestive atau perilaku makan memengaruhi fungsi yang luas dari kepuasan dan nafsu makan.
4. Eliminative atau eliminasi berhubungan dengan ekspresi produk sisa metabolisme tubuh.
5. Sexual dipengaruhi kultur, gender yang berhubungan dengan keturunan dan kepuasan individu.
6. Aggressive atau bersemangat berhubungan dengan aspek pencegahan dan perlindungan diri.
7. Achievement atau pencapaian adalah berupaya mengontrol aspek diri atau lingkungan.

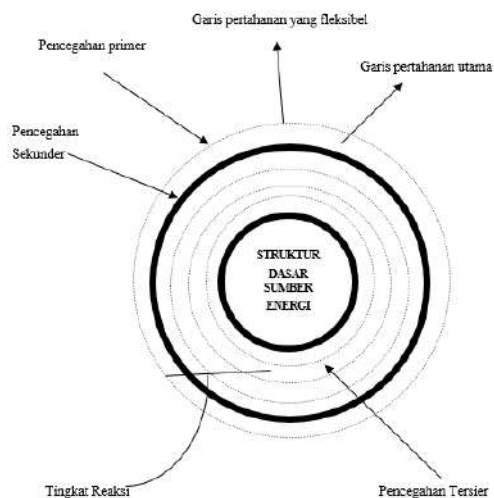
Keperawatan akan melakukan intervensi untuk mengembalikan, mempertahankan dan meningkatkan keseimbangan sistem perilaku dan stabilitas pada tingkat yang tertinggi dari individu.

Konsep utama model Dorothy Johnson:

1. Manusia berusaha untuk mempertahankan keseimbangan di antara sub sistem yang termasuk dalam sistem perilaku.
2. Kesehatan adalah keseimbangan sistem, sedangkan sakit adalah kurangnya keseimbangan antara sub sistem.
3. Lingkungan adalah masukan dari sumber-sumber di luar manusia.
4. Keperawatan adalah desakan eksternal untuk mengembalikan stabilitas sistem.

Betty Neuman's Health Care System Model

Komponen utama sistem terbuka dari Neuman's model adalah orang, stresor dan reaksi terhadap stresor. Model ini mengatur agar perawat mampu untuk mengintervensi secara tepat untuk memelihara/menjaga keseimbangan (Hood, 2014).



Gambar 5.2: Komponen Utama Sistem Terbuka Dari Neuman's Model

1. **Garis perlawanan**
Garis perlawanan gunanya untuk melindungi dan menjaga sumber energi dasar agar tetap stabil seperti pertahanan imun, perilaku koping atau mekanisme fisiologis.
2. **Garis pertahanan normal**
Garis pertahanan normal adalah relatif stabil, sebagian didapat melalui respons atau adaptasi terhadap pengalaman sebelumnya. Contohnya: seseorang terkena Campak di waktu lalu, kemudian memiliki imunitas untuk virus tersebut dapat melawan dan mengendalikan dimasa yang akan datang.
3. **Garis pertahanan fleksibel**
Garis pertahanan fleksibel adalah bervariasi dari hari ke hari, dapat dipengaruhi oleh jumlah istirahat, keadaan nutrisi, jumlah interaksi di waktu tertentu. Sebagai contoh, seorang ibu yang kelelahan

menunggu persalinan anak yang kedua mungkin akan kurang bersikap toleran dan mencari perhatian, berbeda dengan anak yang pertama. Variabel yang dapat memengaruhi garis pertahanan fleksibel ini mulai dari variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan sumber-sumber perkembangan.

Sepanjang daur kehidupan setiap individu sebagai subjek stresor akan melihat stimuli yang akan menghasilkan tegangan di antara sistem. Tegangan tersebut memiliki kemungkinan untuk menyebabkan ketidakseimbangan atau gangguan dalam harmonisasi dari individu dan membutuhkan tanggapan. Garis pertahanan tanggap terhadap stresor untuk mencegah stres mencapai sumber energi utama, jika hal ini sampai ada, maka hidup individu tersebut terancam.

Stresor dapat dibagi tiga kategori, yaitu:

1. Intra personal

Hal ini timbul di dalam diri individu. Contohnya adalah stresor berkaitan dengan penyakit, infeksi, atau trauma, respons kondisi pada kejadian kehidupan seperti berduka, atau perubahan perkembangan.

2. Inter personal

Hal ini timbul di antara satu atau lebih individu. Yang termasuk dalam kategori ini adalah kejadian-kejadian seperti konflik dalam rumah tangga, perubahan peran, ketergantungan.

3. Ekstra personal

Hal ini timbul di luar dari diri individu. Yang termasuk dalam kategori ini adalah keadaan yang miskin, penjaan, perubahan sistem pendidikan, perubahan budaya.

Secara luas tujuan yang didapatkan dalam model ini adalah kestabilan dalam sistem. Ada tiga tujuan dalam model ini yaitu mencegah mal adaptasi, memulihkan adaptasi dan mempertahankan/memelihara adaptasi.

Intervensi yang dilakukan untuk menempuh tujuan adalah dengan ...

1. Pencegahan primer

Pencegahan primer dilakukan jika stresor yang dicurigai atau dikenali sebelum suatu reaksi dengan sistem terjadi. Tujuan keperawatan

adalah mengurangi kemungkinan serangan dari stresor atau memperkuat garis pertahanan agar supaya suatu reaksi dapat dikurangi atau dihentikan. Contohnya adalah mengenai program imunisasi, pendidikan kesehatan, contohnya pendidikan kesehatan tentang teknik relaksasi.

2. Pencegahan sekunder

Hal ini timbul setelah suatu stresor melanggar garis pertahanan dan menimbulkan suatu reaksi. Tujuannya adalah membantu individu kembali ke status kesehatan yang normal atau pemulihan. Fokus intervensi adalah untuk memulihkan adaptasi dan stabilitas.

3. Pencegahan tersier

Intervensi umumnya dimulai sesudah tahap pengobatan. Tujuannya adalah membantu individu memelihara atau menstabilkan status kesehatan agar supaya menghindari kemungkinan terjadinya kekambuhan kembali. Beberapa intervensi adalah sangat mirip dengan intervensi pada pencegahan primer namun intervensi pada pencegahan tersier timbul setelah adanya reaksi dari suatu kejadian.

Konsep utama model Newman:

1. Manusia adalah sistem terbuka yang dipandang dalam kondisi seimbang dan harmonis, terdiri dari komposisi yaitu variabel fisiologis, psikologis, sosiokultural dan perkembangan yang digambarkan sebagai suatu kesatuan.
2. Kesehatan adalah keseimbangan yang dinamis dari garis pertahanan normal, sakit adalah reaksi terhadap stresor pada garis perlawanan.
3. Lingkungan adalah stresor eksternal dan internal dan faktor-faktor perlawanan.
4. Keperawatan adalah pengurangan stres melalui prevensi primer, sekunder, tersier.

5.3.2 Teori Caring

Caring sebagai jalan memelihara hubungan dengan nilai-nilai orang lain, satu individu merasakan satu individu lain terhadap komitmen dan tanggung jawab

(Jean Watson, 2008). Caring sebagai proses hubungan inter personal yang pokok bagi perawat untuk melakukan pelayanan keperawatan terhadap pasien atau klien.

Pelayanan keperawatan dengan caring adalah membantu, menolong dan melayani orang lain yang membutuhkan pelayanan atau kekhususannya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (Jean Watson, 2002).

Perilaku caring dapat dinyatakan sebagai suatu perasaan untuk memberikan keamanan, perubahan perilaku dan bekerja sesuai standar. Interaksi caring merupakan harapan dari penerima pelayanan kesehatan dalam proses keperawatan (Joanne R. Duffy, 2013).

Lima esensi dari caring adalah nilai-nilai inter personal dan keterkaitannya, pengalaman bersama-sama dengannya, tetap menjaga kepercayaan, peduli dan mencintai sesama, aktualisasi.

Model-model keperawatan yang didasarkan pada teori caring adalah:

1. Dorothy Orem's self care defisit model.
2. Jean Watson's human science and human care model.
3. Madeleine Leininger's transcultural care model.

Jean Watson's Science and Human Care Model

Model ini berkembang dari konsepnya mengenai "trans personal caring" sebagai moral ideal bagi perawat dengan suatu perhatian yang berkaitan dengan kemanusiaan, martabat dan kebebasan untuk diri sendiri. Watson's mengharapkan keperawatan adalah "memperhatikan lebih kepada diri sendiri mengenai makna, hubungan, konteks dan pola-pola.

Keperawatan mengandung hubungan trans personal antara individu ke individu yang berupaya untuk melindungi, meningkatkan, memelihara sikap kemanusiaan dengan membantu seseorang dalam menemukan pengetahuan diri, pengendalian diri, dan pemulihan diri, suatu rasa keharmonisan yang dalam dijaga tanpa mengabaikan keadaan dari luar atau eksternal (Leddy and Pepper, 1993).

Asumsi dasar ilmu caring adalah:

1. Caring dapat dilakukan dan dipraktikkan hanya secara interpersonal.
2. Caring terlaksana oleh faktor-faktor *carative* dengan hasil kepuasan terhadap kebutuhan manusia.

3. Caring yang efektif akan meningkatkan kesehatan dan perkembangan individu dan keluarga.
4. Tanggapan caring menerima seseorang bukan saja keadaan saat ini tapi kemungkinan akan seperti apa ia nanti.
5. Lingkungan yang bersifat “*caring*” menjanjikan perkembangan potensi dan memberikan keleluasaan memiliki kegiatan yang terbaik bagi diri seseorang dalam waktu yang telah ditentukan.
6. Caring lebih bersifat menyembuhkan atau dari pada pengobatan.
7. Praktik *caring* merupakan pusat keperawatan.

Konsep utama model Watson:

1. Manusia adalah makhluk yang terintegrasi dalam fisik, mental dan spiritual.
2. Lingkungan adalah sebuah sistem terbuka yang berkelanjutan bagi individu pada suatu tempat dan waktu.
3. Kesehatan adalah kesatuan dan keharmonisan antara pikiran, jiwa dan raga.
4. Sakit adalah ketidakharmonisan pikiran, jiwa dan raga.
5. Keperawatan adalah perawatan individu secara transpersonal dan transaksi perawatan untuk memulihkan keharmonisan diri.

Madeleine Leininger's Transcultural Care Model

Madeleine Leininger's mengembangkan teori keperawatan didasari oleh pemahaman tentang adanya keberagaman budaya dan universal (Culture Culture Care Diversity and Universality Theory). Dia meyakini bahwa *transcultural nursing care* mampu memberikan kemaknaan dan hasil kesehatan yang terapeutik serta pemulihan (M.Leininger and Marilyn R.McFarland, 2006).

Madeleine Leininger beranggapan bahwa sangatlah penting memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan kepada klien. Bila hal tersebut diabaikan oleh perawat, akan mengakibatkan terjadinya *cultural shock*. Hal ini didasarkan pengalamannya ketika dia sebagai perawat klinik spesialis anak dalam membantu perawatan anak di rumah.

Dari hasil observasinya, dia sadar bahwa anak-anak memiliki banyak keberagaman budaya. Anak-anak berbeda dari segi perilaku, kebutuhan, tanggapan serta harapan-harapannya. Orang tua dari anak-anak tersebut tanggap kepada anak-anak yang berbeda-beda, dan harapannya terhadap model perawatan dan pengobatan juga berbeda.

Realitas inilah yang dapat menyebabkan *cultural shock* apabila perawat tidak mempersiapkan perawatan untuk anak-anak dengan perbedaan budaya. Perawat akan merasa tidak berdaya untuk merawat anak-anak dan orang tuanya. Perawat memerlukan pemahaman budaya untuk menolong anak-anak. Madeleine Leininger mengembangkan *sunrise model* pada asuhan keperawatan berdasarkan keberagaman budaya dan universal.

Model tersebut menjabarkan asuhan keperawatan diberikan dengan memperhatikan aspek-aspek sebagai berikut (Rick Zoucha, 2005):

1. Cultural care preservation

Asuhan keperawatan berbasis budaya, merupakan tindakan profesional yang bersifat membantu, memfasilitasi atau memampukan dan membuat keputusan dalam rangka membantu individu, keluarga dan komunitas konteks budaya tertentu dalam mempertahankan nilai-nilai asuhan sehingga mereka dapat mempertahankan kesejahteraan, pulih dari penyakit, atau mampu menghadapi kecacatan atau kematian.

2. Cultural care accommodation

Asuhan pelayanan berbasis budaya, berupa tindakan profesional yang kreatif dalam membantu, memfasilitasi, atau memampukan dan membuat keputusan yang baik untuk membantu individu, keluarga dan atau komunitas dalam budaya tertentu dengan cara beradaptasi atau bertransaksi dengan orang lain untuk tujuan memperoleh hasil perawatan kesehatan yang memuaskan melalui asuhan yang profesional.

3. Cultural care repatterning

Asuhan penataan kembali berbasis budaya, dapat digambarkan sebagai tindakan dan keputusan dalam membantu, mendukung, memfasilitasi, memampukan dan membuat keputusan dalam rangka membantu individu, keluarga, dan atau komunitas dalam mengubah

atau memodifikasi perilakunya yang akan memengaruhi cara hidupnya dalam rangka menciptakan pola kesehatan baru dan berbeda.

Konsep utama model Leininger (Finkelman and Carole Kenner, 2010):

1. Manusia adalah individu, keluarga, kelompok, komunitas atau lembaga.
2. Lingkungan merupakan keseluruhan suatu peristiwa, situasi atau pengalaman yang memberi makna pada perwujudan, interpretasi, dan interaksi sosial manusia dalam segi fisik, ekologis, sosiopolitik, dan atau budaya.
3. Kesehatan merupakan keadaan sejahtera yang didefinisikan, dihargai, dan dipraktikkan secara budaya.
4. Keperawatan merupakan aktivitas yang diarahkan untuk membantu, mendukung, atau memungkinkan memenuhi kebutuhan klien dengan cara yang sesuai dengan nilai-nilai budaya, keyakinan, dan cara hidup klien sebagai penerima jasa keperawatan.

5.3.3 Teori Pertumbuhan dan Perkembangan

Teori pertumbuhan dan perkembangan berasumsi bahwa pertumbuhan yang linier atau perubahan dengan arah yang tidak dapat diubah dapat diramalkan, timbul dalam tingkatan atau tahap, dan maju ke arah suatu potensi yang maximum (Leddy and Pepper, 1993).

Pertumbuhan memerlukan perubahan yang terus menerus, yang melibatkan individu secara menyeluruh melalui pola-pola pembentukan atau organisasi dan aturan. Hal ini dikarenakan bahwa perubahan tidak ada timbul secara isolasi atau hanya satu bagian tetapi perubahan mengubah individu secara keseluruhan. Oleh karena itu, dalam penilaian pertumbuhan individu memerlukan semua aspek data mengenai individu tersebut.

Pertumbuhan adalah terus berlanjut dan tertata rapi dengan kecenderungan timbul dalam arah secara teratur. Sebagai contoh pertumbuhan motorik manusia dimulai dari kepala, kemudian ekstremitas, dan dari bagian tengah badan ke bagian perifer.

Sebagai hasilnya, seorang anak duduk sebelum berdiri dan dapat mengendalikan pergerakan bahu sebelum pergerakan jari. Meskipun pertumbuhan itu ada pola-polanya dan berlanjut, tidak selalu lancar dan berangsur-angsur. Berbagai aspek dari individu mengembangkan perbedaan dalam pertumbuhan ini.

Setiap individu bertumbuh dalam pola-pola yang unik, dipengaruhi oleh faktor intrinsik yaitu genetik, dan faktor ekstrinsik yaitu nutrisi, tanggapan emosional, umur.

Perkembangan berhubungan dengan perubahan fungsi yang biasanya kualitatif. Seperti pertumbuhan, beberapa faktor memengaruhi perkembangan, yaitu hubungan antara maturitas (biologis) versus pengaruh lingkungan.

Model-model keperawatan yang didasarkan pada teori pertumbuhan/perkembangan adalah:

1. Hildegard Peplau's interpersonal relations model
2. Martha Rogers's science of unitary human beings
3. Rosemarie Parse's human becoming model
4. Hildegard Peplau's interpersonal relations model

Teori Peplau berfokus pada proses hubungan interpersonal dan terapeutik yang berkembang antara perawat dan klien. Fokus interpersonal teori Peplau mensyaratkan bahwa perawat memperhatikan proses hubungan antar individu yang timbul antara perawat dan klien. Teori ini sangat kontras dengan banyak teori keperawatan lain yang berfokus hanya pada klien sebagai unit yang perlu diperhatikan (Cheryl Forchuk, 2021).

Meskipun faktor individu klien dinilai, perawat juga melakukan refleksi diri. Fokus teori ini adalah proses dan hubungan antarpribadi, bukan bagian-bagian lembaga (atau individu). Proses interpersonal termasuk hubungan perawat dengan klien, integrasi pola komunikasi, dan peran perawat.

Teori Peplau menjelaskan empat fase hubungan perawat dengan klien yaitu fase orientasi, fase kerja (yang dibagi yaitu fase identifikasi dan fase eksploitasi), dan fase resolusi.

Pada fase orientasi, individu memiliki kebutuhan yang dirasakan dan mencari bantuan profesional. Saat hubungan bergeser ke tahap kerja, individu (disebut sebagai klien) mulai merespons secara selektif kepada individu/perawat yang tampaknya menawarkan bantuan yang dibutuhkan, dan perawat juga mulai

mengidentifikasi masalah dan sub masalah untuk dikerjakan dalam konteks hubungan perawat dengan pasien.

Selama sub fase eksploitasi, klien memanfaatkan sepenuhnya kehadiran perawat. Eksploitasi adalah tindakan untuk melakukan perubahan dengan melibatkan penggunaan hubungan semaksimal mungkin. Fase resolusi adalah proses selesainya kegiatan mengenai kebutuhan klien akan ketergantungan psikologis dan mempertahankan hubungan telah berhasil melalui penguatan, kemampuannya untuk saling memutuskan hubungan dengan perawat.

Pada fase ini timbul proses timbal balik yang menguntungkan dalam mengakui pertumbuhan perawat dan pasien dalam kondisi tertentu (Leddy and Pepper, 1993).

Konsep utama model Peplau (Cheryl Forchuk, 2021):

1. Manusia adalah individu yang berkembang melalui hubungan interpersonal, yang hidup dalam lingkungan yang tidak stabil.
2. Lingkungan adalah mempertahankan atau meningkatkan kesehatan pada segi psikologis, sosial yang dapat berubah-ubah dan kemungkinan bisa mengalami gejala penyakit.
3. Kesehatan adalah upaya meningkatkan kepribadian dan proses manusia lainnya yang sedang berjalan ke arah kehidupan pribadi dan masyarakat yang kreatif dan konstruktif.
4. Keperawatan adalah instrumen edukatif, kekuatan untuk mendewasakan, yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan.

Martha Roger's Science of Unitary Human Beings

Model konsep Martha Roger's dikenal sebagai konsep manusia sebagai unit. Model Roger adalah sistem konseptual yang dibangun dengan anggapan bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh yang secara terus menerus saling berinteraksi dengan lingkungan.

Roger menyatakan bahwa manusia merupakan kesatuan yang utuh dipengaruhi oleh integritas dirinya dan dimanifestasikan dalam karakteristik yang lebih dan berbeda daripada penjumlahan bagian-bagiannya. Atribut fisik, biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual digabung sebagai perilaku yang mencerminkan totalitas individu sebagai suatu yang utuh tak terpisahkan. Roger meyakini bahwa tidaklah mungkin untuk menggambarkan manusia

dengan mencampurkan atribut pada setiap bagiannya. Hanya pada identitas bagian tertentu yang hilang mungkin untuk menggambarkan individu (Leddy and Pepper, 1993)

Roger meyakini bahwa kesehatan sebagai suatu indeks dari bidang pembentukan pola-pola. Intervensi keperawatan ditujukan ke arah pembentukan pola-pola dari manusia dan lingkungan untuk mencapai potensi kesehatan yang maximum. Masyarakat harus diinformasikan dan berpartisipasi aktif dalam pencarian untuk sehat.

Intervensi sebaiknya diarahkan ke arah upaya membantu individu untuk memobilisasi sumber-sumber, sadar atau tanpa disadari, sehingga hubungan timbal balik manusia dengan lingkungan akan diperkuat dan integritas individu dapat ditingkatkan. Pemeliharaan dan promosi kesehatan, pencegahan penyakit, diagnosa keperawatan, intervensi, dan rehabilitasi merupakan lingkup dari tujuan keperawatan.

Roger menggambarkan tiga prinsip bagaimana menjelaskan proses dalam manusia dan memprediksi evolusi proses kehidupan yaitu integritas, resonansi dan perubahan. Integritas berarti individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan, dan saling memengaruhi satu dengan yang lain. Resonansi mengandung arti bahwa proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi.

Sedangkan perubahan adalah terjadinya proses interaksi antara manusia dengan lingkungan akan timbul perubahan baik perlahan-lahan maupun berlangsung cepat. Roger meyakini bahwa suatu pemahaman mengenai mekanisme yang memengaruhi proses kehidupan manusia membuat kemungkinan perawat secara penuh mengintervensi untuk memengaruhi pembentukan pola-pola seorang pasien dalam suatu arah yang diharapkan.

Konsep utama model Roger:

1. Manusia sebagai suatu unit dan lapangan energi yang terpolu.
2. Kesehatan adalah suatu indikasi dari kompleksitas dan inovasi dari pembentukan lapangan pola-pola dari individu.
3. Lingkungan adalah suatu lapangan energi yang secara terus menerus berinteraksi dengan lapangan energi individu.

4. Keperawatan adalah pembentukan pola-pola antara individu dengan lingkungan untuk mencapai potensi kesehatan yang maksimum dari individu tersebut.

Rosemarie Parse's Human Becoming Model

Teori model menjadi manusia oleh Rosmarie Parse adalah ilmu tentang teori manusia. Teori ini didasarkan pada keyakinan bahwa manusia ikut menciptakan keberadaan mereka dalam proses timbal balik dengan alam semesta, menciptakan pola-pola yang dapat dibedakan yang menentukan keunikan manusia dan alam semesta (Parse, 1999).

Asumsi mengenai manusia timbul suatu teori, tertulis pada tulisan filosofis yaitu:

1. Manusia hidup berdampingan sambil membentuk pola harmoni dengan alam semesta.
2. Manusia adalah makhluk yang terbuka, bebas memilih makna dalam situasi, memikul tanggung jawab atas keputusan.
3. Manusia adalah kesatuan hidup yang terus-menerus membentuk pola hubungan.
4. Manusia melampaui kemungkinan secara multidimensi.
5. Manusia dalam membentuk dirinya mengalami proses terbuka.
6. Proses pembentukan manusia secara harmoni merupakan proses universal.
7. Proses pembentukan manusia adalah pola manusia dalam hubungannya nilai-nilai yang diunggulkan.
8. Proses pembentukan manusia adalah proses antar manusia yang bersifat subjektif dan transenden untuk melampaui kemungkinan.
9. Proses pembentukan manusia adalah evolusi dari manusia itu.

Konsep utama model Parse (Leddy and Pepper, 1993):

1. Manusia adalah medan energi yang menyatu dan terpol.
2. Lingkungan adalah medan energi yang terus menerus berinteraksi dengan medan energi manusia.

3. Kesehatan merupakan petunjuk pola medan energi yang dimiliki manusia yang dapat diperbaharui dan bersifat kompleks.
4. Keperawatan adalah penataan kembali manusia dengan lingkungan untuk mencapai potensi kesehatan maksimal dari manusia tersebut.

Parse telah menggabungkan konsep-konsep ini ke dalam prinsip-prinsip yaitu makna, ritme, *kotranscendens*. Makna terstruktur secara multidimensi ketika manusia dan lingkungan bersama-sama menciptakan realitas melalui “bahasa nilai dan pencitraan”.

Ritme merupakan pola hubungan yang diciptakan bersama melalui “menjalani kesatuan paradoks seperti mengungkapkan dan menyembunyikan, memampukan dan membatasi dan menghubungkan dan memisahkan. *Kotranscendens* atau bersama-sama melampaui dengan kemungkinan dengan memberdayakan cara-cara unik yang berasal dari proses transformasi manusia tersebut.

5.4 Teori Keperawatan Konteks Lingkungan Florence Nightingale

Filosofi Florence Nightingale adalah memberikan pelayanan yang terbaik merupakan pengabdian terbaik bagi Tuhan. Sedangkan inti konsep Florence Nightingale adalah pasien dipandang dalam konteks lingkungan secara keseluruhan, terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan psikologis dan lingkungan sosial.

Lingkungan fisik merupakan lingkungan dasar atau alami yang berhubungan dengan ventilasi udara. Diharapkan lingkungan fisik bersih seperti di dalam ruangan harus bebas dari debu, asap, bau-bauan yang selalu akan memengaruhi pasien di mana pun dia berada. Lingkungan psikologis berupa pengaruh pikiran terhadap tubuh manusia.

Florence Nightingale memandang bahwa kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stress fisik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Oleh karena itu, ditekankan kepada pasien untuk menjaga rangsangan fisiknya, mendapatkan sinar matahari, makanan yang menarik dan aktivitas manual

yang dapat merangsang semua faktor untuk membantu pasien dalam mempertahankan emosinya.

Sebagai perawat haruslah menciptakan komunikasi dan lingkungan berkomunikasi dengan pasien yang baik seperti dalam berkomunikasi dengan pasien dipandang dalam satu konteks menyeluruh, komunikasi tidak terburu-buru atau terputus-putus, dekat dengan pendengaran pasien, memberi harapan yang realistis, tidak memberi nasihat secara berlebihan, menceritakan hal yang menyenangkan dan menata pengunjung agar berkunjung secara baik (Cook, 2022).

Konsep utama Model Florence Nightingale (Anita Finkelman, 2019):

1. Manusia adalah penerima asuhan keperawatan.
2. Lingkungan merupakan lingkungan eksternal yaitu suhu, tempat tidur, ventilasi dan internal yaitu makanan, air dan obat-obatan.
3. Kesehatan bukan hanya supaya baik, tetapi untuk dapat menggunakan dengan baik setiap kekuatan yang harus kita gunakan.
4. Keperawatan adalah upaya mengubah atau mengatur lingkungan dalam rangka menjaga alam tempat tinggal pasien tetap dalam kondisi sehat.

Bab 6

Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia

6.1 Pendahuluan

Dari konsepsi hingga kematian, individu secara terus-menerus akan berubah. Pertumbuhan fisik, perkembangan psikologis, pematangan emosi, perkembangan kognitif, perkembangan moral, dan pertumbuhan spiritual terjadi di seluruh kehidupan. Perubahan pada setiap tahap pertumbuhan dan perkembangan akan memengaruhi status kesehatan (DeLaune & Ladner, 2001).

Memahami pertumbuhan dan perkembangan normal, membantu perawat memprediksi, mendeteksi, dan mencegah penyimpangan dari pola yang diharapkan pasien. Pertumbuhan mencakup perubahan fisik yang terjadi dari periode prenatal hingga dewasa tua dan juga menunjukkan kemajuan dan kemunduran.

Perkembangan mengacu pada perubahan biologis, kognitif, dan sosio-emosi yang dimulai pada saat pembuahan dan berlanjut sepanjang masa seumur hidup. Perkembangan bersifat dinamis, namun dalam beberapa proses penyakit, perkembangannya dapat tertunda atau mengalami kemunduran (Potter & Perry, 2021).

Individu memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan yang unik. Kemampuan setiap fase perkembangan memengaruhi kesehatan individu secara keseluruhan. Keberhasilan atau kegagalan yang dialami dalam fase memengaruhi kemampuan untuk menyelesaikan fase berikutnya. Jika individu mengalami kegagalan perkembangan berulang kali, terkadang terjadi gangguan kesehatan. Namun, ketika seseorang mengalami kesuksesan berulang, kesehatan meningkat (Potter & Perry, 2021).

Saat merawat pasien, penting untuk mengadopsi perspektif rentang hidup perkembangan manusia dengan mempertimbangkan semua tahap perkembangan dan pertumbuhan. Secara tradisional perkembangan difokuskan pada masa anak-anak, namun pemahaman tentang pertumbuhan dan perkembangan sepanjang rentang hidup membantu dalam melakukan anamnesis, pemeriksaan, peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, dan pendidikan kesehatan pasien.

Oleh karena pemahaman secara menyeluruh tentang pertumbuhan dan perkembangan sangat diperlukan perawat agar supaya dapat memberikan asuhan yang profesional dan lebih berkualitas.

6.2 Konsep Dasar Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan merupakan proses bertambahnya jumlah dan ukuran sel dalam tubuh. Pertumbuhan adalah perubahan kuantitatif (terukur) dalam ukuran fisik tubuh dan bagian-bagiannya. Pada masa pertumbuhan maka sel di dalam tubuh semakin bertambah banyak. Jaringan dan organ tubuh juga semakin besar atau meningkat. Pertumbuhan juga tidak dapat kembali ke dalam keadaan yang semula.

Sebagai contoh; perubahan tinggi badan, berat badan, kepadatan tulang, dan struktur gigi. Pertumbuhan bukan proses yang stabil, namun pola pertumbuhan dapat diprediksi. Dapat terjadi variasi dalam pertumbuhan, pada setiap individu. Pada saat tertentu terjadi pertumbuhan yang cepat, seperti pada Pertumbuhan masa prenatal, bayi, dan remaja (Delaune & Ladner, 2001).

Perkembangan mengacu pada perubahan perilaku dalam kemampuan dan keterampilan fungsional. Perkembangan adalah perubahan yang bersifat

kualitatif dan tidak mudah diukur. perkembangan adalah serangkaian perubahan yang berlangsung secara terus menerus dan bersifat tetap dari fungsi – fungsi jasmaniah dan rohaniah yang dimiliki individu menuju tahap kematangan melalui pertumbuhan, pematangan dan belajar.

Sebagai contoh perkembangan adalah anak setelah bisa merangkak dia akan belajar berjalan dengan dibantu orang tua terlebih dahulu. Selanjutnya, perkembangan yang lain adanya kematangan fisik, perubahan keahlian atau bicara, serta emosi dan pikiran yang semakin matang (Delaune & Ladner, 2001).

Pematangan adalah proses menjadi dewasa sepenuhnya dan berkembang yang melibatkan aspek fisiologis dan perilaku individu. Pematangan tergantung pada pertumbuhan biologis, perubahan fungsional, dan pembelajaran (asimilasi informasi dengan hasil perubahan perilaku). Dalam setiap tahap perkembangan dari siklus hidup, tugas perkembangan harus dicapai. Tugas-tugas perkembangan ini mengatur bagaimana pembelajaran dan adaptasi di masa depan.

Masa kritis adalah waktu yang paling cepat pertumbuhan atau perkembangan dalam tahap siklus kehidupan tertentu. Selama periode kritis ini, seorang individu adalah yang paling rentan terhadap stres jenis apa pun.

Pertumbuhan, perkembangan, pematangan, dan pembelajaran adalah proses yang saling bergantung. Agar pembelajaran dapat terjadi, individu harus cukup dewasa untuk memahami konsep-konsep dan membuat perubahan perilaku yang diperlukan. pematangan kognitif mendahului belajar. Pertumbuhan fisik juga merupakan prasyarat pada pembelajaran; misalnya, anak harus memiliki kemampuan fisik untuk mengontrol anus sfingter sebelum keterampilan toilet training dipelajari.

Tabel 6.1: Perbedaan Pertumbuhan dan Perkembangan (Delaune & Ladner, 2001)

No	Pertumbuhan	Perkembangan
1.	Dapat diukur dan bersifat kuantitatif	Tidak dapat diukur atau bersifat kualitatif
2.	Dapat berhenti pada usia tertentu	Berlangsung semasa hidup
3.	Akan berhenti di batas tertentu	Berlangsung terus menerus dan tidak terbatas
4.	Memunyai sifat structural	Memiliki sifat fungsional
5.	Adanya perubahan ukuran atau bentuk fisik	Adanya perubahan kemampuan dan karakter

6.2.1 Prinsip – Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan

Semua orang memiliki bakat dan kemampuan yang berkontribusi untuk pengembangan diri sebagai entitas yang unik. Tidak ada aturan mutlak dalam memprediksi tingkat perkembangan yang tepat untuk individu, namun ada beberapa prinsip umum terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan pada semua manusia. Bahkan urutan perkembangan dapat diprediksi meskipun munculnya keterampilan khusus bervariasi dari masing-masing individu.

Misalnya, tidak semua bayi berguling pada usia yang sama, tetapi sebagian besar berguling sebelum merangkak. Beberapa masalah tersebut dapat diatasi dengan tindakan keperawatan.

Tabel 6.2: Prinsip-Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan (Delaune & Ladner, 2001)

No.	Prinsip	Contoh/keterangan
1.	Perkembangan terjadi dalam arah <i>cephalocaudal</i> (head-to-toe)	Bayi mampu mengangkat kepala sebelum duduk.
2.	Perkembangan terjadi secara <i>proximodistal</i> .	Bayi sudah bisa menggerakkan lengannya sebelum mengangkat benda dengan tangan dan jari. Fungsi bagian proksimal tubuh berkembang sebelum bagian distal tubuh.
3.	Perkembangan terjadi secara teratur dari yang sederhana ke kompleks dan dari umum ke khusus.	Bayi merangkak sebelum berjalan. Anak memegang krayon dengan seluruh tangan sebelum dapat menggenggamnya di antara ibu jari dan jari. Kontrol motorik kasar dicapai sebelum motorik halus.
4.	Pola pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara berkesinambungan, teratur, dan dapat diperkirakan. Tetapi tidak berjalan pada tingkat yang konsisten.	Periode pertumbuhan yang cepat (seperti percepatan pertumbuhan pada masa remaja) bergantian dengan periode pertumbuhan yang lebih lambat (seperti pada masa dewasa menengah).
5.	Semua individu melalui proses perkembangan yang sama.	Perbedaan individu terjadi tetapi prosesnya konsisten.
6.	Setiap orang mengalami tahap pertumbuhan dan perkembangan pada tingkat individu.	Seorang anak yang tumbuh lebih lambat mungkin lebih pendek dari anak lain pada usia yang sama.

7. Setiap tahap perkembangan memiliki ciri-ciri khusus.	Masa bayi secara fisik dan emosional tergantung pada orang lain. Pada masa remaja ditandai dengan pencarian jati diri.
8. Setiap tahap perkembangan memiliki tugas tertentu untuk dicapai dalam waktu tertentu itu. Tugas dari satu tahap perkembangan menjadi landasan bagi tugas-tugas pada tahap selanjutnya.	Seorang bayi harus menguasai tugas psikologis untuk mengembangkan kepercayaan agar menjadi dewasa sebagai remaja yang dapat membentuk identitas tersendiri.
9. Beberapa tahap pertumbuhan dan perkembangan lebih penting daripada yang lain.	Trimester pertama kehamilan adalah waktu kritis perkembangan janin. Selama fase kritis ini, paling rentan terjadi kerusakan akibat racun (misalnya, obat-obatan, bahan kimia, virus).

6.2.2 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berinteraksi dan saling memengaruhi.

Beberapa faktor tersebut adalah sebagai berikut:

1. Faktor genetik

Komposisi genetik seorang individu menentukan karakteristik fisik seperti; warna kulit, tekstur rambut, fitur wajah, struktur tubuh, serta kecenderungan untuk penyakit tertentu (seperti; anemia sel sabit, hipertensi, diabetes melitus, dll). Keturunan adalah genetik cetak biru dari mana seorang individu tumbuh dan berkembang dan menentukan sebagian besar tingkat pertumbuhan fisik dan perkembangan mental.

2. Pengalaman hidup

Sebagai contoh, tingkat pertumbuhan fisik antara anak yang keluarga mampu membeli makanan, tempat tinggal yang layak, dan perawatan kesehatan yang baik berbeda dengan anak yang miskin yang memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan fisik dan keterbelakangan mental.

3. Status kesehatan

Individu dalam kondisi sehat, akan mengalami kemajuan secara normal sepanjang siklus hidupnya. Namun, karena penyakit atau kecacatan dapat menunda dan mengganggu pencapaian pertumbuhan dan perkembangan.

4. Tuntutan budaya

Masyarakat mempunyai tuntutan atau harapan anak menguasai keterampilan tertentu di masing-masing periode perkembangan. Usia di mana seorang individu menguasai tugas tertentu ditentukan sebagian oleh budaya. Misalnya waktu untuk penguasaan toilet training, sangat dipengaruhi oleh norma-norma budaya. Sebagai contoh lain; seorang wanita mungkin tidak diharapkan untuk memanfaatkan sepenuhnya kemampuan intelektualnya, sehingga dia telah mengubah perkembangan kognitifnya (Delaune & Ladner, 2001).

5. Faktor gizi

Pada masa-masa pertumbuhan dan perkembangan kebutuhan gizi sangat dibutuhkan. Tubuh kita memerlukan banyak protein, air, mineral dan vital untuk membantu tubuh memproduksi energi, membangun dan membentuk sel-sel tubuh. Konsumsi gizi yang cukup akan menjamin pertumbuhan yang berkualitas dan maksimal, organ-organ tubuh akan bekerja secara maksimal.

6. Faktor lingkungan

Peran lingkungan dalam pertumbuhan dan perkembangan manusia akan memberi dampak positif seperti cara mengatur emosi saat bersosialisasi, adanya dukungan kemajuan teknologi, rumah tangga serta perekonomian.

7. Olahraga dan aktivitas

Olahraga menjadi salah satu faktor penting dalam pertumbuhan dan perkembangan manusia. Kekuatan otot dan tulang saat berolahraga akan tumbuh dengan baik. Sirkulasi, hormon, dan sistem imun akan bekerja secara maksimal.

6.3 Teori Perkembangan Manusia

Perawat harus memiliki pemahaman yang menyeluruh tentang pertumbuhan dan perkembangan manusia dalam rangka memberikan asuhan kepada individu. Teori perkembangan memberikan kerangka kerja untuk memeriksa, menggambarkan, dan menghargai manusia.

Misalnya pengetahuan tentang Teori perkembangan psikososial Erikson membantu pengasuh memahami pentingnya mendukung perkembangan kepercayaan dasar pada masa bayi. Kepercayaan membangun fondasi untuk semua hubungan di masa depan.

Teori perkembangan juga penting dalam membantu perawat menilai dan mengobati respons seseorang terhadap suatu penyakit. Memahami tugas atau kebutuhan setiap tahap perkembangan memandu perawat dalam perencanaan perawatan individual yang tepat untuk pasien (Delaune & Ladner, 2001).

6.3.1 Teori Perkembangan Biofisik

Pertumbuhan fisiologis individu dipengaruhi terutama oleh interaksi dari predisposisi genetik, sistem saraf pusat (SSP), sistem endokrin, dan maturasi. Peran hereditas dalam perkembangan manusia adalah kompleks. Genetika adalah dasar untuk pencapaian tugas tertentu. Perkembangan biofisik adalah bagaimana tubuh fisik kita tumbuh dan berubah. Layanan kesehatan membandingkan perubahan yang terjadi saat bayi baru lahir tumbuh sesuai norma-norma yang telah ditetapkan.

Menurut teori perkembangan Gesell (Gesell's Theory), pola pertumbuhan setiap anak adalah unik dan pola ini diarahkan oleh aktivitas gen (Gesell, 1948). Gesell mencatat bahwa pola maturasi mengikuti urutan perkembangan yang tetap. Perkembangan berurutan terlihat jelas pada janin, di mana terdapat urutan perkembangan sistem organ tertentu.

Pertumbuhan pada manusia bersifat *cephalocaudal* dan *proximodistal*. Pola *cephalocaudal* menggambarkan urutan di mana pertumbuhan tercepat di bagian atas (misalnya, kepala dan otak berkembang lebih cepat daripada koordinasi lengan dan kaki).

Pola pertumbuhan *proximodistal* dimulai dari pusat tubuh dan bergerak ke arah ekstremitas (misalnya, sistem organ di batang tubuh berkembang sebelum

lengan dan kaki). Gen mengarahkan urutan perkembangan, tetapi faktor lingkungan juga memengaruhi perkembangan.

Misalnya, gen mengarahkan laju pertumbuhan tinggi badan seseorang, tetapi pertumbuhan itu hanya maksimal jika kondisi lingkungan yang memadai. Gizi buruk atau penyakit kronis sering memengaruhi tingkat pertumbuhan dan menghasilkan perawakan yang lebih kecil, terlepas dari cetak biru genetik seseorang.

Namun, nutrisi yang cukup dan tidak adanya penyakit tidak dapat menghasilkan tinggi badan melebihi yang ditentukan oleh faktor keturunan. (Potter & Perry, 2021)

6.3.2 Teori Psikoanalisis/Psikososial

Dimensi psikososial dari pertumbuhan dan perkembangan terdiri dari perasaan subjektif dan hubungan interpersonal. Teori perkembangan psikoanalisis atau psikososial menggambarkan manusia perkembangan dari perspektif kepribadian, berpikir, dan perilaku. Teori psikoanalisis menjelaskan perkembangan dipengaruhi oleh emosi.

Beberapa ahli teori psikoanalisis berpendapat bahwa konflik bawah sadar ini memengaruhi perkembangan melalui tahapan universal yang dialami oleh semua individu (Berger, 2017). Beberapa tokoh yang terkenal pada teori psikoanalisis pada perkembangan manusia adalah Sigmund Freud dan Erik Erikson. (Potter & Perry, 2021).

Teori Psikoanalitik Sigmund Freud

Model psikoanalitik Freud tentang perkembangan kepribadian pada individu melalui lima tahap perkembangan psikoseksual dan setiap tahap ditandai dengan kenikmatan seksual di bagian tubuh: mulut, anus, dan alat kelamin. Freud percaya bahwa kepribadian orang dewasa adalah hasil dari bagaimana individu menyelesaikan konflik antara sumber-sumber kesenangan dan realitasnya (Santrock, 2018).

Freud percaya bahwa komponen kepribadian manusia berkembang secara bertahap dan mengatur perilaku. Komponen tersebut adalah id, ego, dan super ego. Id (yaitu, impuls instingtual dasar didorong untuk mencapai kesenangan) adalah bagian kepribadian yang paling primitif dan berasal dari bayi. Bayi tidak dapat mentolerir keterlambatan dan kebutuhannya harus terpenuhi

langsung. Ego mewakili komponen realitas, mediasi konflik antara lingkungan dan kekuatan id.

Ini membantu orang menilai realitas secara akurat, mengatur impuls, dan membuat keputusan yang baik. Ego sering disebut sebagai kesadaran diri seseorang. Komponen ketiga, yaitu super ego, melakukan tindakan mengatur, menahan, dan melarang. Sering disebut sebagai hati nurani, super ego dipengaruhi oleh standar kekuatan sosial luar (misalnya, orang tua atau guru).

Freud mendasarkan analisisnya tentang kepribadian pengembangan faktor penentu biologis dan mengabaikan pengaruh budaya dan pengalaman. Asumsi dasar Freud seperti itu sebagai kompleks Oedipus tidak berlaku di budaya yang berbeda. Psikoanalisis saat ini percaya bahwa peran pikiran sadar sangat besar lebih besar dari yang dibayangkan Freud (Santrock, 2017).

Lima tahapan pertumbuhan dan perkembangan menurut Sigmund Freud adalah sebagai berikut:

1. Tahap 1: Oral (lahir hingga 12 hingga 18 bulan)
Awalnya mengisap dan kepuasan oral tidak hanya penting untuk kehidupan, tetapi juga sangat menyenangkan. Akhir dalam tahap ini bayi mulai menyadari bahwa ibu/orang tua adalah sesuatu yang terpisah dari dirinya. Gangguan pada ketersediaan fisik atau emosional orang tua (misalnya, ikatan yang tidak memadai atau penyakit kronis) dapat memengaruhi perkembangan bayi.
2. Tahap 2: Anal (12 hingga 18 bulan hingga 3 tahun)
Fokus kesenangan berubah menjadi zona anus. Anak menjadi semakin menyadari sensasi menyenangkan dari wilayah tubuh ini dengan tertarik pada hasil usahanya. Melalui proses toilet-training anak menunda kepuasan untuk memenuhi harapan orang tua dan masyarakat.
3. Tahap 3: Phallic atau Oedipal (3 sampai 6 Tahun)
Organ genital adalah fokus kesenangan selama tahap ini. Anak laki-laki menjadi tertarik pada penis; anak perempuan sadar bahwa ia tidak memiliki penis, yang dikenal sebagai penis *envy*. Pada tahap Ini, adalah waktu eksplorasi dan imajinasi sebagai seorang anak berfantasi tentang orang tua dari lawan jenis sebagai miliknya atau

minat cinta pertamanya, yang dikenal sebagai kompleks *Oedipus* atau *Elektra*. Pada akhir tahap ini, anak berusaha untuk mengurangi konflik dengan mengidentifikasi dengan orang tua yang berjenis kelamin sama sebagai cara pengakuan dan penerimaan.

4. Tahap 4: Latensi (6 hingga 12 tahun)

Pada tahap ini Freud percaya bahwa anak-anak menekan dan menyalurkan dorongan seksual dari tahap Oedipal awal menjadi kegiatan produktif yang bersifat sosial. Dalam dunia pendidikan dan sosial anak, ada banyak yang harus dipelajari dan dicapai.

5. Tahap 5: Genital (pubertas hingga dewasa)

Pada tahap akhir ini dorongan seksual bangkit kembali dan diarahkan ke individu di luar keluarga. Konflik sebelumnya yang belum terselesaikan muncul selama masa remaja. Setelah individu menyelesaikan konflik, dia kemudian mampu melakukan hubungan seksual dewasa yang matang.

Teori Psikoanalitik Erik Erikson

Erik Erikson (1902-1994), menyusun teori perkembangan dengan menekankan hubungan anak dengan keluarga dan budaya daripada dorongan seksual (Berger, 2017).

Menurut teori perkembangan psikososial Erikson, individu harus menyelesaikan tugas tertentu sebelum berhasil menguasai tahap dan ke tahap berikutnya. Setiap tugas dibingkai dengan konflik yang berlawanan, dan tugas yang pernah dikuasai ditantang dan diuji lagi selama situasi baru atau pada saat konflik (Hockenberry et al., 2019).

Tahapan perkembangan menurut Erik Erikson adalah sebagai berikut:

1. Tahap 1: Kepercayaan vs Ketidakpercayaan (Lahir sd 12 - 18 bulan)

Membangun rasa kepercayaan sangat penting untuk pengembangan kepribadian yang sehat. Bayi pada tahap ini membutuhkan pengasuh yang konsisten untuk memenuhi kebutuhannya. Dari rasa percaya pada orang tua, seorang bayi dapat percaya pada dirinya sendiri, pada orang lain, dan sekitarnya (Hockenberry et al., 2019).

2. Tahap 2: Otonomi vs. Rasa Malu dan Keraguan (18 bulan sd 3 tahun)
Pada tahap ini, anak yang sedang tumbuh lebih berhasil dalam beberapa aktivitas dasar perawatan diri; termasuk berjalan, makan, dan *toileting*. Kemandirian ini adalah hasil dari pendewasaan dan peniruan. Balita mengembangkan otonominya dengan membuat pilihan.

Pilihan khas untuk kelompok usia balita meliputi kegiatan yang berkaitan dengan hubungan, keinginan, dan mainan. Membatasi pilihan dan/atau berlaku kasar, hukuman akan menyebabkan perasaan malu dan ragu. Balita yang berhasil menguasai tahap ini mencapai pengendalian diri dan kemauan. Pada tahap ini, perawat perlu mengembangkan model bimbingan empati yang menawarkan dukungan untuk dan memahami tantangan tahap ini. Pilihan yang tersedia untuk anak harus sederhana di alam dan aman.

3. Tahap 3: Inisiatif vs. Rasa Bersalah (3 sd 6 Tahun)

Anak suka berpura-pura dan mencoba peran baru. Fantasi dan imajinasi memungkinkan anak untuk lebih mengeksplorasi lingkungannya. Anak mengembangkan super ego, atau hati nurani. Konflik sering terjadi antara keinginan anak untuk mengeksplorasi dan batasan yang ditempatkan pada perilakunya. konflik ini terkadang menimbulkan perasaan frustrasi dan rasa bersalah.

Rasa bersalah juga terjadi jika respons pengasuh terlalu keras. Anak mempertahankan inisiatif tanpa memaksakan kebebasan orang lain. Keberhasilan tahap ini menghasilkan arah dan tujuan. Mengajari kontrol impuls anak dan perilaku kooperatif membantu keluarga menghindari risiko gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Anak sering terlibat dalam animisme, yaitu karakteristik perkembangan yang membuat mereka memperlakukan boneka seolah-olah mereka memiliki pikiran dan perasaan. Terapi bermain berperan dalam membantu anak berhasil menghadapinya ancaman yang terjadi saat rawat inap atau penyakit kronis.

4. Tahap 4: Industri vs. Inferioritas (6 hingga 12 Tahun)

Anak usia sekolah sangat ingin untuk belajar secara sosial, keterampilan dan alat yang produktif. Anak belajar bekerja dan bermain dengan teman sebayanya. Anak berkembang dengan prestasi dan pujian. Tanpa dukungan yang tepat untuk mempelajari keterampilan baru atau keterampilan terlalu sulit, anak akan merasakan ketidakmampuan dan inferioritas.

Anak di usia ini harus bisa mengalami prestasi nyata untuk mengembangkan rasa kompetensi. Selama dirawat di rumah sakit penting untuk memahami rutinitas anak dan ikut berpartisipasi dalam perawatannya jika memungkinkan. Misalnya, anak menyimpan catatan asupan dan keluaran mereka.

5. Tahap 5: Identitas vs. Kebingungan Peran (Pubertas)

Pada tahap ini terjadi perubahan fisiologis yang dramatis terkait dengan tanda kematangan seksual. Pengembangan identitas dimulai dengan tujuan mencapai beberapa perspektif atau arah, untuk menjawab pertanyaan "Siapa saya?".

Untuk memperoleh rasa identitas, sangat penting untuk membuat keputusan orang dewasa seperti; pilihan pekerjaan atau pasangan hidup. Setiap remaja bergaul ke masyarakat dengan caranya yang unik sebagai anggota yang saling bergantung. Terjadi tuntutan sosial baru, peluang, dan konflik yang berhubungan dengan munculnya identitas dan pemisahan dari keluarga. Bila pada tahap ini berhasil, akan menghasilkan pengabdian dan kesetiaan kepada orang lain dan kepada cita-cita sendiri (Hockenberry et al., 2019).

Perawat memiliki kesempatan untuk memberikan pendidikan dan bimbingan, antisipasi bagi orang tua tentang perubahan dan tantangan serta risiko bagi remaja. Ketika remaja dirawat di rumah sakit, bantu mereka mengatasi penyakitnya dengan memberi informasi yang cukup untuk membantu membuat beberapa keputusan tentang rencana pengobatan.

6. Tahap 6: Keintiman vs. Isolasi (Dewasa Muda)

Setelah mengembangkan rasa identitas, memperdalam kapasitas mereka untuk mencintai orang lain dan merawatnya. Mereka mencari

persahabatan yang berarti dan hubungan intim dengan orang lain. Jika dewasa muda tidak mampu membangun persahabatan dan keintiman, timbul isolasi diri karena takut penolakan dan kekecewaan (Berger, 2017). Perawat harus memahami bahwa selama rawat inap kebutuhan dewasa muda akan keintiman tetap ada.

7. Tahap 7: Generativitas vs. Penyerapan Diri dan Stagnasi (Usia Pertengahan)

Kemampuan untuk mengembangkan pribadi seseorang dan keterlibatan sosial sangat penting untuk tahap perkembangan ini. Paruh baya orang dewasa mencapai kesuksesan di tahap ini dengan berkontribusi pada generasi mendatang melalui peran sebagai orang tua, pengajaran, pendampingan, dan keterlibatan masyarakat. Pencapaian generalisasi menghasilkan kepedulian terhadap orang lain sebagai kekuatan dasar. Ketidakmampuan untuk berperan dalam perkembangan generasi berikutnya mengakibatkan stagnasi (Santrock, 2017).

Perawat membantu orang dewasa yang sakit fisik memilih cara-cara kreatif untuk mendorong pembangunan sosial. Orang paruh baya sering menemukan rasa kepuasan dengan menjadi sukarelawan di sekolah, rumah sakit, atau gereja setempat.

8. Tahap 8: Integritas vs. Keputusasaan (Usia Tua)

Banyak orang dewasa yang lebih tua meninjau hidup mereka dengan rasa puas, bahkan dengan kesalahan mereka yang tak terelakkan. Orang lain melihat diri mereka sebagai kegagalan, dengan hidup mereka ditandai dengan putus asa dan penyesalan. Orang dewasa yang lebih tua sering terlibat dalam penilaian retrospektif hidup mereka. Mereka menafsirkan hidup mereka sebagai keseluruhan yang bermakna atau mengalami penyesalan karena tujuan tidak tercapai (Berger, 2017).

Karena proses penuaan menimbulkan gangguan fisik dan sosial, beberapa orang dewasa juga kehilangan status dan fungsi (misalnya, karena pensiun atau sakit). Untuk meningkatkan integritas, dapat dilakukan dengan mendorong orang dewasa yang lebih tua untuk

merenungkan hubungan yang bermakna, seperti hubungan dengan anggota keluarga atau masyarakat (Touhy & Jef, 2016).

6.3.3 Teori Perkembangan Kognitif

Teori kognitif menekankan bagaimana orang belajar untuk berpikir dan memahami dunia mereka. Seperti halnya perkembangan kepribadian, ahli teori kognitif telah mengeksplorasi masa kanak-kanak dan dewasa. Beberapa teori menyoroti perubahan kualitatif dalam berpikir; yang lain memperluas untuk memasukkan dimensi sosial, budaya, dan perilaku.

Teori Perkembangan Kognitif Jean Piaget

Jean Piaget sangat tertarik dengan perkembangan organisasi intelektual anak: bagaimana mereka berpikir, menalar, dan memandang dunia (Piaget, 1952). Teori perkembangan kognitif Piaget mencakup empat periode yang terkait dengan usia dan menunjukkan kategori tertentu dari pengetahuan dan pemahaman.

Dia membangun teorinya dengan mengamati anak, saat mengeksplorasi, memanipulasi, dan mencoba masuk dari dunia tempat mereka tinggal. Piaget percaya, individu berpindah dari satu tahap ke tahap berikutnya untuk mencari keseimbangan kognitif atau keseimbangan mental dan bahwa anak membangun struktur mental untuk membantu beradaptasi dengan dunia luar (Santrock, 2017).

Beberapa tahapan/periode perkembangan kognitif utama menurut Jean Peaget adalah sebagai berikut:

1. Periode I: Sensorimotor (Lahir sampai 2 Tahun)

Bayi mengembangkan skema atau pola tindakan untuk menghadapinya lingkungan. Skema tersebut antara lain: mengangkat, melihat, menggenggam, atau menendang. Skema menjadi kegiatan yang diprakarsai sendiri (misalnya, kegiatan bayi belajar bahwa mengisap adalah menyenangkan dan menggeneralisasi tindakan dengan mengisap jari, selimut, atau pakaian). Pencapaian pada tahap ini mengarahkan pada eksplorasi yang lebih besar.

Selama tahap ini, anak belajar tentang dirinya dan lingkungannya melalui tindakan motorik dan refleksi. Anak belajar bahwa dia berada atau terpisah dari lingkungan (mis., orang tua atau mainan favorit),

meskipun tidak bisa selalu terlihat. Piaget mengistilahkan pemahaman ini, bahwa objek terus berlanjut ada bahkan ketika mereka tidak dapat dilihat, didengar, atau disentuh. Keabadian objek merupakan salah satu pencapaian terpenting anak.

2. Periode II: Pra Operasional (2 s/d 7 Tahun)

Pada masa ini, anak belajar berpikir dengan menggunakan simbol dan gambaran mental. Anak menunjukkan "egosentrisme" karena anak melihat objek dan orang hanya dari satu sudut pandang anak sendiri. Anak percaya bahwa semua orang mengalami dunia persis seperti yang mereka lakukan. Di awal tahap ini, anak menunjukkan "animisme," di mana mereka memersonifikasikan objek. Anak percaya bahwa benda mati memiliki pemikiran, keinginan, dan perasaan. Pemikiran anak sangat dipengaruhi oleh fantasi dan pemikiran magis.

Pada tahap ini, anak mengalami kesulitan mengonseptualisasikan waktu. Bermain menjadi sarana utama yang mereka gunakan untuk mendorong perkembangan kognitif dan belajar tentang dunia luar. Intervensi keperawatan selama periode ini adalah mengenal penggunaan bermain, sebagai cara anak memahami peristiwa yang terjadi. Terapi bermain adalah intervensi keperawatan yang sangat membantu bila anak dilakukan prosedur invasif dan yang mengganggu selama rawat inap.

3. Periode III: Operasional konkret (7 s/d 11 Tahun)

Anak sekarang dapat melakukan operasional mental. Misalnya, anak berpikir tentang tindakan yang sebelumnya yang dilakukan secara fisik. Anak dapat menggambarkan suatu proses tanpa benar-benar melakukannya. Pada periode ini anak mampu mengkoordinasikan dua perspektif konkret dalam bermasyarakat dan berpikir ilmiah, sehingga mampu menghargai perbedaan antara perspektif dirinya dan temannya.

Reversibilitas adalah salah satunya karakteristik utama pemikiran operasional konkret. Anak sekarang bisa menggambarkan secara mental rangkaian langkah-langkah dan mengulang langkah-langkah

tersebut untuk kembali ke titik awal. Anak mampu mengurutkan objek dengan benar berdasarkan panjang, berat, atau karakteristik lainnya. Pencapaian besar lainnya dari tahap ini adalah konservasi, atau kemampuan untuk melihat objek atau jumlah tetap sama meskipun ada perubahan di dalam penampilan fisiknya (Santrock, 2018).

4. Periode IV: Operasional Formal (11 Tahun Hingga Dewasa)

Transisi dari pemikiran operasional konkret ke formal terjadi pada tahap di mana ada prevalensi pemikiran egosentris. Pemikiran egosentris mendorong remaja untuk menunjukkan perasaan dan perilaku yang ditandai dengan kesadaran diri: keyakinan bahwa tindakan dan penampilannya terus-menerus diamati ("penonton imajiner"), bahwa pikiran dan perasaan remaja adalah unik ("dongeng pribadi"), dan kebal atau bertahan (Santrock, 2018).

Perasaan kebal ini sering mengarah pada perilaku pengambilan risiko, terutama pada awal masa remaja. Saat remaja berbagi pengalaman dengan teman sebaya, anak belajar bahwa banyak pikiran dan perasaan anak dibagikan oleh hampir semua orang, membantu tahu bahwa mereka tidak begitu berbeda. Saat dewasa, pemikiran bergerak untuk mata pelajaran abstrak dan teoritis. Anak memiliki kemampuan untuk bernalar dan berbagai kemungkinan.

Piaget mencatat bahwa beberapa aspek kinerja objektif muncul lebih awal, dan kemampuan kognitif lainnya dapat muncul di kemudian hari. Banyak orang dewasa mungkin tidak menjadi pemikir operasional formal dan tetap pada tahap konkret, dan yang lain memiliki perkembangan kognitif yang melampaui tahapan menurut Piaget (Santrock, 2018).

5. Periode IV: Operasional Formal (11 Tahun Hingga Dewasa)

Pemikiran formal terjadi pada tahap di mana ada prevalensi pemikiran egosentris. Pemikiran egosentris mendorong remaja untuk menunjukkan perasaan dan perilaku yang ditandai dengan kesadaran diri: keyakinan bahwa tindakan dan penampilannya terus-menerus diamati, bahwa pikiran dan perasaan mereka unik, dan mereka merasa kebal (Santrock, 2018).

Perasaan kebal ini sering mengarah pada perilaku pengambilan risiko, terutama pada awal masa remaja. Saat remaja berbagi pengalaman dengan teman sebaya, mereka belajar bahwa banyak dari pikiran dan perasaannya dibagikan oleh hampir semua orang, membantu tahu bahwa mereka tidak begitu berbeda. Saat dewasa, pemikiran bergerak untuk mata pelajaran abstrak dan teoritis. Mereka memiliki kemampuan untuk bernalar dengan segala kemungkinan. Piaget mencatat bahwa beberapa aspek kinerja objektif muncul lebih awal, dan kemampuan kognitif lainnya dapat muncul di kemudian hari. Banyak orang dewasa mungkin tidak menjadi pemikir operasional formal dan tetap pada tahap konkret, dan yang lain memiliki perkembangan kognitif yang melampaui tahapan Piaget (Santrock, 2018).

6.4 Tahap-Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan manusia merupakan proses yang berkesinambungan dan kompleks yang biasanya dibagi menjadi tahapan yang berdasarkan kelompok usia. Pada bahasan ini berfokus pada pertumbuhan dan perkembangan pada kehidupan *intrauterin* dan usia sekolah yang ditinjau dari 3 aspek yaitu; aspek perubahan fisik, psikososial, dan kognitif.

6.4.1 Kehidupan Intrauterin

Dari pembuahan hingga kelahiran, perkembangan manusia berlangsung dengan cepat dan dapat diprediksi. Selama kehamilan, embrio tumbuh dari satu sel menjadi makhluk fisiologis yang kompleks. Semua sistem organ utama berkembang di dalam rahim, dengan beberapa berfungsi sebelum lahir. Kehamilan berlangsung rata-rata 38 sampai 40 minggu dan umumnya dibagi menjadi fase 3 bulanan, yang disebut trimester.

Pada 14 hari pertama setelah pembuahan disebut sebagai tahap pre embrionik, diikuti oleh tahap embrionik, sampai minggu ke 8. Selanjutnya diikuti tahap

janin, yang berlangsung dari akhir minggu ke 8 sampai lahir (Murray et al., 2019).

Plasenta mulai berkembang pada minggu ke 3 tahap embrionik dan menghasilkan hormon penting yang membantu untuk mempertahankan kehamilan. Plasenta berfungsi sebagai paru-paru, ginjal, saluran pencernaan, dan organ endokrin. bahan berbahaya seperti virus, bahan kimia, dan obat-obatan dapat menular ibu ke anak melalui plasenta. Agen ini disebut sebagai *teratogen* dan dapat menyebabkan abnormal perkembangan struktur pada embrio.

Efek *teratogen* pada janin tergantung pada tahap perkembangan di mana paparan terjadi, kerentanan genetik individu, dan tingkat paparan. Pada tahap embrio adalah yang paling rentan karena semua organ tubuh terbentuk. Beberapa infeksi ibu dapat melewati plasenta dan memengaruhi kesehatan ibu, janin, atau keduanya. Oleh karena itu penting untuk memberikan edukasi wanita tentang sumber *teratogen* yang dapat dihindari dan untuk membantu mereka membuat pilihan gaya hidup sehat sebelum dan selama kehamilan.

Wanita yang gizi buruk sebelum kehamilan dan yang tidak mengonsumsi nutrisi dan kalori yang cukup selama kehamilan mungkin tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi janin. Peningkatan berat badan tidak selalu menunjukkan peningkatan nutrisi. Selain itu, pola pertambahan berat badan penting untuk pertumbuhan jaringan pada ibu dan janin. Untuk wanita yang memiliki berat badan normal, peningkatan berat badan yang baik selama kehamilan adalah 25 sampai 35 pon (11 sampai 15 kg) selama tiga trimester (Murray et al., 2019).

Tantangan perkembangan selama kehamilan meliputi fisiologis, kognitif, dan emosional yang disertai dengan stres dan kecemasan. Wanita hamil akan segera mengadopsi peran pengasuhan, dan hubungan dalam keluarga akan berubah, apakah ada atau tidak pasangan yang terlibat. Kehamilan bisa menjadi masa konflik. Usia seorang wanita terkadang berperan dalam kesuburan, kesehatan wanita janin, dan kesehatan ibu. Seiring bertambahnya usia wanita, risiko cacat kromosom dan kesulitan kesuburan meningkat. Bayi dari ibu remaja memiliki peningkatan risiko prematuritas dan berat badan lahir rendah (Murray et al., 2019).

Pertumbuhan janin dan perubahan hormon selama kehamilan sering mengakibatkan ketidaknyamanan. Keluhan seperti; mual dan muntah, nyeri payudara, sering kencing, nyeri perut, sembelit, edema pergelangan kaki, dan

sakit punggung. Perawat bersama keluarga perlu mengantisipasi ketidaknyamanan dengan memberikan pendidikan kesehatan, mendiskusikan penyebab fisiologis dan mendiskusikan saran dan solusi dari ketidaknyamanan tersebut.

Untuk mengatasi keluhan tersebut dapat disarankan menggunakan terapi komplementer dan alternatif, tetapi beberapa obat herbal juga dapat berbahaya selama kehamilan. Oleh karena itu perlu informasi yang akurat dan lengkap tentang perilaku kesehatan agar kehamilan sampai persalinan berlangsung dengan baik tanpa gangguan.

6.4.2 Transisi Kehidupan Intrauterin - Ekstrauterin

Terjadi banyak perubahan fisiologis pada bayi baru lahir dan terjadi selama 24 jam pertama. Penilaian bayi baru lahir selama periode ini sangat penting untuk memastikan bahwa transisi berjalan seperti yang diharapkan. Usia kehamilan, masa persalinan, dan paparan obat depresan sebelum atau selama persalinan dapat memengaruhi penyesuaian terhadap lingkungan eksternal.

Perubahan Fisik

Penilaian kondisi bayi baru lahir segera dilakukan untuk menentukan fungsi fisiologis dari sistem organ utama. Penilaian yang paling banyak menggunakan skor Apgar. Detak jantung, upaya pernapasan, tonus otot, refleks, dan warna dinilai menentukan status keseluruhan bayi baru lahir. Penilaian Apgar secara umum dilakukan pada 1 dan 5 menit setelah lahir dan kadang-kadang diulang sampai kondisi bayi baru lahir menjadi stabil. Perubahan fisiologis paling ekstrem terjadi ketika bayi baru lahir, sirkulasi utero berubah menjadi fungsi sirkulasi dan pernapasan independen.

Intervensi keperawatan saat lahir yang penting antara lain; mempertahankan jalan napas terbuka, menstabilkan dan mempertahankan suhu tubuh, dan melindungi bayi baru lahir dari infeksi. *Suction* sekresi nasofaring dan *orofaringeal* untuk memastikan patensi jalan napas. Bayi baru lahir rentan terhadap kehilangan panas dan stres dingin. Karena hipotermia meningkatkan kebutuhan oksigen, sangat penting untuk menstabilkan dan mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir.

Bayi baru lahir yang sehat dapat ditempatkan dalam *radian warmer*, diletakkan langsung di atas perut ibu, atau ditutupi selimut hangat dengan topi. Mencegah infeksi adalah hal yang utama dalam perawatan bayi baru lahir,

karena sistem kekebalannya belum matang. Teknik cuci tangan yang baik, baik perawat, orang tua atau pengunjung sebelum menyentuh bayi sangat penting untuk mencegah infeksi.

Perubahan Psikososial

Setelah evaluasi fisi, perawat meningkatkan kontak orang tua dengan anak untuk mendorong kedekatan orang tua-anak. Sebagian besar bayi baru lahir yang sehat terjaga dan waspada pada jam pertama setelah lahir. Ini adalah saat yang tepat untuk interaksi orang tua-anak dimulai. Kontak tubuh yang dekat, seperti menyusui, adalah cara bagi sebagian besar keluarga untuk memulai ikatan melalui kontak mata dan menyentuh.

Jika kontak langsung tidak memungkinkan, masukkan ke dalam rencana perawatan sedini mungkin, yang berarti membawa bayi yang baru lahir ke orang tua yang sakit atau membawa orang tua ke anak yang sakit atau prematur (Hockenberry et al., 2019).

6.4.3 Bayi Baru Lahir/Neonatal (lahir – 28 hari)

Selama tahap ini fungsi fisik bayi sebagian besar refleksif, dan stabilisasi sistem organ utama adalah tugas utama tubuh. Perilaku bayi sangat dipengaruhi interaksi antara bayi, lingkungan, dan orang tua/pengasuh.

Misalnya, anak usia 2 minggu mungkin tersenyum secara spontan ketika melihat wajah orang tua, menimbulkan respons positif dari orang tua. Bayi mungkin menangis, yang merupakan respons refleksif kebutuhan yang tidak terpenuhi seperti lapar, lelah, atau tidak nyaman (Hockenberry et al., 2019). Jika bayi menangis saat lapar, perawat dapat mempersilahkan orang tua untuk memberi makan bayi daripada jadwal yang kaku.

Perubahan fisik

Segera setelah bayi lahir, pengkajian keperawatan komprehensif segera dilakukan. Fungsi fisiologis stabil, umumnya dalam beberapa jam setelahnya kelahiran. Pada saat ini, ukur tinggi badan, berat badan, lingkar kepala dan dada, suhu, nadi, dan pernapasan dan amati penampilan umum, fungsi tubuh, kemampuan sensorik, refleks, dan daya tanggap (Hockenberry et al., 2019).

Rata-rata berat badan bayi baru lahir adalah 2700 - 4000 g, Panjang 48 - 53 cm, dan lingkar kepala 33 - 35cm. Neonatus akan kehilangan berat badan hingga 10% dari berat lahir dalam beberapa hari pertama, terutama karena kehilangan cairan melalui pernapasan, buang air kecil, buang air besar, dan

asupan cairan yang rendah. Neonatus biasanya mendapatkan kembali berat lahir pada minggu ke 2, dan secara bertahap terjadi peningkatan berat, tinggi, dan lingkaran kepala (Murray et al., 2019).

Selama 24 jam pertama terdapat ciri-ciri fisik normal antara lain; adanya lanugo pada kulit punggung; sianosis dari tangan dan kaki; dan perut yang lembut dan menonjol. Warna kulit bervariasi menurut ras dan genetika dan secara bertahap berubah selama masa bayi. *Molding*, atau tumpang tindih dari tulang tengkorak lunak, karena penyesuaian kepala janin dengan diameter panggul ibu dan merupakan kejadian umum dengan kelahiran pervaginam. Penyesuaian ulang tulang dan ubun-ubun biasanya teraba saat lahir. Fontanela Anterior (ubun-ubun depan) biasanya menutup 12 sampai 18 bulan, sedangkan Fontanela posterior menutup pada akhir bulan ke 2 atau ke 3.

Penilaian fungsi neurologis dilakukan dengan mengamati tingkat aktivitas bayi, kewaspadaan, lekas marah, dan responsif terhadap rangsangan dan kekuatan refleks. Refleks normal; respons berkedip terhadap cahaya terang, respons terkejut terhadap suara keras atau gerakan yang tiba-tiba, mengisap, *rooting*, menggenggam, menguap, batuk, bersin, menelan, genggam telapak tangan, genggam *plantar*, dan *babinski*. Penilaian refleks sangat penting karena bayi baru lahir sangat bergantung pada refleks untuk bertahan hidup dan sebagai respons terhadap lingkungannya.

Karakteristik perilaku normal bayi baru lahir adalah; menghisap, menangis, tidur, dan beraktivitas. Pergerakan umumnya bersifat sporadis, simetris dan melibatkan keempat ekstremitas. Posisi janin fleksi *intrauterin* berlanjut saat bayi baru lahir mencoba untuk mempertahankan perasaan tertutup dan aman. Bayi baru lahir biasanya melihat wajah pengasuh, memiliki senyum refleksif non sosial, dan menanggapi rangsangan sensorik, terutama wajah, suara, dan sentuhan pengasuh utama.

Perubahan Kognitif

Bayi baru lahir memulai aktivitas refleks, mempelajari perilaku, dan mempelajari keinginannya. Saat lahir, bayi baru lahir dapat fokus pada objek 20 sampai 30 cm dari wajah bayi dan melihat bentuk. Bayi baru lahir merespons wajah manusia, orang hitam putih yang kontras, dan warna-warna cerah (Murray et al., 2019).

Memberikan stimulasi sensorik seperti berbicara dengan bayinya dan menggendong bayi untuk melihat wajah orang tua sangat penting dilakukan.

Hal ini memungkinkan bayi mencari atau menerima rangsangan, sehingga meningkatkan pembelajaran dan mendorong perkembangan kognitif.

Menangis adalah cara bayi berkomunikasi untuk memberikan isyarat kepada orang tua. Beberapa bayi menangis karena popoknya basah atau lapar atau ingin digendong. Yang lain menangis hanya untuk membuat keributan atau karena mereka membutuhkan perubahan posisi atau aktivitas. Tangisan dapat membuat orang tua frustrasi jika mereka tidak dapat melihat penyebab yang jelas. Dengan bantuan perawat, orang tua belajar mengenali pola tangisan bayi yang baru lahir dan mengambil tindakan yang tepat bila diperlukan.

Perubahan Psikososial

Pada bulan pertama kehidupan kebanyakan orang tua dan bayi, mengembangkan ikatan yang kuat yang tumbuh menjadi keterikatan mendalam. Interaksi saat bayi bangun, memberikan makanan, kebersihan, dll, memberikan landasan untuk pembentukan keterikatan.

Sejak dini, orang tua dapat mengizinkan saudara kandung untuk berpartisipasi dalam aspek perawatan bayi baru lahir yang sesuai usia (Murray et al., 2019). Keterlibatan keluarga membantu mendukung pertumbuhan dan perkembangan. (Gambar 12.3).

6.3.4 Infant / Bayi (Usia 1 Bulan – 1 Tahun)

Selama masa bayi, terjadi pertumbuhan dan perubahan fisik yang pesat. Ini adalah satu-satunya periode yang dibedakan oleh perubahan fisik yang dramatis dan perkembangan yang mencolok. Kemajuan perkembangan psikososial dibantu oleh perkembangan dari refleksif ke perilaku yang lebih bertujuan.

Interaksi antara bayi dan lingkungan menjadi lebih besar dan bermakna bagi seorang bayi. Selama tahun pertama kehidupan ini, kita dapat dengan mudah mengamati potensi adaptif bayi karena perubahan pertumbuhan dan perkembangan terjadi begitu cepat.

Perubahan Fisik

Pertumbuhan bayi yang stabil dan proporsional lebih penting daripada nilai pertumbuhan absolut. Untuk bayi yang lahir prematur, norma akan disesuaikan berdasarkan usia kehamilan. Pengukuran yang dicatat dari waktu ke waktu adalah cara terbaik untuk memantau pertumbuhan dan mengidentifikasi masalah.

Ukuran meningkat pesat selama tahun pertama kehidupan; berat lahir dua kali lipat dalam waktu sekitar 5 bulan dan tiga kali lipat dalam 12 bulan. Tinggi badan bertambah rata-rata 2,5 cm selama setiap 6 bulan pertama dan sekitar 1,2 cm setiap bulan hingga 12 bulan (Hockenberry et al., 2019).

Sepanjang tahun pertama, penglihatan dan pendengaran bayi terus berkembang. Pola fungsi tubuh juga stabil, dibuktikan dengan rutinitas tidur, eliminasi, dan makan yang dapat diprediksi. Beberapa refleks yang ada pada bayi baru lahir, seperti berkedip, menguap, dan batuk, bertahan sepanjang hidup, sedangkan yang lain, seperti menggenggam, mencari, mengisap, dan refleks Moro atau kaget, menghilang setelah beberapa bulan. Perkembangan motorik berlangsung dalam pola *cephalocaudal* (head-to-toe) dan *proximodistal* (central-to-peripheral), seperti halnya *mielinisasi* saraf (Hockenberry et al., 2019).

Keterampilan motorik kasar melibatkan aktivitas otot besar dan biasanya dipantau oleh orang tua, sebagai tonggak pencapaian yang baru saja dicapai. Bayi baru lahir hanya dapat menegakkan kepala sesaat, tetapi pada usia 4 bulan sebagian besar bayi sudah mampu mengangkat kepala. Kecepatan yang sama, terlihat jelas saat bayi belajar duduk, berdiri, dan berjalan.

Keterampilan motorik halus melibatkan gerakan tubuh kecil dan lebih sulit dicapai daripada keterampilan motorik kasar. Kematangan koordinasi mata dan tangan terjadi selama 2 tahun pertama kehidupan saat bayi beralih dari kemampuan menangkap secara singkat pada usia 2 bulan menjadi menggambar busur dengan pensil pada usia 24 bulan. Perkembangan berlangsung dengan kecepatan yang bervariasi untuk setiap individu tetapi biasanya mengikuti pola yang sama dan terjadi dalam kerangka waktu yang sama.

Tabel 6.3: Perkembangan Motorik Kasar dan Motorik Halus Pada Masa Bayi

Umur	Motorik Kasar	Motorik Halus
Lahir-1 bulan	Mengangkat kepala Reflek primitif Belum dapat duduk tegak	Reflek menggenggam/mencengkeram
2 – 4 bulan	Saat tengkurap, mengangkat kepala dada dan alengan bawah. Dengan bantuan dapat duduk tegak, dengan kontrol kepala yang baik. Dapat berbalik dari belakang ke	Dapat memegang mainan beberapa saat tetapi tidak dapat mengambil kembali saat jatuh. Melihat dan bermain dengan tangan Dapat membawa benda ke mulut

	samping	
4 – 6 bulan	Memutar dari perut ke belakang pada usia 5 bulan dan sebaiknya pada usia 6 bulan. Dapat menopang berat badan sendiri saat ditarik untuk berdiri. Dapat menahan kepala ketika ditarik untuk duduk.	Dapat memegang benda dan mengambil kembali saat benda tersebut jatuh. Menarik kaki ke mulut untuk mengeksplorasi Dapat memegang botol.
6-8 bulan	Dapat duduk sendiri tanpa bantuan Dapat berpijak penuh pada kaki dan memegang obyek saat berdiri	Membenturkan obyek bersamaan Memindahkan benda ke tangan lainnya.
8-10 bulan	Meluncur dan merangkak pada tangan dan lutut Menarik diri pada posisi berdiri	Mengambil benda kecil Memulai gengaman menjepit Menunjukkan preferensi tangan
10-12 bulan	Berjalan sambil memegang benda Berdiri sendiri dalam waktu singkat Mencoba untuk melangkah	Dapat meletakkan obyek pada tempat Dapat membuka-buka buku

Perubahan Kognitif

Perkembangan otak yang kompleks selama tahun pertama ditunjukkan oleh perubahan perilaku bayi. Saat ini bayi menerima rangsangan melalui indera penglihatan, pendengaran, dan sentuhan, dan otak yang sedang berkembang menginterpretasikan rangsangan tersebut.

Dengan demikian, seorang bayi belajar dengan mengalami dan memanipulasi lingkungan. Mengembangkan keterampilan motorik dan meningkatkan mobilitas dan memperluas lingkungan bayi. Dengan mengembangkan keterampilan visual dan pendengaran, meningkatkan perkembangan kognitif.

Dalam tahap perkembangan kognitif ini, bayi mengeksplorasi dunia mereka melalui indra. Bayi belajar dengan coba-coba, mengocok dan melempar barang-barang dan memasukkan barang-barang ke dalam mulutnya. Pada usia 7 sampai 9 bulan, bayi mulai menyadari bahwa masih ada hal-hal yang tidak dapat dilihat lagi. Ini dikenal sebagai keabadian objek dan merupakan tonggak perkembangan penting karena menunjukkan bahwa ingatan bayi mulai berkembang.

Bayi membutuhkan kesempatan untuk mengembangkan dan menggunakan indranya. Kaji kesesuaian dan kecukupan peluang ini, terutama ketika seorang

anak sakit atau terluka. Perawat harus memberikan alternatif untuk anak. Bayi perlu dirangsang sesuai dengan temperamen, energi, dan usianya. Seorang perawat dapat merangsang bayi pada pemberian makan dengan menawarkan dot dan berbicara dengan anak, sehingga memaksimalkan perkembangan sambil menghemat energi.

Bahasa, berbicara adalah aspek penting dari kognisi yang berkembang selama tahun pertama. Bayi mulai menangis, mendekut, dan tertawa hingga meniru suara, memahami arti dari perintah sederhana, dan mengulangi kata-kata dengan mengetahui artinya. Pada usia 1 tahun, bayi tidak hanya mengenali namanya sendiri tetapi juga mampu mengucapkan tiga hingga lima kata dan memahami hampir 100 kata (Hockenberry et al., 2019). Perawat, mendorong ortu untuk meningkatkan perkembangan bahasa dengan menyebutkan objek yang menjadi fokus perhatian bayi.

Perubahan Psikososial

Selama tahun pertama, bayi mulai membedakan dirinya dari orang lain sebagai makhluk terpisah yang mampu bertindak sendiri. Melalui pengalaman yang berulang-ulang dengan lingkungan, bayi mulai belajar dengan dunia luar dan bayi mulai merespons orang lain.

Bayi berusia 2 dan 3 bulan mulai tersenyum secara responsif. Bayi mengenali perbedaan pada orang ketika kemampuan sensorik dan kognitif mereka meningkat. Pada usia 8 bulan, sebagian besar bayi mampu membedakan orang asing dari orang yang dikenalnya dan memberikan respons yang berbeda terhadap keduanya. Kedekatan dengan pengasuh, paling sering orang tua, biasanya terjadi pada usia ini.

Bayi mencari pengasuhnya, untuk memberi dukungan dan kenyamanan selama masa stres. Kemampuan untuk membedakan diri dari orang lain memungkinkan bayi lebih banyak berinteraksi dan bersosialisasi di lingkungannya. Misalnya, pada usia 9 bulan, bayi memainkan permainan sosial sederhana cilukba. Permainan interaktif yang lebih kompleks seperti petak umpet yang melibatkan objek dimungkinkan pada usia 1 tahun.

Kualitas interaksi orang tua-bayi menentukan perkembangan kepercayaan atau ketidakpercayaan. Bayi belajar mempercayai diri sendiri, orang lain, dan dunia melalui hubungan antara orang tua dan anak serta perawatan yang diterima anak (Hockenberry et al., 2019).

Selama masa bayi temperamen atau gaya perilaku anak menjadi jelas dan memengaruhi interaksi antara orang tua dan anak. Perawat dapat membantu orang tua memahami temperamen anak mereka dan menentukan praktik pengasuhan anak yang sesuai.

Bayi yang dirawat di rumah sakit sering mengalami kesulitan menetapkan batasan fisiknya. Mengurangi pengalaman negatif dan memberikan sensasi yang menyenangkan adalah intervensi yang mendukung perkembangan psikososial awal. Orang tua tidak selalu hadir untuk memberikan perawatan selama rawat inap. Ketika orang tua tidak ada, usahakan untuk membatasi jumlah pengasuh yang berbeda yang melakukan kontak dengan bayi dan mengikuti arahan orang tua untuk perawatan. Intervensi ini menumbuhkan perkembangan kepercayaan bayi yang berkelanjutan. Bermain penting untuk perkembangan keterampilan kognitif, sosial, dan motorik.

Sebagian besar permainan bayi bersifat soliter dan eksplorasi karena bayi menggunakan indranya untuk mengamati dan memeriksa tubuh mereka sendiri dan objek yang menarik di lingkungannya. Memfasilitasi pembelajaran bayi dengan merencanakan kegiatan yang meningkatkan perkembangan dan menyediakan mainan yang aman bagi tangan dan mulut bayi, seperti cincin susun plastik, boneka binatang yang dapat diremas.

6.3.5 Toddler / Balita (Usia 12 – 36 Bulan)

Pada masa ini, balita menikmati peningkatan kemandirian yang didukung oleh mobilitas fisik dan kemampuan kognitif yang lebih besar. Balita semakin menyadari kemampuan untuk mengontrol dan senang dengan upaya yang berhasil dengan keterampilan baru ini. Keberhasilan ini membawa balita pada upaya berulang kali untuk mengendalikan lingkungannya.

Upaya pengendalian yang gagal menghasilkan perilaku negatif dan kemarahan. Perilaku ini paling umum terjadi ketika orang tua saat menghentikan tindakan mandiri awal dan kejadian ini sering dialami oleh orang tua. Perawat dan orang tua harus membatasi kesempatan untuk jawaban “tidak”, yang dikenal sebagai negativisme. Misalnya, jangan bertanya kepada balita, “Kamu mau minum obat sekarang?”, beri tahu anak bahwa sudah waktunya minum obat, dan tawarkan pilihan air atau jus untuk diminum bersamanya.

Perubahan Fisik

Balita setiap tahun rata-rata bertambah tinggi 7,5 cm, sebagian besar karena kaki yang memanjang, dan bertambah berat 1,8 hingga 2,7 kg. (Hockenberry et al., 2019). Perkembangan keterampilan motorik yang cepat memungkinkan anak untuk berpartisipasi dalam aktivitas kebutuhan diri seperti; makan, berpakaian, dan buang air.

Pada awalnya balita berjalan dalam posisi tegak dengan sikap dan gaya berjalan lebar, perut menonjol, dan lengan ke samping untuk keseimbangan. Segera anak itu mulai naik tangga, menggunakan rel atau dinding untuk menjaga keseimbangan sambil maju ke atas, meletakkan kedua kaki pada langkah yang sama sebelum melanjutkan.

Kemudian mencoba keberanian dengan tegak untuk menuruni tangga dengan cara yang sama. Keterampilan bergerak: berlari, melompat, berdiri dengan satu kaki selama beberapa detik, dan menendang bola. Sebagian besar balita mampu mengendarai sepeda kaki 3 dan berlari dengan baik pada ulang tahun ketiga mereka.

Kemampuan motorik halus berkembang dari coretan spontan menjadi menggambar lingkaran dan pola tertentu. Pada usia 3 tahun, anak dapat menyusun menara kecil dari balok-balok. Balita belajar memegang krayon dengan jari mereka daripada dengan kepalan tangan dan dapat meniru goresan vertikal dan horizontal. Balita mampu mengatur makan sendiri dengan sendok tanpa memutarnya dan dapat minum dengan baik dari cangkir tanpa tumpah. Balita dapat membalik halaman buku satu per satu dan dapat dengan mudah memutar kenop atau gagang pintu.

Perubahan Kognitif

Pada usia 2 tahun balita mampu mengingat peristiwa dan mulai menempatkan pikiran menjadi kata-kata. Balita menyadari bahwa mereka adalah terpisah dari ibunya, tetapi tidak dapat mengambil pandangan kepada orang lain. Penalaran balita didasarkan pada pengalaman tentang suatu peristiwa. Balita menggunakan simbol untuk mewakili objek, tempat, dan orang. Anak-anak mendemonstrasikan fungsi ini, saat mereka meniru perilaku orang lain yang mereka lihat sebelumnya (misalnya, berpura-pura mencukur seperti ayah), berpura-pura bahwa satu objek adalah objek lainnya (misalnya, menggunakan jari sebagai senjata).

Pada Bahasa, Anak berusia 18 bulan itu menggunakan kurang lebih 10 kata. Anak usia 24 bulan memiliki perbendaharaan kata hingga 300 kata dan umumnya mampu berbicara dalam kalimat dua kata, meskipun kemampuan memahami pembicaraan jauh lebih besar dari jumlah kata yang diperoleh (Hockenberry et al., 2019).

Anak-anak mulai berpikir tentang hal-hal yang lebih simbolis seiring berkembangnya kosa kata mereka (Piaget, 1952). "Siapa itu?" dan apa itu?" adalah pertanyaan khas yang diajukan anak-anak selama periode ini. Ekspresi seperti "saya melakukannya" dan "itu milik saya" menunjukkan penggunaan kata ganti anak berusia 2 tahun dan keinginan untuk mengontrol dan kemandirian.

Pada usia 36 bulan, anak dapat menggunakan kalimat sederhana, mengikuti beberapa aturan tata bahasa, dan belajar menggunakan lima atau enam kata baru setiap hari. Orang tua dapat memfasilitasi perkembangan bahasa terbaik dengan berbicara dan membaca dengan anak. Membaca untuk anak-anak membantu memperluas kosa kata, pengetahuan, dan imajinasi mereka. Aktivitas layar seperti televisi, atau ponsel pintar tidak boleh digunakan untuk menggantikan interaksi orang tua-anak, karena telah terbukti menunda perkembangan bahasa (Canadian Pediatric Society, 2017; Hockenberry et al., 2019).

Perubahan Psikososial

Rasa otonomi muncul selama masa balita. Anak-anak berjuang untuk kemandirian dengan menggunakan kekuatan sendiri untuk melakukan segalanya untuk diri sendiri. Keinginan kuat mereka sering ditunjukkan dalam perilaku negatif ketika pengasuh berusaha mengarahkan tindakan mereka. Kemarahan terjadi ketika pembatasan orang tua dan membuat balita frustrasi. Orang tua perlu memberi balita kemandirian bertahap, membiarkan melakukan hal-hal yang tidak merugikan diri sendiri atau orang lain. Misalnya, balita muda yang ingin belajar memegang cangkarnya sendiri.

Imajinasi anak berkembang, dan anak mulai membedakan perbedaan antara masa lalu dan masa depan, meskipun masih belum memahami konsep yang lebih kompleks seperti sebab dan akibat (Piaget, 1952). Secara sosial, balita tetap terikat kuat dengan orang tuanya dan takut berpisah dari mereka. Balita merasa nyaman dengan orang tua.

Balita terus terlibat dalam permainan soliter dan mulai berpartisipasi dalam permainan paralel, yaitu bermain dengan anak lain. Bermain memperluas

perkembangan kognitif dan psikososial anak. Penting selalu mempertimbangkan keamanan mainan dan apakah mainan tersebut mendukung perkembangan anak.

6.3.6 Preschoolers / Pra- Sekolah (Usia 3 – 5 Tahun)

Pada masa ini, anak memperhalus penguasaan tubuh mereka dan sangat menantikan dimulainya pendidikan formal. Banyak orang menganggap masa ini paling menarik karena anak-anak tidak terlalu negatif, lebih akurat membagikan pemikirannya, dan lebih efektif berinteraksi dan berkomunikasi. Perkembangan fisik lebih lambat daripada perkembangan kognitif dan psikososial.

Perubahan Fisik

Pertumbuhan fisik berlangsung stabil di tahun-tahun prasekolah. Kenaikan berat badan per tahun rata-rata sekitar 2 sampai 3 kg dan tinggi bertambah 6,5 sampai 9 cm per tahun dan tinggi rata-rata 110 cm pada ulang tahun kelima. Perpanjangan kaki, menyebabkan anak tampak lebih ramping dan sedikit berbeda antar jenis kelamin (Hockenberry et al., 2019).

Koordinasi motorik kasar dan halus meningkat, yang dibuktikan dengan berlari dengan baik, naik turun tangga dengan mudah, dan belajar melompat. Pada usia 5 tahun mereka biasanya melompat dengan kaki bergantian, lompat tali, dan mulai meluncur dan berenang. Keterampilan motorik halus meningkat. Segitiga dan wajik biasanya dikuasai antara usia 5 dan 6 tahun (Hockenberry et al., 2019).

Mencoret-coret dan menggambar membantu mengembangkan keterampilan motorik halus dan koordinasi tangan-mata yang diperlukan untuk menulis huruf dan angka. Anak membutuhkan kesempatan belajar dan melatih keterampilan fisik baru.

Perubahan Kognitif

Tugas perkembangan adalah mempersiapkan anak belajar di sekolah. Sebagian besar perkembangan anak adalah melalui permainan imajinatif dan interaksi dengan yang lain. Anak mulai mengenali sudut pandang orang lain, tetapi tetap egosentris dalam berkomunikasi dan percaya bahwa orang lain berpikir seperti mereka.

Anak mengalami peningkatan interaksi sosial. Anak mulai menyadari hubungan sebab-akibat, dan menjelaskan hubungan kausal; seperti diilustrasikan oleh pernyataan, “Matahari terbenam karena orang ingin tidur.” “Saya menangis tadi malam, dan itulah sebabnya perawat memberi saya suntikan.” Saat mendekati usia 5 tahun, anak mulai menggunakan atau belajar menggunakan aturan untuk memahami sebab-akibat. Hal ini membentuk dasar untuk pemikiran logis yang lebih formal.

Di masa ini, anak percaya bahwa benda mati memiliki kualitas seperti hidup dan mampu bertindak, seperti yang terlihat melalui komentar seperti, “Pohon menangis saat cabangnya patah.” Pengetahuan anak prasekolah tentang dunia tetap terkait erat dengan pengalaman konkret (dirasakan oleh indra). Bahkan kehidupan fantasi anak didasarkan pada persepsi tentang realitas. Anak percaya bahwa jika suatu peraturan dilanggar, hukuman akan segera terjadi. (Hockenberry et al., 2019).

Ketakutan terbesar dari kelompok usia ini adalah bahaya fisik. Hal ini terlihat dari ketakutan anak terhadap kegelapan, hewan, badai petir, dan tenaga medis. Ketakutan ini sering mengganggu pelayanan intervensi keperawatan seperti pengukuran tanda-tanda vital. Anak-anak prasekolah bekerja sama jika mereka diizinkan membantu perawat mengukur tekanan darah orang tua atau memanipulasi peralatan perawat.

Pada Bahasa, kosakata anak terus meningkat pesat. Pada usia 5 tahun anak-anak memiliki rata-rata 2100 kata yang mereka gunakan untuk mendefinisikan benda yang mereka kenal, mengidentifikasi warna, dan mengungkapkan keinginan dan frustrasi. Anak menggabungkan empat hingga lima kata menjadi kalimat dan menggunakan kata ganti, kata depan, kata sifat, dan kata kerja. Bahasa lebih bersifat sosial, dan anak-anak prasekolah sering mempertanyakan “Mengapa?” dan berulang kali sampai dijawab.

Perubahan Psikososial

Dunia anak prasekolah berkembang melampaui keluarga ke dalam lingkungan di mana anak bertemu anak lain dan orang dewasa. Anak memiliki rasa ingin tahu dan mengembangkan inisiatif, menyebabkan aktif mengeksplorasi lingkungan, mengembangkan keterampilan baru, dan menjalin pertemanan baru. Anak mencoba banyak aktivitas yang di luar kemampuan mereka, seperti menuangkan susu dari wadah galon ke dalam mangkuk sereal mereka. Anak juga menunjukkan pemikiran magis dan percaya bahwa jika mereka hanya memikirkan sesuatu, itu akan terjadi.

Erikson (1963) merekomendasikan orang tua membantu anak-anak mereka mencapai keseimbangan yang sehat antara inisiatif dan rasa bersalah dengan membiarkan mereka melakukan hal-hal sendiri sambil menentukan batasan tegas dan memberikan bimbingan.

Sumber stres bagi anak karena perubahan pengaturan pengasuhan, mulai bersekolah, kelahiran saudara kandung, tekanan perkawinan orang tua, pindah ke rumah baru, atau penyakit. Selama masa stres, anak terkadang kembali ke tempat tidur atau mengisap jempol dan ingin orang tua memberi makan, berpakaian, dan menggendongnya. Yakinkan orang tua bahwa ini adalah beberapa perilaku koping normal anak. Berikan pengalaman yang mampu dikuasai anak.

Keberhasilan seperti itu membantu mereka kembali ke tingkat fungsi independen mereka sebelumnya. Saat keterampilan bahasa berkembang, dorong anak untuk berbicara tentang perasaan mereka. Bermain juga merupakan cara terbaik bagi anak prasekolah untuk melampiaskan frustrasi atau kemarahan dan merupakan cara yang dapat diterima secara sosial untuk mengatasi stres.

Permainan anak prasekolah menjadi lebih sosial setelah bergeser dari paralel untuk bermain asosiatif. Anak bermain bersama dalam aktivitas tidak ada pembagian kerja atau organisasi atau aturan yang kaku. Sebagian besar anak usia 3 tahun dapat bermain dengan satu anak lain secara kooperatif di mana mereka membuat sesuatu atau memainkan peran yang ditentukan seperti ibu dan bayi.

Pada usia 4 tahun, anak-anak bermain dalam kelompok yang terdiri dari dua atau tiga orang, dan pada usia 5 tahun kelompok tersebut memiliki pemimpin sementara untuk setiap kegiatan. Selama tahap pertumbuhan dan perkembangan pra operasional, anak mulai terlibat dalam permainan pura-pura (Piaget, 1952).

Bermain pura-pura memungkinkan anak belajar memahami sudut pandang orang lain, mengembangkan keterampilan dalam memecahkan masalah sosial, dan menjadi lebih kreatif. Beberapa anak memiliki teman bermain imajiner. Teman bermain ini melayani banyak tujuan, merupakan tanda kesehatan, dan memungkinkan anak membedakan antara kenyataan dan fantasi (Hockenberry et al., 2019).

Televisi (TV), video, permainan elektronik, dan program komputer juga membantu mendukung pengembangan dan pembelajaran keterampilan dasar. Namun, ini hanya boleh menjadi satu bagian dari keseluruhan kegiatan bermain anak. Membatasi menonton TV akan memberikan lebih banyak waktu bagi anak untuk membaca, terlibat dalam aktivitas fisik, dan bersosialisasi dengan orang lain (Hockenberry et al., 2019).

6.4.7 Anak Usia Sekolah (Usia 6 – 12 Tahun)

Selama “usia tahun pertengahan”, usia 6 sampai 12 tahun, dasar untuk peran orang dewasa dalam pekerjaan, rekreasi, dan interaksi sosial mulia terbentuk. Masa anak ini diakhiri dengan pubertas dan sekaligus sebagai tanda awal masa remaja. Anak secara besar, mengembangkan kompetensi dalam keterampilan fisik, kognitif, dan psikososial.

Pengalaman sekolah atau pendidikan memperluas dunia anak dan merupakan transisi dari kehidupan yang relatif bebas bermain ke kehidupan yang terstruktur, belajar, dan bekerja. Sekolah dan rumah memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan yang memerlukan penyesuaian oleh orang tua dan anak. Anak belajar untuk mengatasi aturan dan harapan sekolah dan teman sebaya. Orang tua harus belajar membiarkan anak mereka membuat keputusan, menerima tanggung jawab, dan belajar dari pengalaman hidup.

Perubahan Fisik

Laju pertumbuhan pada tahun-tahun awal berjalan lambat dan konsisten, relatif tenang sebelum terjadi percepatan pertumbuhan masa remaja. Anak usia sekolah tampak lebih ramping daripada anak prasekolah akibat perubahan distribusi dan ketebalan lemak. Sebagian besar anak perempuan melebihi anak laki-laki dalam hal tinggi dan berat badan pada akhir tahun sekolah (Hockenberry et al., 2019).

Anak usia sekolah menjadi lebih anggun, karena koordinasi otot besar dan kekuatan meningkat. Anak melakukan keterampilan motorik kasar dasar; berlari, melompat, menyeimbangkan, melempar, dan menangkap selama bermain, menghasilkan penyempurnaan fungsi dan keterampilan *neuromuskular*. Perbedaan individu dalam tingkat penguasaan keterampilan dan pencapaian keterampilan akhir menjadi jelas selama partisipasi mereka dalam banyak aktivitas dan permainan.

Keterampilan motorik halus meningkat, yang memungkinkan kemahiran dalam berbagai aktivitas, termasuk menulis tangan, menggambar, dan

bermain. Sebagian besar anak usia 6 tahun sudah mahir memegang pensil dan mencetak huruf dan kata-kata; pada usia 12 tahun seorang anak mampu membuat gambar detail dan menulis kalimat dalam naskah. Melukis, menggambar, bermain game komputer, dan membuat model memungkinkan anak-anak untuk berlatih dan meningkatkan keterampilan yang baru. Peningkatan kemampuan motorik halus anak-anak di masa kanak-kanak menengah memungkinkan mereka menjadi sangat mandiri dalam mandi, berpakaian, dan mengurus kebutuhan pribadi lainnya.

Dalam asuhan keperawatan, pada masa ini penting untuk mengizinkan anak berpartisipasi dalam perawatan dan menjaga kemandirian sebanyak mungkin. Misalnya, anak-anak dapat membantu menentukan jenis cairan dan membantu mencatat asupannya.

Karena perkembangan tulang belakang, postur anak usia sekolah lebih tegak dari sebelumnya. Dan pada masa ini perlu dilakukan skrining skoliosis, kelengkungan tulang belakang ke samping, pada wanita pada usia 10 dan 12 tahun dan pada pria pada usia 13 hingga 14 tahun. Sehingga apabila ada kelainan dapat dilakukan perawatan dini.

Ketajaman visual meningkat, dan penglihatan normal 20/20 orang dewasa dapat dicapai. Skrining untuk masalah penglihatan dan pendengaran lebih mudah, dan hasilnya lebih dapat diandalkan karena anak usia sekolah lebih memahami dan bekerja sama dengan petunjuk tes. Perawat sekolah biasanya menilai pertumbuhan, visual, dan status pendengaran.

Perubahan Kognitif

Anak usia sekolah mampu berpikir secara logis tentang saat ini dan di sini dan untuk memahami bagaimana satu hal berhubungan dengan hal lain. Anak dapat menggunakan kemampuan berpikir mereka yang dikembangkan untuk mengalami peristiwa tanpa harus memerankannya (Hockenberry et al., 2019). Pikiran mereka tidak lagi didominasi oleh persepsi mereka; dengan demikian kemampuan mereka untuk memahami dunia sangat berkembang.

Anak mampu berkonsentrasi lebih dari satu aspek situasi. Anak mulai memahami bahwa orang lain tidak selalu melihat hal-hal seperti mereka dan bahkan mulai memahami sudut pandang lain. Anak mampu untuk mengenali bahwa jumlah atau kuantitas suatu zat tetap sama meskipun bentuk atau penampilannya berubah.

Misalnya, dua bola tanah liat dengan ukuran yang sama tetap memiliki jumlah tanah liat yang sama meskipun satu diratakan dan yang lainnya tetap berbentuk bola. Mampu memahami bahwa unsur yang sama bisa ada di dua kelas sekaligus. Anak-anak usia sekolah sering memiliki koleksi seperti kartu bisbol atau boneka binatang yang mendemonstrasikan keterampilan kognitif baru ini. (Hockenberry et al., 2019).

Pertumbuhan bahasa berlangsung cepat, penggunaan bahasa membaik dan memperluas pengetahuan struktural mereka. Anak menjadi lebih sadar akan aturan sintaksis, aturan untuk menghubungkan kata ke dalam frase dan kalimat. Anak juga mampu mengidentifikasi generalisasi, menerima bahasa sebagai sarana untuk mewakili dunia. Anak mulai berpikir tentang bahasa, yang memungkinkan mereka untuk menghargai lelucon dan teka-teki. (Hockenberry et al., 2019).

Perubahan Psikososial

Erikson (1963) mengidentifikasi tugas perkembangan anak usia sekolah sebagai industri versus inferioritas. Selama masa ini anak berusaha untuk memperoleh kompetensi dan keterampilan yang diperlukan bagi mereka untuk berfungsi sebagai orang dewasa. Anak usia sekolah yang diakui keberhasilannya secara positif merasa berharga. Mereka yang menghadapi kegagalan sering kali merasa biasa-biasa saja atau tidak berharga, yang terkadang mengakibatkan penarikan diri dari sekolah dan teman sebaya.

Anak usia sekolah mulai mendefinisikan diri mereka lebih berdasarkan karakteristik internal daripada eksternal. Mereka mulai mendefinisikan konsep diri mereka dan mengembangkan harga diri melalui evaluasi diri yang berkelanjutan. Interaksi dengan teman sebaya memungkinkan mereka untuk menentukan pencapaian mereka sendiri dalam hubungannya dengan orang lain saat mereka bekerja untuk mengembangkan citra diri yang positif (Hockenberry et al., 2019).

Menurut Piaget, anak usia sekolah sekitar usia 11 tahun dapat mulai memasuki tahap keempat dan terakhir dari perkembangan intelektual, operasi formal. Pada tahap ini, mulai merenungkan hubungan abstrak. Mereka dapat merumuskan hipotesis dan mempertimbangkan berbagai kemungkinan. Piaget percaya bahwa ini adalah tahap akhir dari perkembangan kognitif dan perkembangan intelektual lanjutan pada remaja dan orang dewasa bergantung pada akumulasi pengetahuannya.

Identitas Seksual, Freud menggambarkan masa kanak-kanak tengah sebagai periode latensi karena dia percaya bahwa anak-anak pada periode ini memiliki sedikit minat pada seksualitas mereka. Anak-anak ingin tahu tentang seksualitas mereka. Keingintahuan anak tentang majalah dewasa atau arti kata-kata yang eksplisit secara seksual adalah contohnya minat seksual. Inilah saatnya bagi mereka untuk mendapatkan paparan tentang pendidikan seks, termasuk topik tentang pematangan seksual, reproduksi, dan hubungan (Hockenberry et al., 2019).

Bab 7

Konsep Manusia Sehat Sakit

7.1 Pendahuluan

Pada masa lalu, sebagian besar individu dan masyarakat memandang sehat sebagai kondisi kebalikan dari sakit atau kondisi tubuh yang bebas dari penyakit (Potter et al, 2017). Dengan pendekatan yang digunakan pada abad ke 21, konsep sehat saat ini dipandang dalam perspektif yang lebih luas yang berfokus pada upaya mempertahankan kesehatan individu dan mencegah penyakit (Yosst dan Crawford, 2020).

Upaya mempertahankan, meningkatkan dan mengembalikan kesehatan menjadi tujuan utama seorang perawat yang berperan sebagai *caregiver* (Taylor et al, 2015). Melalui pengetahuan dan proses pengkajian keperawatan, perawat juga akan mengidentifikasi faktor risiko yang membuat individu atau masyarakat berpotensi menjadi sakit sehingga mampu mencegah individu atau masyarakat mengalami sakit (Potter et al, 2021).

Disisi lain, perawat juga berupaya mempertahankan fungsi fisiologis dan kesehatan mental pasien pada level yang tertinggi dengan tujuan untuk memberikan perawatan holistik yang mencakup keseluruhan kebutuhan pasien (Yosst dan Crawford, 2020). Untuk memberikan perawatan yang holistik perawat, terlebih dahulu harus mampu memahami dan menghormati definisi

sehat dan respon pasien saat mengalami sakit serta mengenali model konsep sehat dan sakit (Taylor et al, 2011).

Perawat yang mampu memahami dan mengidentifikasi model serta reaksi pasien saat sakit dapat membantu pasien dan keluarga serta masyarakat untuk mempertahankan atau mengembalikan fungsi pasien dan keluarga pada tingkatan yang tertinggi sehingga dapat mengurangi biaya perawatan kesehatan, meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien, keluarga dan masyarakat (Potter et al, 2021).

7.2 Definisi Sehat

Secara tradisional, sehat didefinisikan sebagai kondisi tubuh yang bebas dari penyakit (Berman et al, 2022). *World Health Organisation* (WHO) kemudian mendefinisikan sehat secara lebih holistik dengan status kondisi tubuh yang tidak hanya bebas dari penyakit namun juga sehat secara fisik, mental maupun social well-being (Potter et al, 2021).

Taylor et al (2011) menyatakan sehat dapat diukur secara global yang ditandai dengan menurunnya tingkat morbiditas atau prevalensi penyakit dan menurunnya tingkat mortalitas atau angka kematian. Sementara, secara personal sehat diukur dengan kondisi yang dirasakan, ada atau tidaknya gejala penyakit yang dirasakan atau kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Setiap orang memiliki definisi sehat yang berbeda-beda yang didasarkan pada nilai dan kepercayaan (Taylor et al, 2015). Potter et al (2021) menambahkan definisi sehat secara personal juga dipengaruhi oleh kepribadian, budaya dan gaya hidup, serta lingkungan dan usia, di mana individu kadang kala mendefinisikan sehat didasarkan pada kondisi lingkungan tempat tinggal yang memiliki efek positif atau negatif pada kesehatan dibandingkan dengan kondisi fisik secara umum. Kondisi lingkungan yang dimaksud seperti sosial ekonomi, diet dan lain-lain.

Sementara definisi usia didasarkan pada usia penambahan usia khususnya pada lansia yang mendefinisikan sehat ketika tubuh bebas dari penyakit dan cacat, dapat melakukan aktivitas sehari-hari, mampu mempertahankan fungsi kognitif dengan baik, mampu berinteraksi dengan orang lain serta melakukan olahraga atau praktik kesehatan lain secara teratur.

Secara garis besar keluarga, budaya, masyarakat dan lingkungan memengaruhi persepsi sehat seseorang dan terintegrasi dengan dimensi yang ada pada diri manusia yakni fisik, intelektual, sosial kultural, emosional, spiritual dan lingkungan seperti yang tampak pada gambar 1 di bawah ini (Taylor et al, 2011).

Seorang perawat yang akan memberikan perawatan harus mempertimbangkan keseluruhan dimensi yang ada pada setiap diri pasien (Taylor et al, 2015).



Gambar 7.1: Dimensi Manusia (Taylor et al, 2015).

7.3 Faktor Memengaruhi Kesehatan dan Perilaku Hidup Sehat

Kesehatan dan perilaku hidup sehat pasien dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Variabel internal seperti tumbuh kembang, latar belakang pendidikan, persepsi, emosi dan spiritual, sementara variabel eksternal seperti peran keluarga dan lingkungan sosial (Potter et al, 2021).

Tumbuh Kembang

Persepsi sehat, sakit dan perilaku kesehatan berubah seiring dengan perkembangan waktu. Proses tumbuh kembang dapat menjadi informasi yang dapat membantu petugas kesehatan dalam merespons atau merawat pasien, seperti rasa takut dan cemas yang sering terjadi pada anak-anak khususnya saat informasi yang diterima kurang seperti informasi tentang sakit yang diderita, rawat inap atau prosedur pengobatan yang dijalani.

Latar Belakang Pendidikan

Kesehatan dan perilaku pola hidup sehat salah satunya dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan. Tingkat pendidikan dan pengetahuan memengaruhi seseorang memahami penyakit yang diderita dan perilaku pola hidup sehat yang akan diterapkan.

Persepsi

Persepsi terkait fungsi fisik dapat memengaruhi kesehatan dan perilaku pola hidup sehat seseorang. Seorang perawat yang akan melakukan pengkajian diharapkan untuk dapat memahami persepsi tentang fungsi fisik pasien saat mengumpulkan data subjektif seperti tingkat kelemahan yang dirasakan, keluhan sesak napas ataupun nyeri yang dirasakan pasien.

Lalu mengumpulkan data objektif sebagai data pendukung seperti tekanan darah, berat badan atau hasil pemeriksaan fisik lainnya. Informasi yang jelas khususnya terkait persepsi dapat membantu suksesnya intervensi dan implementasi tindakan keperawatan yang dapat meningkatkan kemampuan fungsional pasien.

Emosi

Tingkat stres, depresi dan ketakutan dapat memengaruhi kesehatan dan perilaku pola hidup sehat pasien. Cara pasien mengolah emosi yang dimiliki seperti stres dapat memengaruhi reaksi pasien terhadap penyakit yang diderita.

Seorang pasien yang memiliki jiwa yang tenang dapat menghadapi penyakit dengan tingkat stres, depresi atau cemas yang rendah jika dibandingkan dengan pasien lain yang tidak mampu mengontrol emosi yang dapat menunjukkan reaksi yang berlebihan seperti stres, cemas dan rasa takut yang tinggi bahkan menolak kondisi yang dialami sehingga tidak jarang terdapat beberapa pasien yang menolak untuk melakukan pengobatan.

Spiritualisme

Spiritual mencerminkan bagaimana kehidupan yang dijalani seseorang termasuk praktik nilai dan kepercayaan yang dimiliki, hubungan sosial yang dimiliki dengan keluarga dan teman, dan kemampuan untuk menemukan harapan dan arti hidup. Spiritualitas dipengaruhi oleh agama yang dianut.

Beberapa agama ada melarang menggunakan pengobatan medis, seperti kepercayaan Jehovah yang melarang pemeluk agamanya untuk tidak menerima transfusi darah. Oleh karenanya sangatlah penting bagi seorang perawat untuk memahami kepercayaan dan spiritual pasien agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal.

Peran Keluarga

Peran keluarga memengaruhi bagaimana setiap anggota keluarga memahami terkait kondisi kesehatan, penyakit dan perilaku hidup sehat. Persepsi tentang penyakit dan riwayat masa lalu dapat memengaruhi persepsi anggota keluarga tentang kesehatan, seperti seorang anak yang memiliki orang tua yang percaya tentang pentingnya mengonsumsi makanan sehat dan melakukan aktivitas dapat mengajarkan kepada anaknya untuk melakukan hal yang sama.

Berbeda dengan orang tua yang tidak melakukan pola hidup sehat yang dapat memengaruhi pola makan anak yang memicu timbulnya obesitas.

Lingkungan Sosial

Lingkungan menjadi salah satu faktor yang memengaruhi kesehatan seseorang. Faktor lingkungan seperti kualitas lingkungan, pendapatan, tingkat pendidikan, hubungan sosial dan tempat tinggal seperti tempat tinggal yang berada pada cuaca tropis akan lebih mudah terjangkit penyakit malaria.

Polusi udara dan air yang ada di sekitar tempat tinggal juga dapat berdampak pada kesehatan di mana seseorang yang tinggal dengan lingkungan yang banyak mengandung asbestos akan lebih mudah menderita sakit kanker, begitu pula individu yang tinggal dengan perokok aktif akan lebih mudah terserang penyakit kanker.

Pendapatan

Tingkat pendapatan memengaruhi risiko sakit dan kemampuan pasien untuk mendapatkan fasilitas kesehatan, seperti pada pasien dengan tingkat ekonomi

tinggi yang memiliki kemampuan untuk diet dan menjalani pengobatan dan hal ini tentu berbeda dengan pasien dengan tingkat pendapatan yang rendah.

Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya menjadi salah satu bagian lingkungan yang memengaruhi kesehatan individu. Budaya dapat memengaruhi pola hidup dan nilai atau pandangan pasien terhadap kesehatan sehingga diharapkan seorang perawat mampu mengenali latar belakang budaya pasien agar dapat memberikan pelayanan yang maksimal.

7.4 Definisi Sakit

Sakit adalah respons tubuh seseorang terhadap penyakit dan merupakan proses abnormal karena adanya perubahan status kesehatan jika dibandingkan dengan status kesehatan sebelumnya. Sementara penyakit adalah istilah medis yang mengacu pada perubahan patologi yang terjadi dalam tubuh atau pikiran manusia (Taylor et al, 2015).

Setiap orang memiliki respons yang berbeda terhadap penyakit yang dialami yang ditentukan oleh persepsi diri, individu, budaya, nilai kepercayaan, spiritualitas dan tingkat pendidikan serta emosi (Taylor et al, 2011). Seperti pada seorang pasien yang menderita pneumonia akan menunjukkan respon positif, menjalani pengobatan dan tetap beraktivitas seperti biasa, namun pasien lain mungkin menunjukkan respons yang berbeda (Yosst dan Crawford, 2020).

Sakit yang dialami pasien dapat dibedakan dalam 2 jenis yakni sakit akut dan kronik tergantung dari kondisi klinis dan prognosis penyakit. Baik sakit akut maupun kronik dapat bersifat permanen dan menyebabkan cacat (Yosst dan Crawford, 2020).

Sakit Akut

Sakit akut dikarakteristikan dengan adanya gangguan yang dialami yang terjadi kurang dari 6 bulan dengan manifestasi klinik yang dapat hilang dengan cepat (Yosst dan Crawford, 2020). Ada beberapa sakit akut yang diderita pasien membutuhkan perawatan dan ada pula yang dapat sembuh dengan sendirinya seperti batuk ataupun diare, dan dalam beberapa kondisi tertentu saat pasien menderita sakit akut dan membutuhkan pengobatan seperti

tindakan operasi pada pasien apendisitis, pasien akan tetap dapat sembuh dan kembali sehat (Taylor et al, 2011).

Sakit akut yang diderita pasien dapat menimbulkan respons yang berbeda tergantung dari usia, jenis kelamin, nilai dan norma keluarga yang dianut, status ekonomi, budaya, tingkat pendidikan dan status mental. Seorang perawat diharapkan mampu untuk memberikan perawatan dengan memperhatikan kondisi serta faktor lain yang memengaruhi respons pasien saat menderita sakit akut (Yosst dan Crawford, 2020).

Sakit Kronik

Sakit kronik digambarkan dengan hilangnya fungsi tubuh yang terjadi lebih dari 6 bulan dan membutuhkan pengobatan jangka panjang (Yosst dan Crawford, 2020). Penyakit kronis biasanya disertai dengan adanya serangan ulang dan keparahan penyakit yang dapat mengancam jiwa seperti penyakit jantung, diabetes melitus dan paru-paru (Berman et al, 2022).

7.4.1 Faktor Memengaruhi Sakit

Mengetahui faktor yang memengaruhi sakit merupakan hal yang penting dalam meningkatkan kesehatan dan mencegah sakit. Banyak faktor yang dapat menyebabkan seseorang mengalami sakit di antaranya sebagai berikut (Yosst dan Crawford, 2020):

Usia

Usia menjadi salah satu indikator kuat yang menyebabkan seseorang dapat dengan mudah terserang penyakit. Hal ini tentu sangat berhubungan dengan fungsi sistem imun. Anak kecil utamanya neonatus dan bayi yang lahir prematur lebih rentan terkena penyakit infeksi karena sistem imun yang belum sempurna. Begitu pula pada usia lanjut yang juga lebih rentan mengalami penyakit karena penurunan fungsi sistem imun dan lebih mudah menderita komplikasi dari penyakit yang diderita (Yosst dan Crawford, 2020).

Peran seorang perawat sangat diperlukan, melalui edukasi seorang perawat dapat memberikan informasi kepada orang tua dari anak-anak, remaja atau orang dewasa tentang pentingnya *cek up*, skrining kesehatan dan melakukan imunisasi.

Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor risiko penyebab seseorang rentan terkena penyakit. Melakukan tes skrining sesuai dengan jenis kelamin menjadi hal yang penting dalam proses perawatan. Seperti seorang perawat yang melakukan pengkajian testikular pada pasien laki-laki muda dan pemeriksaan prostat pasien laki-laki tua. Sementara pada pasien perempuan perawat melakukan pengkajian tentang riwayat menstruasi, riwayat pemeriksaan payudara sendiri, kehamilan dan hal lain yang berpotensi mengganggu kesehatan pasien.

Genetik

Kerentanan seseorang mengidap penyakit juga dapat disebabkan oleh faktor genetik. Faktor genetik dapat menjadi faktor yang lebih besar memungkinkan seseorang mengalami penyakit karena adanya faktor lingkungan. Dengan mengontrol faktor yang memengaruhi fungsi fisik dan psikis dapat menurunkan risiko pasien mengidap penyakit, seperti seorang pasien dengan riwayat keluarga yang menderita *hiperlipidemia* dan *aterosklerosis* dapat berisiko mengalami penyakit jantung.

Namun dengan mengontrol faktor pencetus seperti gaya hidup dengan menurunkan berat badan, berolahraga setiap hari dan mengonsumsi makanan yang sehat dapat menurunkan faktor risiko genetik pasien mengalami penyakit jantung.

Gaya Hidup

Gaya hidup seseorang dapat memengaruhi kesehatan pasien. Gaya hidup yang buruk dapat membuat seseorang rentan terkena penyakit, seperti konsumsi alkohol dapat menyebabkan penyakit hati dan lambung atau diet yang buruk dan kurang melakukan aktivitas dapat berdampak pada peningkatan berat badan atau obesitas, penyakit jantung dan kanker.

Perawat dapat memberikan edukasi kepada pasien untuk meningkatkan aktivitas paling sedikit 30 menit dalam 5 hari pada orang dewasa, atau 20 menit dalam 3 hari. Untuk anak-anak dan remaja 60 menit setiap hari, dan lanjut usia 30 menit dalam 3 atau 5 hari.

Lingkungan

Lingkungan baik dalam rumah maupun luar rumah menjadi salah satu faktor yang memengaruhi seseorang rentan terhadap 85 dari 102 jenis penyakit.

Faktor lingkungan dalam rumah seperti asap rokok, debu, bulu hewan peliharaan, kondisi lingkungan rumah yang padat dapat meningkatkan risiko penyakit pernapasan dan gangguan kulit.

Sementara faktor lingkungan dari luar rumah seperti buruknya sanitasi lingkungan, air dan udara yang kotor serta kurang amannya lingkungan karena faktor predator seksual atau padatnya tempat tinggal meningkatkan munculnya perilaku sedentair yang memicu terjadinya obesitas.

7.4.2 Dampak Sakit

Sakit dapat menyebabkan perubahan tidak hanya pada pasien namun juga keluarga pasien. Perubahan yang terjadi bergantung pada keparahan dan lama menderita penyakit, sikap atau perilaku, ekonomi, gaya hidup, peran dan lain-lain.

Berikut beberapa dampak yang dapat terjadi akibat penyakit yang diderita pasien (Berman et al, 2022):

Dampak Pada Pasien

Sakit yang diderita pasien menyebabkan pasien mengalami perubahan sikap dan emosi yang akan memengaruhi konsep diri dan gaya hidup pasien. Perubahan sikap dan emosi (seperti cemas, takut dan marah) sangat berhubungan dengan lama menderita penyakit). Sakit yang diderita pasien juga menyebabkan kepercayaan dan harga diri pasien menurun seperti pada pasien yang mengalami penyakit stroke menyebabkan dirinya harus kehilangan salah satu fungsi tubuh dan harus bergantung pada orang lain (Berman et al, 2022).

Sakit juga dapat menyebabkan pasien mengalami perubahan *body image* seperti pada pasien yang mengalami amputasi pada umumnya akan mengalami lima fase yakni syok, menarik diri, mengakui, menerima dan sembuh. Awalnya pasien akan mengalami syok karena adanya perubahan yang terjadi pada tubuhnya yang menyebabkan pasien cemas dan menarik diri.

Menarik diri menjadi salah satu koping mekanisme adaptif yang membantu pasien untuk mulai memahami perubahan yang terjadi, lalu mulai mengakui perubahan yang terjadi. Pengakuan yang dirasakan pasien akan membuat pasien menjadi sedih. Seiring berjalannya waktu, pasien akan mulai menerima kondisi dan akan masuk dalam fase penyembuhan di mana pasien mulai beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (Potter et al, 2017).

Menghadapi berbagai kondisi pasien tersebut, maka seorang perawat dapat membantu pasien untuk mengekspresikan perasaan dan pikiran serta hal yang dibutuhkan pasien agar tetap kuat dalam menjalani penyakit. Perawat juga diharapkan untuk memberikan dukungan dengan memberikan informasi yang jelas, mengedukasi pasien untuk melakukan perubahan gaya hidup yang lebih baik, dan bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain untuk selalu memperhatikan dan mendukung pasien (Berman et al, 2022).

Dampak Pada Keluarga

Sakit yang diderita pasien tidak hanya memberikan dampak kepada pasien namun juga pada keluarga pasien. Berikut beberapa dampak yang dialami keluarga pasien seperti perubahan peran dan tanggung jawab dalam keluarga, waktu yang tersita, menimbulkan perasaan cemas dan kadang kala konflik antar keluarga, masalah keuangan, merasa sendiri dan perubahan sosial (Berman et al, 2022).

7.5 Model Konsep Sehat Sakit

Model merupakan salah satu cara untuk memahami gambaran suatu teori secara kompleks. Konsep sehat sakit merupakan konsep dengan teori yang sangat luas sehingga membutuhkan model yang mampu menghubungkan antara kedua konsep.

Berikut beberapa model konsep sehat sakit yang menjelaskan kedua konsep dan menjelaskan cara memahami dan memprediksi pola hidup sehat pasien seperti cara pasien menggunakan fasilitas kesehatan dan patuh terhadap rekomendasi pengobatan atau terapi.

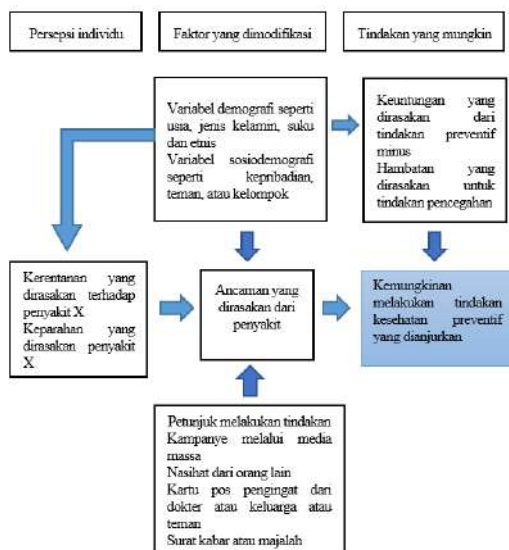
Model Keyakinan Kesehatan

Rosentoch (1974) dan Becker & Maiman (1975) dalam Potter et al. (2017) mengembangkan model keyakinan kesehatan yang menggambarkan hubungan antara kepercayaan dan perilaku kesehatan pasien, serta membantu memahami faktor yang memengaruhi persepsi, kepercayaan dan perilaku pasien. Melalui model keyakinan kesehatan seorang perawat dapat memberikan rencana perawatan yang efektif sehingga dapat mempertahankan atau mengembalikan kesehatan pasien serta mampu mencegah penyakit.

Komponen pertama dari model-model keyakinan kesehatan menyangkut persepsi seseorang tentang kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit. Sebagai contoh, seorang klien perlu mengenal adanya penyakit arteri koroner melalui riwayat keluarga. Setelah mengetahui riwayat keluarga, terutama jika dalam empat dekade salah satu orang tua dan dua orang saudara kandung meninggal karena *infark miokard*, maka klien mungkin akan merasakan risiko mengalami penyakit jantung.

Komponen kedua menjelaskan tentang persepsi individu tentang bahaya penyakit. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor demografi dan sosiopsikologis, perasaan terancam oleh penyakit, dan tanda-tanda untuk bertindak seperti media massa, saran dari keluarga, teman dan dokter.

Komponen ketiga menjelaskan tentang kemungkinan seseorang untuk mengambil tindakan pencegahan. Komponen ketiga ini terbentuk dari persepsi seseorang tentang manfaat dan hambatan pencegahan. Tindakan pencegahan seperti perubahan gaya hidup, meningkatkan kepatuhan dalam mengonsumsi obat medis atau mencari sumber informasi tentang pengobatan atau penyakit. Persepsi pasien tentang keparahan penyakit dapat membantu pasien untuk menentukan pilihan apakah akan mengambil atau tidak mengambil tindakan pola hidup sehat.



Gambar 7.2: Model Keyakinan Kesehatan (Potter et al, 2017)

Model Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan yang didasarkan pada hierarki Maslow menggambarkan hubungan antara kebutuhan dasar untuk bertahan hidup dan keinginan individu untuk tumbuh dan berkembang. Model ini sering kali digambarkan sebagai sebuah piramida yang terdiri dari lima tingkatan. Tingkat paling bawah berhubungan dengan kebutuhan psikologis dan tingkatan paling atas berhubungan dengan kebutuhan aktualisasi diri yang berkaitan dengan tujuan dan identitas (Potter et al, 2017).

Model kebutuhan dasar Maslow menekankan bahwa kebutuhan dasar psikologis menjadi kebutuhan yang pertama dan penting dipenuhi dibandingkan dengan tingkat kebutuhan yang lain. Model kebutuhan hierarki Maslow merupakan model yang digunakan oleh perawat untuk memahami hubungan antara kebutuhan dasar manusia. Perawat menerapkan model ini saat akan memberikan intervensi keperawatan yang berfokus pada upaya pencegahan dan edukasi (Yosst dan Crawford, 2020).

Hal yang perlu diperhatikan seorang perawat saat akan mengaplikasikan model ini adalah fokus perawatan dilakukan pada kebutuhan pasien bukan pada tingkat kebutuhan. Seperti contoh pada pasien yang berada pada fase *end of life* akan lebih membutuhkan kebutuhan untuk dihormati, kebutuhan spiritual dan dukungan dari orang tersayang dibandingkan dengan kebutuhan nutrisi dan cairan (Yosst dan Crawford, 2020).

Model ini juga menekankan bahwa seorang perawat tidak boleh berasumsi bahwa kebutuhan satu orang pasien sama dengan pasien lain meskipun dengan kondisi penyakit yang sama. Dengan menerapkan asumsi bahwa setiap pasien berbeda atau unik, maka model kebutuhan dasar Maslow akan sangat berguna bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Potter et al, 2017).



Gambar 7.3: Model Kebutuhan Dasar Manusia (Potter et al, 2017)

Model Kesehatan Holistik

Model kesehatan holistik berfokus pada hubungan antara tubuh dan pikiran sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan akan melihat pasien secara holistik mulai dari kesehatan emosional, spiritual dan aspek lain yang menjadi bagian penting dari kesehatan fisik pasien (Potter et al, 2017).

Seorang perawat yang akan menerapkan model kesehatan holistik dalam asuhan keperawatan perlu menerapkan prinsip partisipasi pasien dalam hal ini pasien aktif dalam menentukan proses penyembuhan tidak menjadi seorang pasien pasif yang hanya menerima masukan intervensi terapeutik (Yosst dan Crawford, 2020).

Tidak hanya mengikutsertakan pasien dalam menentukan terapi kesehatan, seorang perawat juga perlu menghormati setiap pengalaman atau perasaan subjektif pasien yang dapat membantu pasien dalam proses penyembuhan (Potter et al, 2017).

Pada model kesehatan holistik perawat juga mengenali kemampuan penyembuhan mandiri dari tubuh pasien sendiri atau tingkat kesehatan tubuh pasien dan menggunakan intervensi komplementer sebagai terapi yang melengkapi pengobatan medis seperti meditasi, terapi musik, terapi relaksasi, terapi sentuhan dan bimbingan imajinasi yang dapat menjadi terapi pilihan karena ekonomis, tidak melukai pasien dan tidak mengandung bahan-bahan farmakologi (Potter et al, 2017).

Intervensi keperawatan yang didasarkan pada model kesehatan holistik telah terbukti melalui *evidence-based practice* karena penerapannya sangat mudah dan diterima oleh pasien serta menggabungkan pikiran-jiwa-raga pasien dalam proses penyembuhan (Yosst dan Crawford, 2020).

Model Peningkatan Kesehatan

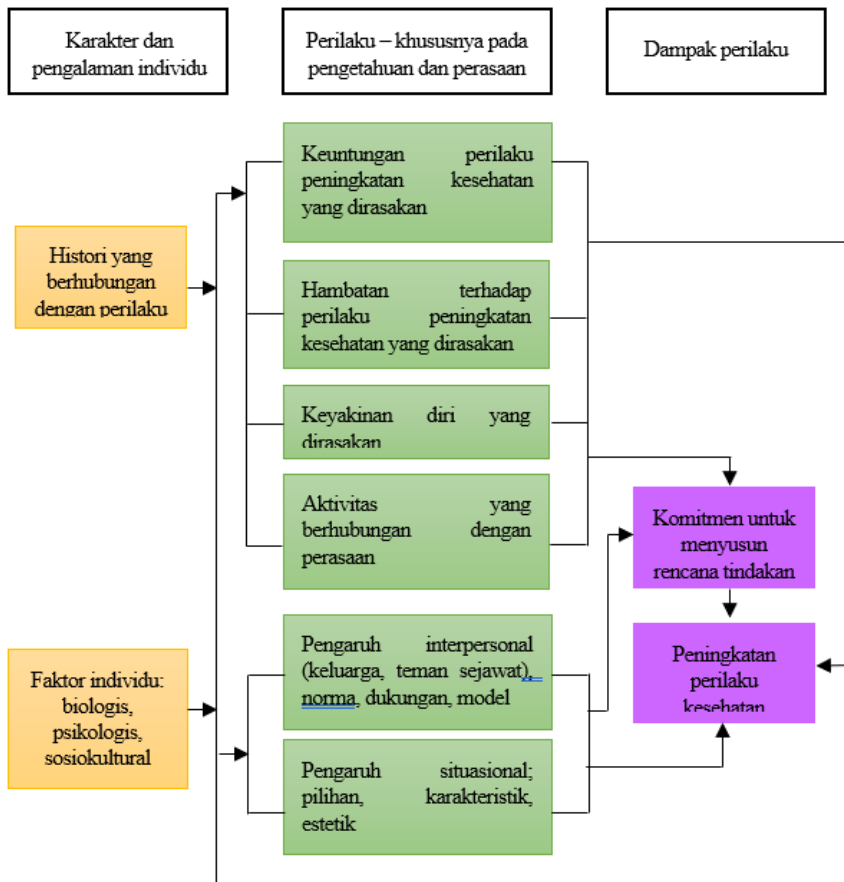
Model peningkatan kesehatan yang dikemukakan oleh (Pender, 1982 direvisi 1996) dibuat untuk menyeimbangkan model perlindungan kesehatan. Model ini menjelaskan kesehatan sebagai suatu keadaan positif dan dinamis tidak hanya bebas dari penyakit. Peningkatan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesehatan pasien.

Model peningkatan kesehatan berfokus pada tiga area yakni:

1. karakter dan pengalaman individu;
2. perilaku khususnya pada pengetahuan dan perasaan serta;

3. dampak perilaku, yang ketiganya memengaruhi pasien untuk melakukan perubahan.

Model peningkatan kesehatan mencatat bahwa setiap orang mempunyai kepribadian dan pengalaman yang unik yang akan berdampak pada perilaku kesehatan selanjutnya. Variabel perilaku khususnya pengetahuan dan dampak perilaku sangat berpengaruh terhadap motivasi di mana variabel ini dapat dimodifikasi oleh perawat. Model peningkatan kesehatan dapat meningkatkan kesehatan dan kemampuan fungsional serta kualitas hidup pada setiap perkembangan usia pasien.



Gambar 7.4: Model Peningkatan Kesehatan (Potter et al, 2017)

Bab 8

Evidence-Based Practice

8.1 Pendahuluan

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sering kali harus membuat keputusan tentang berbagai aspek perawatan pasien. Misalnya pertanyaan untuk pertimbangan “Bagaimana sebaiknya cara mengukur suhu bayi baru lahir” dan “bagaimana cara memindahkan pasien curiga fraktur tulang belakang dari ambulance ke tempat tidur UGD?”.

Pada *Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care* (Taylor et al., 2011) telah dijelaskan tentang *Evidence based Practice* (EBP). EBP dalam keperawatan adalah pendekatan pemecahan masalah untuk membuat keputusan klinis, menggunakan bukti terbaik yang tersedia (dianggap "terbaik" karena dikumpulkan dari sumber seperti penelitian yang dipublikasikan, standar dan pedoman nasional, dan review literatur yang ditargetkan).

EBP memadukan ilmu dan seni keperawatan sehingga hasil pasien terbaik tercapai. Informasi yang dikumpulkan dianalisis dan digunakan untuk menjawab pertanyaan (the science of nursing), dengan mempertimbangkan preferensi dan nilai-nilai pasien, serta pengalaman klinis perawat (the art of nursing). EBP dapat terdiri dari intervensi keperawatan khusus atau dapat menggunakan pedoman yang ditetapkan untuk perawatan pasien dengan penyakit, perawatan, atau prosedur bedah tertentu.

Penerapan EBP dalam praktik klinis dapat menghadirkan banyak tantangan. Penolakan untuk menggunakan EBP mungkin timbul dalam pengaturan perawatan kesehatan saat ini sebagai akibat dari kekurangan keperawatan, tingkat ketajaman pasien, keterampilan perawat dalam membaca dan mengevaluasi penelitian yang dipublikasikan, dan budaya organisasi yang tidak mendukung perubahan.

Namun, untuk mencapai hasil yang diinginkan untuk perawatan pasien yang berkualitas dan untuk menunjukkan efektivitas keperawatan klinis, sangat penting bagi perawat untuk mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan asuhan keperawatan terbaik. Pengaturan praktik di mana perawat bekerja harus mendukung perubahan yang dibuat berdasarkan EBP. Perubahan dapat diterapkan oleh perawat individu, oleh kelompok perawat yang bekerja sama, atau oleh tim interdisipliner dari penyedia layanan kesehatan (Taylor et al., 2011)

Dorongan untuk EBP berbasis laporan di Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century* yang memberi tantangan profesional kesehatan untuk memberikan perawatan berdasarkan bukti ilmiah. Selain itu, mereka yang tertarik pada pengendalian kualitas dan biaya menginginkan bukti bahwa layanan dan intervensi yang didanai atau diganti efektif dalam mengamankan tujuan yang berharga.

Hingga pertengahan 1990-an, banyak rumah sakit besar memiliki departemen pemanfaatan penelitian yang dipimpin oleh ilmuwan perawat yang dipersiapkan untuk doktoral. Departemen ini melakukan penelitian di dalam rumah sakit untuk menjawab pertanyaan praktik klinis, dan menggunakan temuan penelitian untuk mendikte perubahan praktik.

Saat ini, beberapa rumah sakit menggunakan temuan dari penelitian mereka sendiri untuk mengarahkan praktik keperawatan klinis. Sebagai hasil dari kemajuan terbaru dalam teknologi informasi, temuan dari literatur yang diterbitkan dapat ditemukan, dianalisis, dan diterapkan untuk menjawab pertanyaan yang relevan secara klinis. Database kunci dan mesin pencari dapat dengan mudah diakses di sebagian besar stasiun komputer kerja serta sistem komputer rumah.

Banyak artikel penelitian dalam jurnal dan pedoman yang dikembangkan oleh panel ahli dapat diunduh, dibaca, dievaluasi, dan dibagikan dengan rekan kerja. Oleh karena itu, penggunaan EBP mengamanatkan analisis dan tinjauan sistematis terhadap temuan penelitian (Taylor et al., 2011).

EBP adalah pendekatan pemecahan masalah untuk praktik klinis yang menggabungkan penggunaan bukti terbaik dan sistematis dalam kombinasi dengan keahlian klinisi, preferensi dan nilai pasien, dan sumber daya perawatan kesehatan yang tersedia dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien (Melnyk & Fineout-Overholt dalam Potter et al., 2021).

8.2 Langkah-Langkah Implementasi EBP

Cultivate a Spirit of Inquiry

Salah satu hal yang perlu diasah adalah menumbuhkan rasa ingin tahu. Perubahan pelayanan kesehatan sering kali perlahan karena berbagai hambatan yang menghambat implementasi EBP. Ketika perawatan tidak berdasarkan bukti / *evidence*, pasien terkadang akan mengalami hasil yang buruk. Untuk menjadi agen perubahan yang efektif dan mendorong perawatan pasien yang optimal, perawat harus memiliki semangat rasa ingin tahu yang tiada henti.

Mempertanyakan praktik saat ini secara terus-menerus dan percaya pada nilai EBP mengarah pada penggunaan EBP secara konsisten dalam praktik keperawatan klinis. Agar sebuah institusi berhasil menerapkan dan mempertahankan perubahan EBP, harus ada budaya yang mendorong dan mendukung semangat penyelidikan / inkuiri (Melnyk & Fineout-Overholt dalam Potter et al., 2021).

Ask a Clinical Question

Ada beberapa metode berbeda yang dapat digunakan untuk mengajukan pertanyaan klinis. Metode yang paling umum adalah format PICOT.

P: Patient population of interest

Identifikasi pasien dengan umur, jenis kelamin, etnik, dan penyakit atau masalah kesehatan.

I: Intervention or area of interest

Intervensi mana yang bermanfaat untuk digunakan dalam praktik (misalnya pengobatan, tes diagnostik, faktor prognostik)?

C: Comparison intervention or area of interest

Apa standar perawatan yang biasa atau intervensi saat ini yang digunakan sekarang dalam praktik?

O: Outcome

Hasil apa yang ingin Anda capai atau amati sebagai hasil intervensi (misalnya, perubahan perilaku pasien, temuan fisik, persepsi pasien).

T: Time

Berapa jumlah waktu yang dibutuhkan untuk intervensi untuk mencapai suatu hasil (misalnya, jumlah waktu yang dibutuhkan untuk mengubah kualitas hidup atau perilaku pasien).

Search for the Best Evidence

Hal tersebut penting untuk mengumpulkan informasi yang dianggap sebagai tingkat bukti terkuat. Bukti / *evidence* terkuat terbaik disediakan oleh temuan dari tinjauan sistematis, pedoman praktik berbasis bukti, dan meta-analisis. Tinjauan sistematis meringkas temuan dari beberapa studi tentang pertanyaan atau topik praktik klinis tertentu, dan merekomendasikan perubahan praktik dan arah penelitian di masa depan (Taylor et al., 2011).

Setelah memiliki pertanyaan PICOT yang jelas dan ringkas, siap mencari bukti dan dapat menemukan bukti yang dibutuhkan dalam berbagai sumber (Potter et al., 2013). Pedoman praktik berbasis bukti menyintesis informasi dari berbagai penelitian dan merekomendasikan praktik terbaik untuk merawat pasien dengan penyakit (misalnya hipertensi), gejala (misalnya nyeri kronis), atau kecacatan (misalnya gangguan kognitif); pedoman ini biasanya ditulis oleh panel ahli.

Sebuah meta-analisis menggunakan analisis statistik dari efek intervensi spesifik di berbagai studi, memberikan bukti yang lebih kuat daripada hasil dari studi tunggal. Jika tinjauan sistematis, pedoman EBP, dan meta-analisis tidak tersedia, kumpulkan tinjauan studi deskriptif atau kualitatif atau artikel kuantitatif asli studi terdaftar dalam database (Taylor et al., 2011).

Critically Appraise the Evidence

Mungkin langkah yang paling sulit dalam proses EBP adalah mengkritisi atau menganalisis bukti yang ada. Mengkritisi bukti melibatkan evaluasinya, termasuk menentukan nilai, kelayakan, dan kegunaan bukti untuk membuat perubahan praktik.

Saat mengkritisi, pertama-tama evaluasi manfaat ilmiah dan penerapan klinis dari temuan setiap studi. Kemudian dengan kelompok kajian dan pendapat ahli menentukan temuan apa yang memiliki dasar yang cukup kuat untuk digunakan dalam praktik. Setelah mengkritisi akan dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut. Apakah artikel bersama menawarkan bukti untuk menjelaskan atau menjawab pertanyaan PICOT saya? Apakah artikel menunjukkan dukungan untuk reliabilitas dan validitas bukti? Bisakah saya menggunakan bukti dalam praktik?

Artikel berbasis bukti / *evidence-based* mencakup elemen-elemen berikut (Potter et al., 2021):

1. Abstrak

Abstrak adalah ringkasan singkat dari artikel yang dengan cepat memberi tahu apakah itu berdasarkan penelitian atau klinis. Abstrak merangkum tujuan artikel. Ini juga mencakup tema atau temuan utama dan implikasinya terhadap praktik keperawatan.

2. Introduction

Berisi lebih banyak informasi tentang tujuan artikel. Biasanya ada bukti pendukung singkat mengapa topik itu penting. Bersama-sama abstrak dan pendahuluan membantu memutuskan apakah ingin melanjutkan membaca seluruh artikel. Dapat diketahui jika topik artikel mirip dengan pertanyaan PICOT atau cukup terkait untuk memberikan informasi yang bermanfaat. Jika memutuskan bahwa artikel dapat membantu menjawab pertanyaan PICOT, lanjutkan membaca elemen artikel berikutnya.

3. Literature review or background

Seorang penulis yang baik menawarkan latar belakang yang rinci dari tingkat ilmu pengetahuan atau informasi klinis yang ada tentang topik tersebut. Tinjauan literatur menawarkan argumen tentang apa yang mendorong penulis untuk melakukan studi atau laporan tentang topik klinis. Bagian artikel ini sangat berharga. Bahkan jika artikel itu sendiri tidak menjawab pertanyaan yang diinginkan, tinjauan literatur mungkin akan mengarahkan ke artikel lain yang lebih bermanfaat. Setelah membaca tinjauan literatur harus memiliki gagasan bagus

tentang bagaimana penelitian sebelumnya mengarah pada pertanyaan peneliti.

4. Manuscript narrative

“Bagian tengah” atau narasi sebuah artikel berbeda menurut jenis artikel berbasis buktinya (Melnik dan Fineout-Overholt, 2011 dalam Potter et al., 2013). Sebuah artikel klinis menjelaskan topik klinis, yang sering kali mencakup deskripsi populasi pasien, sifat penyakit tertentu atau perubahan kesehatan, bagaimana pasien terpengaruh, dan terapi keperawatan yang sesuai. Seorang penulis terkadang menulis artikel klinis untuk menjelaskan cara menggunakan terapi atau teknologi baru.

Sebuah artikel penelitian berisi beberapa sub bagian dalam narasi mencakup:

1. Purpose statement

Pernyataan tujuan yang menjelaskan fokus atau maksud penelitian. Mencakup pertanyaan penelitian atau hipotesis -prediksi yang dibuat tentang hubungan atau perbedaan antara variabel studi (konsep, karakteristik, atau sifat yang bervariasi di dalam atau di antara subjek).

2. Methods or design

Menjelaskan bagaimana sebuah penelitian disusun dan dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian atau menguji hipotesis. Menjelaskan jenis studi yang dilakukan (misalnya, RCT, studi kasus kontrol, atau studi kualitatif). Berapa banyak subjek atau orang dalam sebuah penelitian. Dalam studi perawatan kesehatan, subjek dapat mencakup pasien, anggota keluarga, atau staf perawatan kesehatan. Bahasa di bagian metode terkadang membingungkan karena menjelaskan detail tentang bagaimana peneliti merancang penelitian untuk mendapatkan hasil seakurat mungkin.

3. Results or conclusions

Artikel klinis dan penelitian memiliki bagian ringkasan. Pada artikel klinis penulis menjelaskan implikasi klinis untuk topik yang disajikan. Pada artikel penelitian, penulis merinci hasil penelitian dan menjelaskan apakah suatu hipotesis didukung atau bagaimana

pertanyaan penelitian dijawab. Bagian ini termasuk analisis statistik jika itu adalah studi penelitian kuantitatif. Sebuah studi kualitatif meringkas tema dan ide deskriptif yang muncul dari analisis data peneliti. Jangan biarkan analisis statistik dalam sebuah artikel membuat Anda kewalahan. Baca dengan hati-hati dan tanyakan pertanyaan-pertanyaan ini: Apakah peneliti menjelaskan hasilnya? Apakah hasilnya signifikan? Penulis yang baik juga membahas keterbatasan studi di bagian ini. Itu informasi tentang batasan sangat berharga dalam membantu memutuskan apakah ingin menggunakan bukti dengan pasien.

4. Clinical implications

Artikel penelitian mencakup bagian yang menjelaskan jika temuan dari penelitian tersebut memiliki implikasi klinis. Peneliti menjelaskan bagaimana menerapkan temuan dalam pengaturan praktik untuk jenis mata pelajaran yang dipelajari.

Menilai bukti secara kritis, ajukan tiga pertanyaan:

1. Apa hasil penelitian tersebut?
2. Apakah hasilnya valid (apakah peneliti mengukur apa yang ingin diukur) dan reliabel (apakah pengukuran konsisten sepanjang waktu)?
3. Akankah hasil penelitian meningkatkan perawatan pasien?

Integrate the Evidence

Setelah memutuskan bahwa bukti itu kuat dan dapat diterapkan pada pasien dan situasi klinis, gabungkan ke dalam praktik. Langkah pertama hanyalah menerapkan penelitian dalam rencana perawatan untuk seorang pasien. Gunakan bukti yang ditemukan sebagai dasar pemikiran untuk intervensi yang direncanakan untuk dicoba (Potter et al., 2021).

Integrasikan bukti dengan keahlian klinis, preferensi pasien, dan nilai-nilai dalam membuat keputusan untuk mengubah. Pasien ingin terlibat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka; jika ditemukan bukti yang mendukung suatu perubahan tetapi pasien tidak menginginkannya, perubahan itu tidak boleh terjadi. Jika perubahan yang diusulkan tidak dapat diterapkan

secara praktis, atau terlalu mahal atau terlalu berisiko, maka perubahan tersebut juga tidak boleh terjadi.

Misalnya, metode yang paling handal untuk menentukan apakah selang *nasogastrik* dipasang dengan benar adalah dengan pemeriksaan sinar-X. Namun, metode verifikasi ini lebih mahal dan lebih berisiko bagi pasien (yaitu melalui paparan radiasi) daripada metode lainnya; oleh karena itu, ini tidak dianggap sebagai metode yang disukai dalam banyak situasi (Taylor et al., 2011).

Evaluate the Practice Decision or Change

Setelah menerapkan bukti dalam praktik, langkah selanjutnya adalah mengevaluasi hasilnya. Bagaimana cara kerja intervensi? Seberapa efektif keputusan klinis untuk pasien atau tempat praktik Anda? Terkadang evaluasi sesederhana menentukan apakah hasil yang diharapkan yang ditetapkan untuk suatu intervensi terpenuhi. Ketika perubahan EBP terjadi pada skala yang lebih besar, evaluasi menjadi lebih formal.

Saat mengevaluasi perubahan EBP, tentukan apakah perubahan itu efektif, apakah diperlukan modifikasi dalam perubahan, atau apakah perubahan perlu dihentikan. Peristiwa atau hasil yang tidak Anda harapkan dapat terjadi (Potter et al., 2021).

Evaluasi keputusan atau perubahan praktik. Langkah evaluasi sangat penting untuk menentukan apakah perubahan tersebut efektif untuk pasien atau lingkungan tertentu dan apakah hasil yang diharapkan dihasilkan dari perubahan tersebut. Penting bagi perawat dan pasien yang mereka rawat menerapkan EBP dalam praktik klinis mereka.

Dalam melakukannya, pasien, profesional perawatan kesehatan, dan sistem perawatan kesehatan akan dapat lebih percaya diri dalam perawatan yang diberikan dan mengetahui hasil terbaik untuk pasien dan keluarga mereka sedang dicapai (Melnyk & Fineout-Overholt dalam Taylor et al., 2011).

Communicate the Outcomes of the EBP Decision

Setelah menerapkan perubahan EBP, penting untuk mengkomunikasikan hasilnya. Jika perawat menerapkan intervensi berbasis bukti dengan satu pasien, perawat dan pasien menentukan keefektifan intervensi tersebut. Ketika perubahan praktik terjadi pada tingkat unit keperawatan, kelompok pertama yang membahas hasil perubahan tersebut sering kali adalah kelompok klinis staf di unit itu.

Untuk meningkatkan pengembangan profesional dan mempromosikan hasil pasien yang positif di luar tingkat unit, bagikan hasilnya dengan berbagai kelompok perawat atau penyedia perawatan lain seperti dewan praktik keperawatan atau dewan penelitian. Klinisi menikmati dan menghargai melihat hasil dari perubahan praktik. Selain itu, perubahan praktik akan lebih mungkin berkelanjutan dan tetap di tempat ketika staf dapat melihat manfaat dari perubahan EBP.

Sebagai seorang perawat profesional, sangat penting untuk berkontribusi pada perkembangan pengetahuan praktik keperawatan, terutama jika dia terlibat dalam perubahan EBP. Perawat sering mengkomunikasikan hasil perubahan EBP pada konferensi dan pertemuan profesional. Terlibat dalam organisasi profesi memungkinkan mereka untuk mempresentasikan perubahan EBP dalam abstrak ilmiah, presentasi poster, atau bahkan presentasi di podium (Taylor et al., 2011).

8.3 Kebutuhan Akan Praktik Berbasis Bukti

Masalah kualitas dan biaya mengarahkan arah lingkungan perawatan kesehatan saat ini (Garner et al dalam Potter et al., 2017). Sebagai profesional perawat bertanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan terbaik. EBP meningkatkan kualitas, keamanan, hasil pasien, dan kepuasan perawat sekaligus mengurangi biaya (Melnyk and Fineout-overholt, 2015).

Dengan demikian menerapkan EBP membantu membuat keputusan klinis yang efektif, tepat waktu, dan tepat sebagai tanggapan terhadap kekuatan politik, profesional, dan sosial yang luas yang hadir dalam lingkungan perawatan kesehatan saat ini (Peterson et al dalam Potter et al., 2017)

Perawat membuat keputusan klinis penting saat merawat pasien. Penting untuk menerjemahkan bukti terbaik menjadi praktik terbaik di samping tempat tidur pasien. EBP adalah pendekatan pemecahan masalah untuk praktik klinis yang mengintegrasikan penggunaan bukti terbaik secara hati-hati dalam kombinasi dengan keahlian dokter dan preferensi serta nilai pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan pasien (Melnyk and Fineout-overholt, 2015).

Informasi terbaik adalah bukti yang berasal dari studi penelitian yang dirancang dengan baik dan dilakukan secara sistematis, kebanyakan ditemukan

di jurnal ilmiah. Sayangnya banyak dari bukti itu tidak pernah sampai ke samping tempat tidur. perawat dalam pengaturan praktik, tidak seperti dalam pengaturan pendidikan, tidak selalu memiliki akses mudah ke database untuk literatur ilmiah. Sebaliknya mereka sering merawat pasien atas dasar tradisi atau kenyamanan (Flynn-Makic et.al, dalam Potter et al., 2017).

Bab 9

Standar Profesional Dalam Pelayanan Keperawatan

9.1 Pendahuluan

Standar profesional keperawatan dalam pelayanan keperawatan sangat penting dalam kehidupan profesi perawat sebagai tolak ukur praktik pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien. Standar adalah spesifikasi yang diperlukan dalam proses formal yang digunakan untuk membuat standar, metode, proses, dan praktik yang seragam dan teknis (Yunike et al., 2022).

Profesional diartikan sebagai pelaksanaan dengan cara nilai-nilai inti yang konsisten yang dibuktikan dengan prestasi kerja perawat dengan tenaga kesehatan lainnya untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan yang optimal bagi pasien, keluarga, dan masyarakat menerapkan prinsip altruisme, keunggulan, kepedulian, etika, rasa hormat, komunikasi, dan akuntabilitas (Ariga, 2020).

Sementara definisi keperawatan menurut *International Council of Nurses* menetapkan definisi keperawatan adalah: "Keperawatan, sebagai bagian integral dari sistem perawatan kesehatan, mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang-orang yang sakit secara fisik, sakit

jiwa, dan cacat dari segala usia, di semua perawatan kesehatan dan lingkungan komunitas lainnya (Yunike et al., 2022).

Standar profesional keperawatan menggambarkan tingkat perawatan yang kompeten di setiap fase proses keperawatan. Standar ini mencerminkan tingkat kinerja yang diinginkan dan dapat dicapai yang dengannya kinerja aktual perawat dapat dibandingkan. Tujuan utama dari standar profesional keperawatan adalah untuk mengarahkan dan mempertahankan praktik keperawatan yang aman dan kompeten secara klinis (Charlotted, 2014).

9.2 Standar Profesi Perawat

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan profesi keperawatan terdiri dari perawat profesi (Ners dan Ners spesialis) dan advokasi yang bisa ditempuh pada dunia pendidikan keperawatan yaitu pendidikan vokasi (Diploma tiga Keperawaatan), pendidikan akademis (Sarjana dan Pascasarjana), dan pendidikan profesi (Ners) (Ariga and Ariga, 2020).

1. Perawat vokasi

Perawat Vokasi adalah seseorang yang mempunyai kewenangan untuk melakukan praktik dengan batasan tertentu di bawah supervisi langsung.

2. Ners

Ners adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan sarjana di tambah dengan pendidikan profesi (Ners).

3. Ners Spesialis

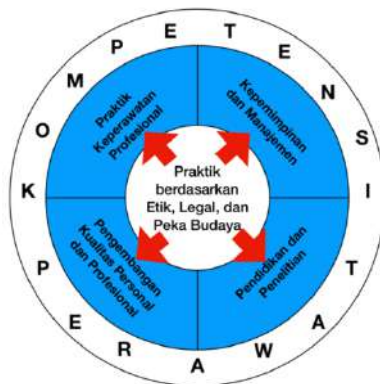
Ners spesialis adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan pasca sarjana (S2) dan atau ditambah pendidikan spesialis keperawatan.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat yaitu sebagai berikut:

9.2.1 Standar Area Kompetensi

Ilmu Keperawatan merupakan sintesis dari ilmu biomedik, psikologi, sosial, perilaku, antropologi, dan budaya. Pelayanan/Asuhan Keperawatan yang berkualitas bagi masyarakat perlu mendapatkan jaminan standar kompetensi. Kompetensi Perawat mencakup pengetahuan, sikap dan keterampilan (soft dan hard skill). Kerangka kompetensi Perawat dikelompokkan dalam 5 (lima) area kompetensi.

Area ini sesuai dengan 5 (lima) *domains of the ASEAN Nursing Common Core Competencies* sebagai berikut:



Gambar 9.1: Area Kompetensi Perawat (Kemkes, 2020).

Praktik Berdasarkan Etik, Legal, dan Peka Budaya

1. Praktik keperawatan berdasarkan etik
 - a. memahami konsep etik, norma, agama, budaya, hak asasi manusia dalam pelayanan keperawatan;
 - b. menghargai perbedaan latar belakang agama, budaya, dan sosial antara klien dengan perawat;
 - c. memprioritaskan kepentingan klien dalam pemberian pelayanan keperawatan;

- d. menjaga hak privasi klien;
 - e. menjaga rahasia klien yang diperoleh karena hubungan terapeutik;
 - f. menjaga kesehatan diri perawat sehingga tidak berdampak kepada klien;
 - g. menghindari konflik kepentingan dengan klien dalam memberikan pelayanan kesehatan;
 - h. menunjukkan sikap empati dan kepedulian (caring) dalam pemberian pelayanan keperawatan;
 - i. menjaga dan membangun hubungan profesional sesama perawat dan dengan profesi lain untuk pelayanan keperawatan bermutu;
 - j. melindungi klien dari pelayanan kesehatan yang tidak bermutu;
 - k. berpartisipasi aktif dalam pengembangan keprofesian untuk menjaga kualitas pelayanan keperawatan.
2. Praktik keperawatan berdasarkan legal
- a. memahami ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan keperawatan;
 - b. melakukan praktik keperawatan profesional sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dan keperawatan;
 - c. menunjukkan sikap sadar hukum dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan.
3. Praktik keperawatan berdasarkan peka budaya
- a. menggunakan pendekatan budaya untuk meningkatkan mutu pemberian pelayanan keperawatan;
 - b. mendorong kemandirian masyarakat dengan basis budaya setempat untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Praktik Keperawatan Profesional

1. Menerapkan ilmu biomedik, ilmu humaniora, ilmu Keperawatan, dan ilmu kesehatan masyarakat yang terkini untuk mengelola masalah Keperawatan secara holistik, terpadu, dan kontinum meliputi:
- a. Pelayanan promosi kesehatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

- b. Pencegahan masalah kesehatan umum dan khusus untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - c. Perumusan diagnosis keperawatan dan analisis masalah keperawatan sesuai dengan standar praktik keperawatan.
 - d. Sebagai landasan untuk penyusunan rencana intervensi dan evaluasi hasil asuhan keperawatan.
 - e. Intervensi keperawatan sesuai masalah dan diagnosa keperawatan pada seluruh tatanan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, tersier, dan khusus.
 - f. Pelayanan pemulihan kesehatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat untuk tercapainya derajat kesehatan yang lebih baik.
2. Memahami standar mutu yang digunakan dalam pelayanan keperawatan untuk melindungi klien dalam pemenuhan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, meliputi:
 - a. Rumusan masukan, proses, dan luaran dalam pemberian pelayanan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
 - b. Mampu beradaptasi dengan ketersediaan sumber daya tanpa mengorbankan mutu pelayanan keperawatan untuk individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.

Kepemimpinan dan Manajemen

Menerapkan konsep kepemimpinan dan manajemen dalam pengelolaan:

1. Asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat.
2. Program kesehatan komunitas untuk tujuan promosi dan pencegahan masalah kesehatan.
3. Fasilitas kesehatan untuk menunjang pelayanan keperawatan.
4. Sumber daya manusia, sarana dan prasarana, dan finansial untuk pelayanan keperawatan bermutu.
5. Penyelenggaraan pelayanan keperawatan personal, kolaborasi, institusional yang efektif, efisien, akuntabel dan terjangkau.

6. Masalah-masalah kesehatan dan kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan dan keperawatan dengan perumusan masalah dan pemilihan prioritas intervensi yang efektif dan efisien.

Pendidikan dan Penelitian

1. Memahami peran dan fungsi pendidik klinik (preceptor) dalam pendidikan keperawatan.
2. Memahami kebutuhan pendidikan dan keterampilan klinik dalam pendidikan keperawatan.
3. Merancang dan melaksanakan penelitian sederhana dalam bidang keperawatan.
4. Menerapkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Pengembangan Kualitas Personal dan Profesional

1. Menyadari kebutuhan untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi keperawatan melalui program pengembangan keprofesian berkelanjutan.
2. Mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang keperawatan untuk menunjang mutu pelayanan keperawatan.

9.2.2 Standar Profesional Keperawatan

Standar profesional keperawatan berkaitan dengan standar praktik perawat menjelaskan tingkat kompeten asuhan keperawatan sebagai ditunjukkan oleh model berpikir kritis yang dikenal sebagai proses keperawatan. Demikian, proses keperawatan mencakup tindakan signifikan yang diambil oleh perawat terdaftar dan membentuk dasar pengambilan keputusan perawat.

Menurut *American Nurses Association* (ANA) (2015) dan Brunt and Russell (2022) standar praktik profesional keperawatan mencakup proses keperawatan meliputi komponen pengkajian, diagnosis, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Standar 1. Pengkajian

Perawat terdaftar mengumpulkan data dan informasi yang berkaitan dengan kesehatan konsumen atau situasi. Pengkajian memperluas proses untuk

memasukkan penggunaan teknik penilaian berbasis bukti untuk memandu pengumpulan data yang relevan.

Tambahan lainnya termasuk menciptakan lingkungan yang aman untuk penilaian kompetensi dan mengikuti kemajuan teknologi yang dapat memengaruhi penilaian, dari rentang penilaian untuk departemen yang dinamis, organisasi, sistem dan komunitas.

Standar 2. Diagnosis

Perawat terdaftar menganalisis data pengkajian untuk menentukan aktual atau potensi diagnosis, masalah, dan masalah. Diagnosis, membahas analisis data penilaian untuk mengidentifikasi kesenjangan praktik aktual dan potensial yang dapat berdampak pada kinerja anggota tim layanan kesehatan.

Pentingnya membedakan masalah pengembangan profesional dari masalah sistem atau kepatuhan ditekankan. Perbedaan antara praktisi perawat profesional dan spesialis terletak pada ruang lingkupnya: praktisi perawat profesional berfokus pada tingkat individu atau unit, sedangkan spesialis mempertimbangkan kebutuhan departemen dan organisasi.

Standar 3. Identifikasi Hasil Yang Diharapkan

Perawat terdaftar mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk rencana individual konsumen kesehatan atau situasi. Identifikasi hasil, berfokus pada pengembangan hasil terukur untuk rencana yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan yang didiagnosis.

Peserta didik dan pemangku kepentingan utama lainnya terlibat dalam proses merumuskan hasil yang terukur, berbasis bukti, dan sesuai konteks. Hasil ini mencerminkan nilai-nilai organisasi, pemangku kepentingan, dan peserta didik serta selaras dengan peraturan.

Standar 4. Perencanaan

Perawat terdaftar mengembangkan rencana yang menentukan strategi untuk dicapai diharapkan, hasil yang terukur. Perencanaan, termasuk pengembangan inisiatif NPD, menghormati keragaman, menggunakan prinsip-prinsip desain instruksional, dan menyiapkan konten yang mencerminkan hasil yang diharapkan menggunakan bukti saat ini.

Merencanakan inisiatif interprofessional dan menggunakan penilaian praktik profesional keperawatan untuk memprioritaskan elemen rencana adalah

kompetensi bagi praktisi profesional keperawatan. Selain itu, spesialis profesional keperawatan menggunakan pemikiran sistem selama proses perencanaan.

Standar 5. Implementasi

Perawat terdaftar mengimplementasikan rencana yang diidentifikasi. implementasi, memiliki dua sub komponen: standar 5-A, koordinasi, dan standar 5-B, pengajaran kesehatan dan promosi kesehatan. Tujuan dari standar ini adalah untuk memastikan kualitas dan keamanan bagi konsumen/mitra layanan kesehatan.

Selain penggunaan penilaian praktik, praktisi profesional keperawatan menyesuaikan strategi implementasi dengan mengenali kebutuhan pembelajar, kesiapan, kemampuan untuk belajar, bahasa, dan preferensi budaya.

1. Standar 5A. Koordinasi Perawatan

Perawat terdaftar mengoordinasikan pemberian perawatan. Kompetensi dalam standar 5-A mencakup koordinasi dan pengakuan peran orang lain, termasuk pemangku kepentingan, rekan pengembangan profesional, dan anggota tim interprofesional, dalam mengimplementasikan rencana dan proses terkait. Ada juga kompetensi untuk transisi dalam praktik dan praktik, termasuk persiapan dan penugasan preceptor.

2. Standar 5B. Pengajaran Kesehatan dan Promosi Kesehatan

Perawat terdaftar menggunakan strategi untuk meningkatkan kesehatan dan keamanan lingkungan. Kompetensi dalam standar baru 5-B, pengajaran kesehatan, dan promosi kesehatan, menguraikan bagaimana praktisi profesional keperawatan dapat berfokus pada strategi untuk mengajar dan mempromosikan kesehatan.

Dasar dari standar ini adalah peran praktisi profesional keperawatan dalam mempromosikan gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan perawatan diri pada peserta didik, serta memberikan pendidikan untuk membantu staf klinis mempromosikan kesehatan pada konsumen/mitra kesehatan mereka.

Standar 6. Evaluasi

Perawat terdaftar mengevaluasi kemajuan menuju pencapaian tujuan dan hasil. Praktisi profesional keperawatan mengevaluasi hasil dari rencana yang telah ditetapkan, di mana spesialis profesional keperawatan berfokus pada proses dan dampak.

Dengan menggunakan metode dan instrumen yang tepat, praktisi profesional keperawatan menganalisis, mendokumentasikan, dan menyebarkan hasil data evaluasi. Spesialis profesional keperawatan menyintesis data evaluasi untuk menentukan dampak pada kesehatan konsumen/mitra dan kesehatan populasi.

9.3 Standar Kinerja Profesional Keperawatan

Standar Kinerja Profesional menggambarkan tingkat kompetensi perilaku dalam peran profesional, termasuk aktivitas yang berkaitan dengan etika, praktik budaya yang selaras, komunikasi, kolaborasi, kepemimpinan, pendidikan, praktik dan penelitian berbasis bukti, kualitas praktik, praktik profesional evaluasi, pemanfaatan sumber daya, dan kesehatan lingkungan.

Semua perawat terdaftar diharapkan untuk terlibat dalam kegiatan peran profesional, termasuk kepemimpinan, sesuai dengan pendidikan dan jabatannya. Perawat terdaftar bertanggung jawab atas tindakan profesional mereka untuk diri mereka sendiri, konsumen perawatan kesehatan mereka, mereka teman sebaya, dan akhirnya kepada masyarakat.

Standar 7-18 menggambarkan kinerja profesional atau tingkat perilaku yang kompeten dalam peran profesional. Semua perawat terdaftar diharapkan terlibat dalam aktivitas peran profesional, termasuk kepemimpinan dan bimbingan, antara lain, yang mencerminkan pendidikan, pengalaman, dan posisi mereka (American Nurses Association, 2015; Brunt and Russell, 2022).

Standar 7. Etika

Perawat terdaftar berlatih secara etis. etika, menekankan pentingnya mengikuti Kode Etik Perawat, Keperawatan: Ruang Lingkup dan Standar Praktik, dan standar peraturan lainnya untuk memandu praktik. Standar ini menggabungkan

konsep keadilan sosial dan perlakuan yang penuh hormat dan penuh kasih dalam praktiknya, serta menjaga informasi yang sensitif. Spesialis menganalisis masalah etika dan memberikan kepemimpinan saat menangani masalah etika.

Standar 8. Advokasi

Advokasi, merupakan standar baru dalam edisi tahun 2022. *American Nurses Association* mendefinisikan advokasi dalam *Nursing: Scope and Standards of Practice* sebagai “tindakan atau proses memohon, mendukung, atau merekomendasikan penyebab atau tindakan. Advokasi mungkin untuk orang baik individu, kelompok, populasi atau masyarakat.

Praktisi profesional keperawatan menunjukkan advokasi dalam semua peran dan situasi. Ini termasuk memperjuangkan suara konsumen/mitra layanan kesehatan dan mempromosikan nilai praktik profesional keperawatan. Spesialis profesional keperawatan memajukan profesional keperawatan dalam pelayanan keperawatan sebagai spesialisasi dan terlibat dengan kolega interprofesional dan organisasi profesional untuk memajukan praktik profesional keperawatan.

Standar 9. Praktik Terhormat dan Adil

Praktik yang terhormat dan adil, tambahan baru lainnya, menekankan pentingnya kerendahan hati budaya dan kesetaraan sosial selain menolak rasisme sistemis dan menunjukkan keragaman, kesetaraan, dan inklusi dalam praktik seseorang.

Standar saat ini menunjukkan bahwa spesialis mengembangkan kemitraan untuk mempromosikan persekutuan, yang didefinisikan sebagai “proses seumur hidup dalam membangun hubungan berdasarkan kepercayaan, konsistensi, dan akuntabilitas dengan individu dan/atau kelompok yang terpinggirkan.

Standar 9. Komunikasi

Perawat terdaftar berkomunikasi secara efektif di semua bidang praktik. Konsep yang terkait dengan komunikasi telah terjalin di banyak standar di versi sebelumnya, tetapi diangkat ke standar terpisah di edisi yang diperbarui.

Praktisi profesional keperawatan harus berkomunikasi secara efektif dengan semua personel layanan kesehatan di lingkungan praktik dan pembelajaran. Ini

termasuk menggunakan alat berbasis bukti dan memberikan umpan balik khusus yang tidak menghakimi kepada orang lain.

Standar 10. Kolaborasi

Perawat terdaftar bekerja sama dengan konsumen kesehatan dan kunci lainnya pemangku kepentingan dalam pelaksanaan praktik keperawatan. kolaborasi, menggambarkan interaksi antara praktisi profesional keperawatan, kolega, mitra akademik, dan pemangku kepentingan utama lainnya.

Ini termasuk bermitra dengan orang lain untuk melakukan perubahan dan mempromosikan kesehatan populasi. Spesialis profesional keperawatan memajukan kolaborasi interprofessional menggunakan penilaian dan keahlian praktik profesional keperawatan.

Standar 11. Kepemimpinan

Perawat terdaftar memimpin dalam pengaturan praktik profesional dan profesi. Kompetensi kepemimpinan dalam praktik interprofessional dan lingkungan belajar dan profesi dan termasuk kompetensi untuk manajemen perubahan juga.

Standar ini mencakup kepemimpinan formal dan informal dan mencakup konsep kecerdasan emosional, pengambilan keputusan bersama, dan budaya yang adil. Spesialis profesional keperawatan menciptakan dan mempertahankan proses pendampingan, memimpin perubahan, dan memajukan budaya inovasi, pembelajaran organisasi, dan pengembangan profesional berkelanjutan

Standar 12. Pendidikan

Perawat terdaftar mencari pengetahuan dan kompetensi yang mencerminkan saat ini praktik keperawatan dan mempromosikan pemikiran futuristik. Pendidikan, berfokus pada pembelajaran profesional berkelanjutan dari praktisi profesional keperawatan, karena mereka mencari pengetahuan dan kompetensi yang mencerminkan praktik profesional keperawatan saat ini dan mempromosikan pemikiran futuristik. Nilai praktik reflektif dan penyelidikan, *precepting*, dan mencari sertifikasi profesional keperawatan juga dibahas dalam standar ini.

Standar 13. Praktik dan Penelitian Berbasis Bukti

Perawat terdaftar mengintegrasikan bukti dan temuan penelitian ke dalam praktik. Penyelidikan ilmiah, sebelumnya praktik berbasis bukti, berfokus pada pengintegrasian beasiswa, bukti, dan temuan penelitian ke dalam praktik profesional keperawatan. Berperan sebagai *champion* inkuiri ilmiah, berpartisipasi dalam inkuiri di berbagai tingkatan, dan menyebarluaskan temuan-temuan inkuiri merupakan beberapa kompetensi dari standar ini.

Spesialis profesional keperawatan menerapkan prinsip ilmu implementasi, memimpin inisiatif kualitas dan keselamatan, dan membimbing orang lain dalam penyelidikan.

Standar 14. Mutu Praktik

Perawat terdaftar berkontribusi pada praktik keperawatan yang berkualitas. Kualitas praktik, menjelaskan kontribusi praktisi profesional keperawatan terhadap praktik keperawatan, perawatan kesehatan, dan profesional keperawatan yang berkualitas.

Ini termasuk membimbing orang lain, menggunakan proses peningkatan kualitas untuk meningkatkan praktik keperawatan, perawatan kesehatan, dan profesional keperawatan, dan melaporkan hasil inisiatif pengembangan profesional. Spesialis profesional keperawatan menganalisis hasil kualitas departemen profesional keperawatan untuk menunjukkan dampak, memodelkan praktik ahli, dan menyintesis data evaluasi untuk memandu pengambilan keputusan.

Standar 15. Evaluasi Praktik Profesional

Perawat terdaftar mengevaluasi praktik keperawatan sendiri dan orang lain. Evaluasi praktik profesional, berkaitan dengan praktisi profesional keperawatan yang mengevaluasi praktik mereka sendiri, serta praktik keperawatan orang lain. Ini melibatkan refleksi dan evaluasi diri, memfasilitasi identifikasi pembelajar tentang kebutuhan pengembangan profesional mereka, dan terlibat dalam tinjauan sejawat yang sistematis. Spesialis profesional keperawatan memimpin dalam mengembangkan standar dan pedoman untuk evaluasi praktik profesional keperawatan.

Standar 16. Pemanfaatan Sumber Daya

Perawat terdaftar menggunakan sumber daya yang sesuai untuk merencanakan, menyediakan, dan mempertahankan layanan keperawatan berbasis bukti yang aman, efektif, dan bertanggung jawab secara fisik.

Sebelumnya pemanfaatan sumber daya, melibatkan praktisi profesional keperawatan menggunakan sumber daya yang sesuai untuk merencanakan, menyediakan, dan mempertahankan inisiatif profesional keperawatan berbasis bukti yang aman, efektif, bertanggung jawab secara finansial, dan digunakan dengan bijaksana.

Ini termasuk mengidentifikasi sumber daya yang dibutuhkan, memantau alokasi dan pemanfaatan sumber daya, dan mempertimbangkan faktor-faktor yang terkait dengan kualitas, efektivitas, dan biaya dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi inisiatif profesional keperawatan. Spesialis profesional keperawatan menganalisis efektivitas biaya, manfaat biaya, dan laba atas investasi yang terkait dengan praktik profesional keperawatan.

Standar 17. Kesehatan Lingkungan

Praktik perawat terdaftar dengan cara yang aman dan sehat lingkungan. kesehatan lingkungan, tentang keselamatan dan kesehatan lingkungan dalam lingkungan praktik dan pembelajaran, merupakan standar baru lainnya dalam edisi ini. Memasukkan determinan sosial kesehatan ke dalam praktik interprofessional dan lingkungan belajar, mengatasi intimidasi dan ketidak sopanan, dan mempromosikan penggunaan kecerdasan emosional termasuk dalam standar ini.

Spesialis profesional keperawatan menetapkan praktik terbaik untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan interprofesional dan pembelajaran yang positif dan menciptakan proses yang mendukung transisi mulus ke praktik dan di antara pengaturan praktik.

Bab 10

Pelayanan Keperawatan

10.1 Pendahuluan

Menurut kelompok kerja dalam konsorsium ilmu kesehatan (1983), keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat yang mencakup kehidupan manusia.

Menurut Undang-undang No.38 Tentang Keperawatan (2014), keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Pelayanan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.

Menurut Hidayat (2007), pelayanan keperawatan dilaksanakan pada berbagai tingkat pelayanan oleh perawat yang memiliki tugas memberi asuhan keperawatan dalam memberikan pelayanan secara umum pada pelayanan rujukan. Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien merupakan bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental,

keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan dan kemampuan pasien untuk melaksanakan kehidupan sehari-hari secara mandiri.

10.2 Ruang Lingkup Pelayanan Keperawatan

Pelayanan keperawatan mencakup seluruh rentang pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lain untuk mencapai tujuan peningkatan kesehatan dan pembinaan kesehatan, pencegahan penyakit, diagnosa dini, penyembuhan, kesembuhan dari penyakit atau kecelakaan dan rehabilitasi, dengan menggunakan metode keperawatan yang disebut sebagai proses keperawatan.

Proses ini mempunyai kerangka dasar ilmiah, dengan pendekatan pemecahan masalah, yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, dengan demikian terjadi pergeseran dari tindakan yang didasarkan atas penugasan atau perintah dokter, menjadi tindakan yang lebih bersifat mandiri dengan menggunakan metode pendekatan dan tindakan keperawatan yang bersifat logis dan sistematis.

Melihat keperawatan sebagai suatu sistem, kita dapat melihat secara sistematis pelayanan keperawatan dengan permasalahan yang sering dijumpai di rumah sakit yaitu:

1. Masukan yang terdiri dari tenaga keperawatan, organisasi, hubungan profesional antara perawat maupun antar profesi, tata laksana keperawatan di rumah sakit, sarana dan prasarana keperawatan serta pasien yang dilayani.
2. Proses manajemen keperawatan
3. Keluaran yang berupa pelayanan keperawatan yang dihasilkan oleh adanya proses tersebut
4. Penilaian agar semua proses berjalan dengan baik. Selain itu juga ada beberapa hal yang memengaruhi yaitu direktur rumah sakit, kepala Unit, pelaksana fungsional dan unit-unit lain yang ada di rumah sakit, serta keadaan sosial-ekonomi masyarakat yang dilayani.

Adapun lingkup pelayanan keperawatan di rumah sakit yaitu sebagai berikut:

1. Pelayanan keperawatan di rumah sakit
 - a. Semua rumah sakit dapat melayani pelayanan kesehatan dan keperawatan.
 - b. Melayani kesehatan keperawatan gawat darurat .
 - c. Tenaga yang tersedia di RS adalah dokter ahli, bidan, dan perawat.
2. Pelayanan keperawatan di rawat inap

Rawat inap (opname) adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, di mana pasien diinapkan di suatu ruangan di rumah sakit. Ruang rawat inap adalah ruang tempat pasien dirawat. Lingkup pelayanan rawat inap keperawatan di rumah sakit selain sebagai penyelenggara pelayanan keperawatan komprehensif.
3. Standar asuhan keperawatan bagi perawat di rumah sakit

Standar pelayanan keperawatan:

 - a. Standar I: Falsafah dan tujuan

Pengelola pelayanan keperawatan memiliki visi, misi, filosofi dan tujuan pelayanan serta organisasi pelayanan sebagai dasar untuk melaksanakan tugas pelayanan yang efektif dan efisien.
 - b. Standar II: Administrasi dan pengelolaan

Pengelola pelayanan keperawatan memiliki pedoman pengelola pelayanan. Standar pelayanan, prosedur tetap dan pelaksanaan kegiatan pengelolaan pelayanan yang kondusif yang memungkinkan terjadinya praktik pelayanan keperawatan akurat.
 - c. Standar III: Staf dan pimpinan

Pengelola pelayanan keperawatan mempunyai program pengelolaan sumber daya manusia, agar pelayanan keperawatan berjalan efektif dan efisien.
 - d. Standar IV: Falsafah dan peralatan

Tersedia sarana dan peralatan untuk mendukung pencapaian tujuan pelayanan keperawatan sesuai dengan beban tugasnya dan fungsi institusi pelayanan.

- e. Standar V: Kebijaksanaan dan prosedur
Pengelola pelayanan keperawatan memiliki kebijakan dalam penyelenggaraan pelayanan dan pembinaan personel menuju pelayanan yang berkualitas.
- f. Standar VI: Pengembangan staf dan program pendidikan
Pengelola pelayanan keperawatan memiliki program pengembangan staf dan perencanaan pendidikan, sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
- g. Standar VII: Standar asuhan
Pengelola pelayanan keperawatan memiliki standar asuhan/ manajemen keperawatan yang diterapkan sebagai pedoman dalam memberikan pelayanan kepada pasien.
- h. Standar VII: Standar evaluasi dan pengendalian mutu
Pengelola pelayanan keperawatan memiliki program dan pelaksanaan dalam evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan.

10.3 Kualitas/Mutu Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan adalah kualitas yang berkaitan dengan pemberian perawatan yang harus tersedia, dapat diterima, menyeluruh, berkelanjutan dan didokumentasikan (Heather, 1962 dalam Budiastuti, 2002).

Kualitas pelayanan merupakan tipe pengawasan yang berhubungan dengan kegiatan yang dipantau atau diatur dalam pelayanan berdasarkan kebutuhan atau pandangan konsumen. Penelitian terhadap kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit tidak semudah menentukan kualitas barang pada industri manufaktur.

Pada industri manufaktur, kualitas barang yang dihasilkan ditentukan oleh standar baku dan harga. Bila kualitas di bawah standar atau bila harganya diatas standar untuk barang tertentu, maka konsumen tidak akan mau membelinya. Sedangkan pada bidang kesehatan, konsumen atau pasien berada

pada posisi yang tidak mampu menilai secara pasti kualitas pelayanan yang diterimanya.

Nursalam (2012), mengatakan tujuan kualitas pelayanan adalah untuk memastikan bahwa jasa atau produk pelayanan keperawatan yang dihasilkan sesuai dengan standar atau keinginan pasien. Untuk memenuhi kebutuhan pasien tersebut maka yang paling bertanggung jawab adalah perawat. Kualitas pelayanan keperawatan dapat dinilai dari berbagai pelayanan yang diberikan, baik perorangan maupun kelompok serta masyarakat secara luas.

Penilaian kualitas pelayanan keperawatan, terdapat tahap-tahap yang harus dijalani. Menurut Nursalam (2014), tahap pertama dalam proses ini adalah penyusunan standar atau kriteria. Sesuatu yang mustahil apabila mengukur sesuatu tanpa adanya suatu standar yang baku. Tidak hanya harus ada standar, tetapi pemimpin juga harus tanggap dan melihat bahwa perawat mengetahui dan mengerti standar yang telah ditentukan tersebut, karena standar bervariasi operasionalnya dalam setiap institusi dan perawat harus melaksanakan tugasnya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi-informasi yang diperoleh tersebut dapat dijadikan sebagai pedoman dalam pengukuran kualitas pelayanan keperawatan. Tahap tiga adalah identifikasi sumber informasi. Pemimpin harus yakin terhadap sumber informasi yang didapatkan. Dalam melakukan pengawasan kualitas pelayanan keperawatan, pemimpin dapat menemukan banyak informasi dari pasien sendiri yang merupakan sumber yang sangat membantu.

Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisis data. Semua informasi yang telah didapat dari pasien, dapat dijadikan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan. Tahapan terakhir yaitu evaluasi ulang. Jika semua asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku, maka evaluasi ulang tidak perlu dilakukan. Evaluasi ulang hanya akan dikerjakan apabila banyak kegiatan yang dilakukan tidak sesuai dengan standar yang berlaku.

Indikator Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan yang baik berarti pasien mendapat pelayanan yang cepat, diagnosis dan terapi yang tepat, keramah-tamahan yang cukup, pelayanan administrasi yang cepat dan biaya yang terjangkau. Dengan

demikian pelayanan yang diberikan adalah untuk memenuhi keinginan pelanggan (Sedarmayanti, 2010).

Lima dimensi pokok kualitas pelayanan menurut Parasuraman adalah:

1. Bukti langsung meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (reliability) yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
3. Daya tanggap (responsiveness) yaitu keinginan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (assurance)
Mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko, dan keragu-raguan.
5. Empati meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan.

Adapun indikator mutu pelayanan asuhan keperawatan menurut Depkes (2008) yaitu sebagai berikut:

1. Keselamatan pasien
Pasien aman dari kejatuhan, dekubitus, kesalahan pemberian obat dan cedera akibat *restrain*.
2. Perawatan diri
Kebersihan dan perawatan diri merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi agar tidak menimbulkan masalah lain, misalnya penyakit kulit, rasa tidak nyaman, infeksi saluran kemih, dan lain-lain.

3. Kepuasan pasien

Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai, jika terpenuhinya kebutuhan pasien atau keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang diharapkan.

4. Kecemasan

Cemas adalah perasaan waswas, kekhawatiran atau tidak nyaman seakan-akan terjadi suatu yang dirasakan sebagai ancaman.

5. Kenyamanan

Rasa nyaman (comfort) adalah bebas dari rasa nyeri atau nyeri terkontrol.

6. Pengetahuan

Kemampuan pasien mengetahui informasi tentang penyakitnya, kondisi dan perawatan yang diterimanya. Indikator pengetahuan terdiri dari pengetahuan tentang penyakitnya dan *discharge planning*.

Dapat disimpulkan kualitas pelayanan yang baik bagi pasien apabila pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat dirasakan dapat mempercepat proses penyembuhan penyakitnya, pelayanan yang diberikan cepat, tanggap, menghadirkan lingkungan yang nyaman, begitu pula dengan sikap perawat yang ramah sehingga dapat mewujudkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Bab 11

Aspek Etik dan Legal Dalam Konteks Profesi Keperawatan

11.1 Pendahuluan

Kesadaran masyarakat akan haknya terhadap layanan kesehatan serta aktivitas manusia tampak jelas, oleh karenanya diharapkan penyedia layanan kesehatan akan aman, efisien dan ramah kepada mereka. Bila hasrat ini gagal tercapai, komunitas menempuh tindakan hukum agar mempertahankan haknya.

Penyedia layanan kesehatan meliputi pekerjaan keperawatan, lebih khusus pekerjaan keperawatan, situasi yang mereka hadapi di lapangan terkadang sering melibatkan aspek hukum. Oleh karena itu, peraturan diperlukan agar dapat menunjukkan kepada publik, pemerintah, pengusaha, dan pemangku kepentingan lainnya bahwa profesi yang sepakat selalu menjaga kepercayaan publik terhadap penerapan keperawatan.

Praktik yang berlaku di tempat tersebut menentukan tindakan yang akurat supaya memperoleh persetujuan pelanggan atas prosedur perawatan yang dilakukan. Departemen sudah membangun beragam komisi etik membuat aturan praktik profesional dan memberikan panduan ketika pasien terancam wewenangnya. Peningkatan kepedulian dilakukan pada advokasi klien, dengan penyedia layanan kesehatan menjadi semakin serius sehingga terus

memberitahu klien yang bertanggung jawab atas prosedur tindakan dan keluarga mereka.

Selain itu pekerjaan keperawatan didasarkan pada otoritas yang diberikan, sebab kompetensi yang dikembangkan merespons tuntutan kesehatan masyarakat, kemajuan ilmu pengetahuan dan globalisasi. Penyedia layanan kesehatan sedang mengalami pergeseran paradigma dari medis yang berfokus pelayanan yang berkaitan dengan diagnosis dan pengobatan penyakit, membuat cara memandang yang lebih holistik di mana penyakit dan gejala pasien bersifat informasi daripada berorientasi pada layanan (Cohen, 1996). jadi perawat memiliki peran kunci dalam reformasi.

Hal ini didukung oleh data bahwa 40-75% dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan keperawatan (Gillies, 1994, Swansburg dan Swansburg, 1999) dan hampir semua informasi kesehatan dan pelayanan pencegahan penyakit disediakan baik di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lainnya.

11.2 Legalisasi Praktik Keperawatan

Legalisasi

Terdapat aturan hukum tentang hak dan kewajiban perawat dalam pekerjaan perawatan. Tugas utama pemerintah yaitu membuat undang-undang. Dasar aturan keperawatan tertuang dalam Peraturan No. 1239/Menkes/SK/XI/2001 Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan. Aturan ini membantu meningkatkan kualitas perawatan pasien dan melindungi perawat dari malpraktek medis.

Selain itu, pendaftaran khusus tenaga kesehatan juga tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 83 Tahun 2019 tentang Pendaftaran Tenaga Kesehatan. Peraturan praktik keperawatan di Indonesia tertuang dalam keputusan menteri. No. 02.02/Menkes/148/1/2010.

Registrasi dan Praktik Keperawatan di Indonesia

Setiap negara bagian memiliki peraturan dan persyaratan yang berbeda untuk dokumen keperawatan. Di Indonesia, uji kecakapan diperlukan untuk memperoleh Surat Tanda Registrasi (STR). Lisensi adalah izin yang dikeluarkan oleh instansi pemerintah yang berwenang sebelum seseorang diperbolehkan untuk menjalankan pekerjaan atau profesinya.

Registrasi tenaga kesehatan di Indonesia diatur dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 83 (No. 83 Tahun 2019) mengenai Registrasi Tenaga Kesehatan. Peraturan dimaksud menjelaskan:

1. Sebuah tenaga Kesehatan merupakan individu yang memiliki komitmen pada bidang Kesehatan dan mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui Pendidikan Kesehatan, beberapa jenis di antaranya memerlukan otorisasi untuk melakukan kegiatan Kesehatan.
2. Dokumen/ Sertifikat Kompetensi merupakan surat pengakuan keahlian terhadap seorang tenaga kesehatan untuk berpraktik di Indonesia setelah lulus uji.
3. Lisensi profesi yaitu sertifikat praktik profesional yang diperoleh oleh mereka yang telah menyelesaikan pelatihan kejuruan.
4. Registrasi merupakan dokumen bagi tenaga kesehatan yang telah memiliki kualifikasi atau lisensi profesi dan diakui secara sah ketika menjalankan profesinya.
5. Surat Tanda Registrasi (STR) adalah keterangan legal dan tercatat dikeluarkan setiap asosiasi profesi kesehatan terdaftar.

Pengaturan kegiatan keperawatan di Indonesia melalui Keputusan Menteri No. 02.02/Menkes/148/1/2010 (Kemenkes RI, 2010), yang mengatur perizinan dan penyelenggaraan kegiatan keperawatan. Persetujuan dan pelaksanaan kegiatan keperawatan diatur dalam Pasal 1 (satu), pasal 2 (dua), pasal 3 (tiga) dan pasal 8 (delapan). Hal senada juga tertuang dalam peraturan pelaksanaan Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang penerbitan izin kerja bagi perawat.

11.3 Isi Prinsip Legal Dalam Keperawatan

Isi keyakinan legal dalam keperawatan (Silalahi, 2021) meliputi:

Malpraktek

Malpraktek adalah kesalahan atau kelalaian dalam kinerja profesional penyedia layanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar profesional dan

prosedur operasi standar yang mengakibatkan kerugian serius bagi pasien sebagai akibat dari kesalahan atau kelalaian.

Misalnya, cedera, cacat atau bahkan kematian. Kebanyakan kasus malpraktek terjadi di rumah sakit. Kelalaian untuk mematuhi standar perawatan adalah penyebab umum dari kesalahan medis pada perawat. Misalnya, kesalahan diagnosa, penyalahgunaan alat-alat kesehatan, pemberian dosis obat yang salah, salah pemberian obat, alat-alat yang tidak memenuhi standar kesehatan atau tidak steril.

Dampak malpraktek merugikan pasien karena dapat menimbulkan cacat yang permanen, dapat dijerat hukum pidana, dikucilkan oleh kelompok dalam segi sosial, dan mendapat dosa dalam segi agama. Cara terbaik praktik perawat untuk menghindari malpraktek dengan mengikuti pedoman perawatan berbasis bukti, memberikan perawatan dengan tepat, dan berkomunikasi dengan penyedia layanan kesehatan lainnya.

Menghindari penyalahgunaan dengan membangun hubungan kepedulian dengan pasien dan dengan mendokumentasikan pengkajian, intervensi, dan penilaian perawatan secara menyeluruh. Waspada risiko pasien dan penyebab umum cedera pasien seperti ulkus dekubitus, jatuh, dan kesalahan pengobatan.

Terakhir, komunikasikan dengan pasien. Menjelaskan semua tes, obat-obatan, dan perawatan. Dengarkan kekhawatiran pasien tentang pengobatan. Laporkan setiap perubahan signifikan dalam kondisi pasien kepada penyedia layanan kesehatan secara tepat waktu dan mencatat perubahan dalam catatan kesehatan (Potter, Patricia A., Perry, Anne Griffin., Stockert, Patricia A., Hall, 2020).

Kelalaian

Kecerobohan atau kelalaian berbeda dengan malpraktek, namun kelalaian termasuk dalam pengertian malpraktek (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, n.d.). Dengan kata lain, malpraktek tidak harus terdapat unsur kelalaian. Istilah malpraktek memiliki pengertian yang lebih luas dari pada kelalaian, sebab selain mengandung pengertian kelalaian juga terdapat perbuatan yang disengaja (criminal practice) dan melawan hukum.

Yang dimaksud dengan “sengaja” adalah adanya motif (guilty mind) dan oleh karena itu perbuatan tersebut dapat bersifat perdata atau pidana. Ketidaksengajaan sering kali terdapat pada kelalaian dalam bekerja, kurang teliti, kurang hati-hati, acuh tak acuh, tidak peduli dengan kepentingan orang lain, tetapi konsekuensi yang ditimbulkan bukanlah tujuannya. Kecerobohan

bukanlah pelanggaran hukum atau kejahatan bilamana tidak menyebabkan kerugian bagi pasien dan pasien itu dapat menyetujuinya.

Namun bila kelalaian yang dilakukan berdampak kerugian materi, luka-luka atau bahkan ancaman nyawa, keadaan ini dikategorikan bentuk kelalaian berat (culpa lata), serius, dan kriminal.

Bentuk-bentuk kelalaian antara lain sebagai berikut:

1. *Malfeasance*, ialah menjalankan aktivitas yang tidak sah atau tidak tepat, misalnya melaksanakan aktivitas keperawatan tanpa arahan yang sesuai.
2. *Misfeasance*, merupakan memilih aktivitas keperawatan yang tepat namun pelaksanaannya tidak tepat, misalnya melakukan tindakan perawatan yang bertentangan dengan tahapan.
3. *Nonfeasance*, adalah tidak melakukan aktivitas keperawatan yang menjadi tugas mereka, contohnya tidak melakukan pemasangan *bed guard* untuk pasien.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kelalaian dalam keperawatan adalah kesalahan pemberian obat, mengabaikan keluhan pasien, salah mendiagnosis masalah klien, kecerobohan di ruang operasi, timbulnya kasus dekubitus selama dalam perawatan, dan mengabaikan keselamatan dan keamanan pasien (misalnya pasien jatuh).

11.4 Aspek Hukum Dalam Keperawatan

Hukum keperawatan adalah pengetahuan tentang kaidah dan ketentuan yang berlaku pada asuhan keperawatan yang diberikan kepada masyarakat (Ngesti W. Utami, Uly Agustine, 2016).

Undang-undang keperawatan adalah komponen dari hukum kesehatan yang meliputi kegiatan keperawatan. Hukum keperawatan adalah bagian ilmu pengetahuan tentang undang-undang dan ketentuan hukum yang mengatur aktivitas keperawatan kepada masyarakat (Ngesti W. Utami, Uly Agustine, 2016).

11.4.1 Batas Hukum Keperawatan

Sumber Hukum

Perawat menggunakan hukum perundang-undangan, hukum kaidah, dan hukum umum sebagai standar adab mereka.

1. Sebuah Hukum (statutory law)

Hukum ini diciptakan oleh lembaga hukum yang terpilih seperti hukum negara bagian dan U.S. Kongres. Hukum perdata dan pidana juga termasuk dalam hukum perundang-undangan.

a. Hukum pidana menangkal kejahatan di masyarakat dan menghukum pelanggar. Tindakan pidana dapat dibagi menjadi dua kategori: kejahatan dan pelanggaran. Kejahatan (felony) adalah tindakan kriminal serius yang membawa kemungkinan hukuman penjara yang lama atau mungkin hukuman mati. Pelanggaran (misdemeanor) adalah salah satu yang memiliki hukuman minimal satu tahun penjara. Penyalahgunaan obat-obatan terlarang contoh salah satu kejahatan yang dilakukan oleh seorang perawat.

b. Hukum perdata membantu mengawasi wewenang pribadi dalam masyarakat dan mempromosikan kesetaraan terhadap pribadi seseorang. Pelanggaran hukum perdata berupa kejahatan terhadap individu atau hak miliknya. Hukuman bagi pelanggaran hukum perdata biasanya dalam bentuk pembayaran denda berupa uang, tidak seperti hukum pidana yang dapat menyebabkan hukuman penjara. Namun pada beberapa hukum Federal dan negara bagian sanksi terhadap pelanggaran dapat berupa keduanya yaitu hukuman perdata dan pidana.

2. Hukum peraturan pengambilan keputusan yang diterapkan oleh badan administratif seperti *State Board of Nursing* saat mereka mengesahkan peraturan dan kaidah tercermin dalam hukum peraturan (regulatory law) atau hukum administratif (administrative law). Sebagai perumpamaan hukum peraturan merupakan kewajiban dalam melaporkan aktivitas keperawatan yang tidak ahli atau tidak etis kepada *State Board of Nursing*.

3. Hukum umum (common law) merupakan putusan yang dikeluarkan oleh pengadilan dalam sengketa hukum individu yang disidangkan di pengadilan. Perumpamaan aturan yang lazim adalah *informed consent* dan wewenang pasien untuk menolak pengobatan.

Fungsi Hukum

1. Hukum membentuk struktur atau kerangka kerja untuk mengarahkan kegiatan keperawatan yang legal saat merawat pasien.
2. Pemisahan wewenang perawat dari tugas profesi kesehatan lain.
3. Membantu menentukan batas-batas regulator independen.
4. Membantu mempertahankan derajat keperawatan dengan menempatkan perawat pada posisi yang mempunyai wewenang sesuai undang - undang.

Standar Pelayanan

Batas minimum untuk layanan keperawatan yang dapat diterima ditetapkan oleh standar perawatan, yang berfungsi sebagai pedoman hukum untuk praktik keperawatan. Undang-undang negara bagian dan federal (berkaitan dengan rumah sakit dan lembaga perawatan kesehatan lainnya), organisasi keperawatan khusus dan profesional, serta kebijakan dan prosedur yang ditetapkan oleh fasilitas perawatan kesehatan tempat perawat bekerja semuanya digunakan untuk menentukan standar asuhan keperawatan di masing-masing Undang-Undang Praktik Perawat negara bagian.

Tingkat perawatan yang harus diberikan perawat ditentukan oleh hukum. *Nurse Practice Acts* menentukan persyaratan pendidikan untuk perawat, memberikan perbedaan antara praktik kedokteran dan keperawatan, dan secara luas menentukan rentang praktik keperawatan.

Aturan dan peraturan Dewan Keperawatan Negara Bagian memberikan definisi yang lebih rinci tentang praktik keperawatan. Dewan direksi negara bagian, misalnya, menetapkan peraturan untuk terapi intravena.

11.4.2 Perundang-Undangan Federal Praktik Keperawatan Mental Health Parity Acts

Asuransi kesehatan gratis ditunjukkan untuk menghapuskan pembayaran bidang spesialis tertentu dan menunjukkan batas pembayaran yang dilakukan untuk penyakit tertentu.

Namun, jika rencana asuransi kesehatan menyediakan keuntungan bagi kesehatan mental maka peraturan Federal terbaru menetapkan batasan tentang keuntungan kesehatan mental tersebut. *Mental health parity acts* tahun 1996 melarang asuransi kesehatan menetapkan batas pembayaran untuk kesehatan mental sehingga jumlahnya menjadi lebih sedikit dibandingkan untuk kesehatan medis atau tindakan operasi.

Fasilitas psikiatri menerima pasien yang memiliki kapasitas untuk bunuh diri. Klien harus diawasi jika riwayat medis dan catatan medis klien menunjukkan kecenderungan bunuh diri. Jika seorang pasien mencoba bunuh diri saat dirawat di rumah sakit, tuntutan hukum dapat terjadi. Penyedia layanan kesehatan dituduh gagal melindungi fasilitas kesehatan dan memantau klien dalam keluhan ini. Sangat penting untuk melacak pengawasan upaya bunuh diri.

Emergency Medical Treatment and Active Labor Acts

Akibat pemindahan klien dari rumah sakit swasta ke rumah sakit umum tanpa skrining dan stabilisasi yang tepat (dirujuk sebagai “klien buangan”), dewan kongres Amerika membuat *emergency medical treatment and active labor acts*. Undang-undang ini menyatakan bahwa saat klien datang ke unit gawat darurat atau Rumah Sakit, harus dilakukan skrining medis yang sesuai dengan kapasitas rumah sakit.

Jika ada kondisi gawat darurat maka rumah sakit tidak boleh memulangkan atau memindahkan klien sampai kondisinya stabil, kecuali jika klien yang meminta untuk dipindahkan atau dipulangkan secara tertulis dan telah diberikan informasi tentang manfaat dan risikonya, atau jika dokter atau penyelenggara kesehatan yang menyatakan bahwa manfaat transfer lebih besar dari risikonya.

Arahan Lanjut

Terdapat dua arahan lanjut, yaitu surat wasiat dan kekuasaan pengacara atas layanan kesehatan. Keduanya didasarkan atas nilai persetujuan klien,

wewenang klien atas keputusan di penghujung kehidupan, pemberitahuan kebenaran, dan kontrol atas proses menjelang ajal.

Patient Self-Determination Acts (PSDA) (1991) mewajibkan institusi layanan kesehatan untuk memberikan informasi tertulis kepada klien tentang hak klien di bawah hukum negara bagian dalam pengambilan keputusan termasuk hak untuk menolak terapi dan menyusun arahan lanjut. Di bawah ketentuan ini rekam medis klien harus mengandung dokumentasi apakah klien telah memiliki arahan lanjut.

Agar kedua jenis arahan lanjut dapat diterapkan maka klien harus berada dalam keadaan tidak mampu secara hukum atau tidak memiliki kemampuan mengambil keputusan tentang terapi kesehatannya. Kemampuan keputusan adalah kemampuan untuk membuat pilihan yang benar bagi diri sendiri berkaitan dengan pelayanan medis.

11.4.3 Hukum Negara Bagian Tentang Praktik Keperawatan

Lisensi State of Nursing

Pemberian Lisensi *State of Nursing* atau badan keperawatan negara mengeluarkan lisensi keperawatan untuk praktisi. Standar lisensi khusus negara bagian berbeda, tetapi mereka sering menetapkan tingkat pendidikan minimal dan mengharuskan lulus ujian lisensi. Penerbitan lisensi akan memungkinkan perawat untuk menawarkan keahlian khusus masyarakat serta peta jalan untuk keselamatan masyarakat.

Dinas Keperawatan Negara akan menolak atau mencabut izin jika seorang perawat melanggar peraturan perizinan administrasi. Misalnya, perawat yang menjual atau menggunakan narkoba dapat kehilangan izinnya. Karena lisensi adalah hak milik. Dewan keperawatan negara bagian harus melalui proses yang diperlukan sebelum mencabut atau menolak lisensi.

Prosedurnya adalah memberitahu perawat tentang tuduhan terhadap mereka dan hak mereka untuk membela diri di pengadilan. Pengadilan tidak dilakukan oleh pengadilan, tetapi oleh sejumlah dewan profesional. Beberapa negara bagian memberikan tinjauan administratif dan hukum atas kasus-kasus setelah perawat kehabisan hak mereka untuk mengajukan banding.

Good Samaritan Law

Perawat bertindak sebagai *good Samaritan* yang merupakan penolong darurat jika terjadi kecelakaan. Semua negara bagian mempunyai undang-undang ini untuk mendorong profesional medis membantu saat kondisi darurat. Undang-undang ini membatasi tanggung jawab dan memberikan perlindungan hukum untuk membantu perawat jika terjadi kecelakaan.

Hukum Kesehatan Masyarakat

Badan legislatif negara bagian memberlakukan peraturan di bawah kode kesehatan termasuk undang-undang pelaporan penyakit menular seksual, undang-undang promosi kesehatan sekolah dan imunisasi, dan undang-undang pengurangan risiko kesehatan di masyarakat.

Tujuan undang-undang ini adalah untuk melindungi kesehatan masyarakat, mendukung hak-hak individu, mengatur layanan medis dan keuangan mereka, dan memastikan akuntabilitas profesional atas layanan yang diberikan. Kebijakan ini mencakup pelaporan dugaan penganiayaan dan penelantaran seperti penganiayaan anak, penganiayaan orang tua atau kekerasan dalam rumah tangga, melaporkan penyakit menular, memastikan klien divaksinasi sesuai permintaan dan melaporkan masalah kesehatan lain yang terkait dengan perlindungan kesehatan masyarakat.

Untuk membantu pelaporan kasus yang dicurigai, negara memberikan perlindungan pelapor jika laporan dibuat dengan itikad baik. Profesional perawatan Kesehatan yang gagal melaporkan penyalahgunaan terkadang dapat dikenakan tuntutan pidana atau perdata.

11.4.4 Aturan Perdata dan Ketentuan Umum Dalam Praktik Keperawatan

Tort

Tort adalah kesalahan yang dilakukan terhadap seseorang atau hak miliknya. Klasifikasi *tort* adalah intensional, *quasi-intentional*, dan *nonintensional*. *Tort* intensional adalah aktivitas terencana yang melanggar hak orang lain seperti ancaman, kekerasan, dan kesalahan penahanan. *Tort* kuasi-intensional adalah perilaku yang tidak disengaja tetapi menimbulkan efek yang tidak pantas ketika aktivitas tersebut dijalani, misal pelanggaran kerahasiaan dan pencemaran nama baik. Klasifikasi ketiga yaitu *tort nonintensional* yang termasuk kelalaian atau malpraktek.

Asuransi Malpraktek

Malpraktek atau asuransi tanggung jawab profesi adalah kontrak antara pemberi perawat dan perusahaan asuransi. Asuransi malpraktek menawarkan perlindungan bagi perawat bila terlibat tuntutan atas kelalaian profesional atau malpraktek medis. Perawat yang dipekerjakan oleh institusi kesehatan biasanya ditanggung oleh pihak asuransi institusi tersebut. Karena sulit untuk memisahkan kehidupan pribadi dari profesi perawat perlu mempertimbangkan pembelian asuransi tanggung jawab profesional secara pribadi.

Sebagai contoh, institusi tidak akan menanggung perawat yang menghadapi tuntutan terkait tugas yang dilakukan secara sukarela atas permintaan teman atau tetangganya di luar lingkungan rumah sakit (Potter, 2009).

11.5 Perlindungan Hukum Praktik Keperawatan

Dalam melakukan asuhan keperawatan, tenaga keperawatan yang profesional diharapkan dapat memanfaatkan prosedur sistem keperawatan yang mengacu pada pedoman keperawatan dengan memperhatikan etik dan etika keperawatan dalam lingkup kewenangan dan kewajibannya.

Kewajiban diartikan perawat menunjukkan secara hukum siap menerima hukuman (punishment) jika terbukti bersalah atau melanggar hukum. Sistem regulasi dalam keperawatan berupa registrasi, lisensi dan sertifikasi berdasarkan Permenkes No. 1796/Menkes/Per/VIII/2011.

11.5.1 Pentingnya Undang-Undang Praktik Keperawatan

Pertama, karena alasan filosofis. Perawat telah memberikan kontribusi yang signifikan untuk meningkatkan kondisi kesehatan. Ini berperan dalam menyediakan berbagai layanan kesehatan dari layanan pemerintah dan swasta ke daerah perkotaan hingga desa-desa terpencil dan perbatasan.

Kedua, alasan hukum. Pasal 5 UUD 1945 menyatakan Presiden memiliki kekuasaan membuat undang-undang dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat. Demikian pula Pasal 32 Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 secara tegas menyatakan bahwa pemberian pengobatan dan/atau asuhan

berdasarkan ilmu kedokteran dan keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dan kewenangan.

Sementara Pasal 53 menyatakan bahwa tenaga kesehatan berhak atas perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas profesionalnya, tenaga kesehatan wajib memperhatikan standar profesi dalam pelaksanaan tugasnya dan memiliki kewajiban untuk menghormati hak-hak pasien. Sedangkan SK Menteri Kesehatan No. 1239/Menkes/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat secara teknis diterapkan.

Ketiga, argumen sosial. Kebutuhan akan pelayanan Kesehatan masyarakat khususnya pelayanan keperawatan semakin tinggi. Hal ini disebabkan oleh berubahnya cara pandang dalam pemberian layanan perawatan kesehatan di rumah, dari model medis yang berfokus kepada diagnosis dan mengobati penyakit ke model perawatan kesehatan menuju lebih realistis sehingga akan memandang penyakit dan gejala merupakan keterangan daripada kunci layanan.

Keempat, keadilan dan kemampuan masyarakat saat memperoleh pelayanan asuhan, yang berkualitas sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, dan mendapat kepastian hukum dalam pemberian pelayanan. Sangatlah diperlukan keperawatan profesional, sehingga perawat atau pemberi asuhan harus kompeten, tercapai standar praktik keperawatan, dan berpegang pada standar etika serta moral profesi supaya masyarakat mendapatkan layanan terhadap aktivitas keperawatan yang berkualitas.

11.5.2 Perlindungan Hukum Dalam Praktik Keperawatan

Ketika perawat menjalankan aktivitas maka dinyatakan sebagai tenaga profesional, sehingga perawat bertanggung jawab atas keputusan dan tindakan mereka. Perawat dapat membuat kesalahan dan kelalaian, baik disengaja atau tidak disengaja dalam pelaksanaan tugas sehari-hari mereka untuk melaksanakan praktik mereka.

Oleh karena itu, perawat membutuhkan perlindungan hukum dari tuduhan kesalahan dan kelalaian, terutama dalam keadaan darurat. Sebagai contoh; *Good Samaritan Act* merupakan undang – undang yang dimiliki Amerika Serikat yang menaungi tenaga kesehatan saat melakukan pertolongan dalam kondisi darurat. Demikian juga di Indonesia, UU Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 telah diterbitkan menata aktivitas perawatan dan proteksi terhadap tuntutan malpraktek.

Terdapat undang-undang dan strategi untuk melindungi perawat dari tuntutan hukum meliputi:

1. Good Samaritan Act merupakan aturan yang dibuat untuk melindungi layanan kesehatan yang membantu dalam keadaan darurat terhadap dugaan malpraktek kecuali jika terbukti ada penyimpangan yang signifikan dari pedoman asuhan normal atau kesalahan yang disengaja oleh pihak penyedia layanan kesehatan.
2. Asuransi kewajiban profesional: mempertimbangkan meningkatnya jumlah kasus malpraktek terhadap profesional perawatan kesehatan, maka profesi perawat didesak untuk mengurus asuransi kewajiban mereka. Demikian pula dokter atau rumah sakit bisa menuntut perawat dikarenakan kelalaian yang terjadi, sebaliknya perawat dapat dituntut dan digugat pertanggungjawaban atas kelalaian atau malpraktek.
3. Kolaborasi dengan dokter, maka perawat digugat untuk dapat melakukan kegiatan yang semestinya baik dalam pemberian obat yang direkomendasikan oleh dokter. Kewajiban perawat adalah menjelaskan rencana yang tampaknya tidak jelas atau salah kepada dokter bila diminta.
4. Perlindungan hukum yang sangat penting adalah melakukan perawatan yang kompeten, sehingga bermanfaat bagi staf perawatan.
5. Melakukan catatan medis bagi perawat, sehingga dijadikan dokumen legal serta berfungsi sebagai petunjuk di pengadilan.
6. Laporan insiden merupakan catatan langsung dari kecelakaan atau keadaan darurat. Laporan insiden memberi staf akomodasi semua informasi yang diperlukan.

11.5.3 Nursing Advocacy

Merupakan Salah satu fungsi dan peran perawat menjadi advokat pasien. Peran advokat pasien sangat mendasar dan sentral dalam proses keperawatan. Sebagai peran utama perawat, advokasi merupakan bagian dari kode etik pasien.

Dalam peran mereka sebagai advokat pasien, perawat menggunakan keterampilan mereka sebagai pendidik, penasihat, dan pemimpin untuk melindungi dan mendukung hak-hak pasien.

Pengertian Advokasi

Advokasi adalah tanggung jawab profesional perawat untuk melindungi dan membela pasien. Pengertian advokasi perawat adalah tindakan perawat untuk menginformasikan dan bertindak atas nama pasien. Bertindak sebagai advokat meliputi pemberian informasi, menjadi mediator, dan melindungi pasien.

Advokasi ini merupakan bagian dari perawatan, kedekatan dan kepercayaan antara perawat dan pasien yang menjadikan keperawatan sebagai tempat khusus dalam perawatan kesehatan (Zulyadi, 2014).

Peran Perawat Sebagai Advokator

Peran perawat sebagai advokat pasien adalah untuk memungkinkan perawat melindungi pasien, keluarga pasien, serta masyarakat di sekitar pasien. Hal ini memungkinkan perawat sebagai wali untuk menjaga lingkungan yang aman dan nyaman dan mengambil tindakan untuk mencegah kecelakaan yang tidak diinginkan dari hasil pengobatan, seperti memastikan bahwa pasien tidak alergi terhadap efek pengobatan (Telaumbanua, 2019).

Sebagai advokat klien, maka perawat bertindak sebagai mitra antara klien dan tim perawatan kesehatan lainnya agar memenuhi kebutuhan klien, melindungi kepentingan klien, dan membantu klien memahami semua informasi. Kesehatan dan prosedur yang diterapkan oleh sistem perawatan kesehatan.

Kecuali itu, perawat harus mampu melindungi dan membela hak-hak klien yang menjadi dasar hak-hak klien tersebut (Profesi and Praktik Keperawatan Profesional - Google Books, n.d.) diantaranya adalah:

1. Hak atas informasi: hak pasien mendapatkan informasi tentang peraturan di rumah sakit atau fasilitas perawatan lainnya.
2. Hak untuk mendapatkan informasi tentang:
 - a. penyakit yang dialami;
 - b. prosedur medis apa yang dilakukan;
 - c. kemungkinan komplikasi prosedur dan cara mengatasinya;
 - d. pengobatan alternatif dan risikonya;
 - e. prognosis penyakit;

- f. perkiraan biaya pengobatan atau informasi tentang penyakit, akibat yang ditimbulkan;
- g. hak atas pelayanan manusia yang adil dan jujur;
- h. hak atas perawatan berkualitas yang sesuai dengan tingkat profesional perawat tanpa membedakan;
- i. hak untuk menerima atau mengesahkan tindakan perawat atau tindakan medis yang berkaitan penyakit pasien (informed consent);
- j. hak menolak tindakan terhadap dirinya;
- k. hak bersama keluarga dalam keadaan kritis;
- l. hak beribadah selama tidak mengganggu pasien lain;
- m. hak atas keamanan selama di rumah sakit;
- n. hak untuk membuat saran guna peningkatan perawatan rumah sakit;
- o. hak untuk menerima atau menolak petunjuk moral dan spiritual;
- p. hak memilih dokter, perawat atau rumah sakit dan kelas perawatan sesuai kemauannya;
- q. hak meminta *second opinion* konsultasi dari dokter yang terdaftar di rumah sakit;
- r. hak tentang informasi isi laporan pasien. kunci untuk memenuhi peran advokat pasien adalah seberapa baik perawat berkomunikasi dengan pasien dan rekan kerja. komunikasi adalah suatu bentuk perilaku untuk interaksi yang saling informatif antara pasien dan rekan kerja.

Ketika komunikasi antara perawat dan pasien atau keluarga pasien memberikan umpan balik positif antara keduanya. Tentu saja, ini membantu menyederhanakan proses perawatan dan pasien puas dengan tindakan yang diambil.

3. Nilai-nilai inti yang harus dimiliki advokat perawat
Dalam menjalankan perannya sebagai advokasi pasien, perawat hendaknya memiliki nilai-nilai dasar, yaitu:
 - a. Pasien merupakan makhluk holistik dan otonom, berhak atas menentukan pilihan dan mengambil keputusan.

- b. Pasien mempunyai hak menjalin hubungan perawat - pasien berdasarkan saling menghormati, kepercayaan, kerja sama untuk memecahkan permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan dan kebutuhan medis, serta kebebasan berpikir dan berperasaan.
- c. Perawat memiliki tanggung jawab terhadap pasien tentang bagaimana menjaga kesehatan mereka.

11.6 Pengambilan Keputusan Legal Etis

Pengambilan keputusan adalah suatu tindakan yang meliputi berbagai faktor yang perlu dipertimbangkan secara cermat oleh perawat, utamanya berkaitan dengan masalah praktik klinis. Efek dari pengambilan keputusan yang tepat akan dibayar mahal, baik bagi orang yang membuat keputusan itu maupun bagi organisasi tempat mereka bekerja (Lubis, 2017).

Tujuan utama dari profesi keperawatan adalah untuk bertindak sebagai pemecah masalah, yang terdiri dari pemecahan masalah kesehatan pasien menggunakan teknik pemecahan masalah. Pemecahan masalah dilakukan sebagai desain kerja bagi perawat untuk membuat keputusan etis. Keputusan etis didasarkan pada kesepakatan antara pasien dan perawat.

Oleh karenanya, perawat harus dapat meyakinkan pasien bahwa keputusan etis didasarkan pada analisis dan pertimbangan yang cermat. Kesepakatan antara pasien dan perawat mengenai keputusan ini dapat berbentuk *informed consent*, sehingga ada bukti kuat bahwa keputusan etis dibuat atas dasar persetujuan bersama. Perawat berperan sebagai konselor dan advokat dalam pengambilan keputusan etis. Artinya dalam mengambil keputusan perawat harus melibatkan pasien dan keluarga serta dapat memberikan informasi tentang kondisi dan situasi yang muncul.

Sebagai advokat, maka perawat melindungi hak pasien untuk menerima perawatan yang bermanfaat dan tidak merugikan. Dalam keputusannya, perawat mengikuti pemikiran rasional dan tanggung jawab moral dengan memperkuat prinsip etika dan hukum yang berlaku. Dalam proses pengambilan keputusan etis, ada beberapa teori yang dapat digunakan untuk membenarkan keputusan etis: teori *teleologis* dan *deontologis*. Teologi asal kata *telos* yang berarti tujuan.

Dalam hal ini, keputusan etis didasarkan pada tujuan yang ingin dicapai. Teori kedua adalah teori *deontologis*, sebuah konsep yang berfokus pada moralitas dan kewajiban. Teori ini sebagian besar telah berkembang menjadi prinsip-prinsip – prinsip etik.

Prinsip – prinsip etik yang telah diungkapkan oleh (Nursalam, 2006) meliputi:

1. Keadilan (justice)
Dengan kata lain, perawat memiliki kewajiban memberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan 20 pasien. Aktivitas yang dilakukan harus sesuai standar praktik perawatan profesional dan hukum yang berlaku.
2. Asas menghormati otonomi (autonomy)
Diartikan menghormati kemampuan individu yang memiliki harga diri dan martabat untuk membuat keputusan sendiri tentang hal-hal yang memengaruhi mereka. Otonomi merupakan kemampuan untuk mengkoordinasikan serta menentukan sendiri. Di bawah prinsip otonomi, perawat harus menghargai dan menghormati hak pasien untuk membuat pilihan pengobatan dan keputusan untuk diri mereka sendiri.
3. Asas manfaat (beneficence), perawat yang memberikan perawatan harus selalu berpedoman pada upaya yang terbaik untuk kepentingan pasien.
4. Tidak merugikan (non-maleficence), artinya tidak membahayakan pasien. Dalam hal ini, perawat harus mengambil langkah-langkah untuk menghindari bahaya atau risiko cedera pada pasien.
5. Asas kejujuran (veracity)
6. Asas kerahasiaan (confidentiality) Dengan kejujuran perawat harus menjaga kerahasiaan pasien yang dirawatnya dengan itikad baik dan memiliki citra yang baik sebagai seorang profesional.
7. Komitmen (fidelity). Seorang perawat profesional harus memiliki komitmen yang kuat. Perawat harus mandiri dan membuat keputusan yang mempertimbangkan tidak hanya ilmu pengetahuan tetapi juga etika keperawatan.

11.7 Pengertian, Tugas, dan Tanggung Jawab Perawat

Perawat adalah seseorang yang dengan ikhlas bekerja memberikan pelayanan kesehatan secara profesional di rumah sakit, puskesmas, klinik, panti dan tempat lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Perawat Profesional adalah profesi yang memiliki tanggung jawab dan wewenang untuk memberikan asuhan keperawatan secara mandiri dan atau bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain sesuai tanggung jawabnya.

Definisi perawat berdasarkan UU RI NO 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan untuk menjalankan praktik keperawatan berdasarkan keilmuannya, yang didapat melalui pendidikan keperawatan.

Berdasarkan *International Council Of Nurses* (1965), seorang perawat ialah seseorang yang telah melewati program pendidikan keperawatan, berwenang memberikan pelayanan di Negara tersebut dan bertanggung jawab dalam meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan perawatan pasien.

Setiap orang yang bergelar perawat Spesialis, Asisten Spesialis maupun Sarjana Keperawatan, harus melakukan tugas – tugas berikut dalam kehidupan sehari – hari, sehingga tugas tenaga keperawatan disepakati pada tahun 1983 melalui lokakarya berdasarkan fungsi perawat ketika memberikan asuhan keperawatan:

1. Mengelompokkan Data.
2. Analisis dan interpretasi data.
3. Membuat intervensi keperawatan.
4. Penggunaan dan penerapan konsep dan prinsip ilmu perilaku, sosiokultural, dan biomedik dalam pelaksanaan kerja keperawatan untuk pemenuhan KDM.
5. Tentukan batasan terukur saat menilai rencana keperawatan.
6. Menilai tingkat pencapaian tujuan.
7. Identifikasi perbedaan yang digunakan.
8. Evaluasi data masalah keperawatan.
9. Catat informasi tentang tahapan keperawatan.
10. Gunakan catatan klien dalam memonitor kualitas perawatan.

11. Identifikasi masalah penelitian bidang keperawatan.
12. Membuat usulan konsep usulan penelitian keperawatan.
13. Menerapkan hasil penelitian praktik keperawatan.
14. kelompokkan kebutuhan pendidikan kesehatan.
15. Buat program penyuluhan kesehatan.
16. Menjalankan penyuluhan kesehatan.
17. Evaluasi penyuluhan kesehatan.
18. Berpartisipasi dan sinergi dalam pelayanan kesehatan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
19. Menjalinkan komunikasi yang efektif dengan tim keperawatan ataupun tim kesehatan lain.

Bab 12

Tren Keperawatan

12.1 Pendahuluan

Keperawatan merupakan salah satu profesi yang dalam pelayanannya meliputi tindakan perawatan independen dan kolaboratif pada individu dari segala usia, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit. Ruang lingkup Keperawatan meliputi promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang sakit, cacat dan kritis.

Advokasi, promosi lingkungan yang aman, penelitian, partisipasi dalam membentuk kebijakan kesehatan dan manajemen pasien dan sistem kesehatan, serta pendidikan juga merupakan peran kunci keperawatan. Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan dasar dan umum dan diberi wewenang oleh otoritas pengatur yang sesuai untuk melakukan praktik keperawatan di negaranya.

Perawat juga memiliki tanggung jawab untuk mempertanggungjawabkan pekerjaannya, yang berarti bahwa mereka dapat membenarkan keputusan yang dibuat dan konsekuensi yang dapat dituntut jika mereka tidak melakukan praktik keperawatan sesuai dengan standar profesi, etika dan moral (Darmawan, 2013).

Dalam pelayanan seorang perawat memainkan peran penting sebagai salah satu komponen utama pelayanan kesehatan masyarakat dan, tergantung pada keterampilan dan pelatihan mereka, serta pasti memiliki pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan kesehatan (Lestari, 2014).

Perawat dipersiapkan dan diberi wewenang untuk terlibat dalam lingkup umum praktik keperawatan, termasuk promosi kesehatan, tindakan preventif, dan perawatan orang sakit fisik, sakit mental, dan orang cacat dari segala usia dan dalam semua perawatan kesehatan dan pengaturan komunitas lainnya, melaksanakan pendidikan kesehatan, berpartisipasi penuh sebagai anggota tim perawatan kesehatan, untuk mengawasi dan melatih asisten perawat dan kesehatan dan terlibat dalam kegiatan penelitian.

Dalam kenyataannya hampir 80% pelayanan keperawatan menjadi pelayanan nomor satu yang ada di rumah sakit, karena di rumah sakit sebagian besar merupakan pelayanan promosi kesehatan dan program preventif. Hal tersebut terjadi karena adanya pergeseran pandangan dalam pemberian pelayanan kesehatan yang mengedepankan pelayanan pengobatan atau diagnosa penyakit menjadi pelayanan holistik. Melihat bahwasanya penyakit merupakan informasi kesehatan secara menyeluruh dari aspek biologis, psikologis, sosial dan kultural (Nursalam, 2005).

Era globalisasi ini identik dengan era komputerisasi atau era digital, perawat harus mengikuti tren yang ada saat ini salah satunya menguasai teknologi komputer/internet di dalam melaksanakan baik dalam proses pemberian asuhan keperawatan maupun proses pendidikan Keperawatan. Perawat harus dipersiapkan dalam mengubah layanan kesehatan menggunakan rekam medis elektronik, perangkat jaringan rumah, aplikasi seluler, *telehealth/telenursing*, *Internet of Things (IoT)*, dan *artificial intelligence*.

Karena banyaknya perawat asing yang bekerja di Indonesia ataupun sebaliknya, perawat Indonesia yang bekerja di luar negeri merupakan salah satu dampak adanya pasar bebas. Dalam hal ini perawat Indonesia mau tidak mau harus mengikuti tren dalam penggunaan komputerisasi dan internet serta mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan salah satunya meningkatkan pendidikan.

Ke depan, perawat Indonesia akan bersaing dengan perawat asing dalam hal implementasi asuhan keperawatan. Perawat Indonesia harus bisa mempertahankan dan menunjukkan bahwa profesi keperawatan memiliki citra yang baik di masyarakat dan selalu berperan aktif dalam membangun

kesehatan hingga ke internasional. Di masa depan, perawat akan mengembangkan pengetahuan melalui perawatan klinik, penelitian yang dikombinasi dengan teknologi serta kreativitas.

12.2 Tren Keperawatan di Masa Yang Akan Datang

Secara umum stabilitas sosial, ekonomi dan politik merupakan salah satu faktor yang menentukan prospek perawat di masa depan. Selain faktor internal perawat itu sendiri yang merupakan level tertinggi. Sebagai bagian integral dalam rangkaian pelayanan kesehatan, pelayanan keperawatan harus selalu meningkatkan kualitas sesuai dengan perkembangan IPTEK.

Hal tersebut sebagai upaya berkembangnya profesi keperawatan menuju profesionalisme dalam berpartisipasi aktif di sistem pelayanan kesehatan Indonesia. Pelayanan keperawatan dapat berkembang dan meningkatkan kualitasnya melalui pelatihan lanjutan, proses akreditasi, sertifikasi peningkatan pendidikan dan pemantauan staf keperawatan.

Ke depannya terdapat beberapa aspek yang penting untuk diperhatikan oleh profesi perawat agar tetap bisa mempertahankan hak yang sama serta mampu bersaing dengan perawat asing. Di antaranya perubahan pola masyarakat dalam hal pergeseran sosial ekonomi dan politik, kemajuan dan perkembangan IPTEK, Globalisasi kesehatan dan keperawatan serta adanya tuntutan profesi keperawatan itu sendiri.

Beberapa bentuk tren keperawatan di masa yang akan datang antara lain:

12.2.1 Pergeseran Sosial, Budaya, dan Ekonomi Masyarakat

Konsep sosial mencakup banyaknya lembaga yang berkembang di masyarakat baik itu struktur sosial atau fungsi sosial. Jika kita membahas mengenai perubahan sosial sama halnya membahas tentang adanya perubahan lembaga-lembaga kemasyarakatan yang secara tidak langsung memengaruhi kinerja sistem sosial termasuk di dalamnya nilai-nilai, sikap dan pola perilaku dan interaksi masyarakat.

Sedangkan perubahan budaya dapat melingkupi perubahan dalam kepercayaan, kesenian, ilmu pengetahuan, moral, ideologi, nilai, sikap dan norma pada masyarakat. Perubahan tersebut tentu saja akan sangat memengaruhi kondisi sistem sosial masyarakat. Oleh karena itu, dengan adanya perubahan budaya, maka akan terjadi juga perubahan dalam sistem sosial masyarakat. Perubahan sosial dan budaya di masyarakat mencakup perubahan perilaku dan pola berpikir (Iwan Setiawan, Retno Kuning Dewi Pusparatri, Suciati and Mushlih, 2018).

Gambaran nyata terkait dengan perubahan sosial budaya dalam aspek perilaku ini ketika pandemi Covid 19 belum terjadi, masyarakat di Indonesia sebagian besar belum menyadari/ mengerti pentingnya menjaga kesehatannya. Akan tetapi, ketika wabah Covid 19 terjadi di dunia bahkan di Indonesia, terjadi pergeseran dan perubahan sosial serta pola pikir masyarakat yang tentunya berakibat pada kesehatan. Karena situasi pandemi, semua orang mengevaluasi dan membuat perubahan dalam segala aspek kehidupan mereka.

Salah satunya mengubah gaya hidup dari yang berlandaskan keinginan menjadi mengutamakan kebutuhan. Mengubah gaya hidup menjadi sederhana yang berorientasi sebagai *self healing*. Hal yang dapat dilakukan untuk mewujudkan gaya hidup sederhana dengan melakukan seleksi dan menyingkirkan barang atau sesuatu yang bersifat esensial. Memberi prioritas pada kebutuhan bukan hanya keinginan.

Seiring berjalannya waktu di masa pandemi, seluruh masyarakat Indonesia telah menyadari betapa pentingnya menjaga kesehatan dan saat ini mengubah gaya hidup menjadi gaya hidup yang baik dan sehat menjadi tren di seluruh lapisan masyarakat Indonesia. Kini, masyarakat sudah mulai menerapkan gaya hidup sehat dengan mengonsumsi makanan yang bergizi, mengurangi konsumsi makanan cepat saji, menerapkan protokol kesehatan yang menjadi kebiasaan sehari-hari.

Misalnya menggunakan masker, rajin mencuci tangan dengan sabun, menjaga jarak ketika sakit atau berinteraksi dengan orang yang sakit, lebih menyukai olahraga seperti berlari, jalan kaki atau bersepeda, Ke depannya masyarakat akan mulai terbiasa mengubah perilaku yang dapat mendukung kesehatannya, selain mengubah pola konsumsi/pola hidup dan hidup bersosial.

Pentingnya kestabilan ekonomi sosial juga berperan dalam pergeseran pola masyarakat yang berakibat pada kesehatan khususnya keperawatan. Berkembangnya dan optimalisasi sumber daya ekonomi di masyarakat,

contohnya seperti ketersediaan dana yang cukup secara pasti dapat menghambat atau mendukung pembangunan kesehatan nasional.

Pemerintah Indonesia telah bekerja sama dengan segala perangkat pemerintah salah satunya yang ada di desa dalam mengembangkan program pemberdayaan masyarakat yang disesuaikan dengan kebutuhan mereka. Pemerintah membuat kebijakan terkait dengan segala kebutuhan yang berkaitan dengan proses pencegahan penyebaran Covid 19 dan penatalaksanaan penanganan dampak kesehatan yang ditimbulkan dengan mengoptimalkan anggaran negara dan daerah serta mengoptimalkan segala potensi ekonomi lokal untuk pemenuhan kebutuhan masyarakat secara berkelanjutan contohnya mengembangkan UMKM.

Meningkatnya pengangguran dan pemutusan hubungan kerja sejak pandemi telah menyebabkan 23% orang mempertahankan tingkat konsumsi normal, sementara 36% telah mengurangi tingkat konsumsinya karena kondisi keuangan yang memburuk, dan hal ini akan terus berlanjut. Apa yang akan terjadi di masa depan? Orang dengan pendidikan kurang dari sekolah dasar lebih *mobile* dengan mencari pekerjaan. Terutama mencari kerja dari kota ke desa (tempat para imigran berasal).

Adanya berbagai program sosial negara sedang dilaksanakan oleh pemerintah merupakan salah satu langkah untuk membantu masyarakat yang terkena dampak pandemi Covid 19, terutama masyarakat yang tidak mempunyai pekerjaan serta masyarakat menengah ke bawah yang banyak kehilangan sumber pendapatan mereka (Ulya, 2020).

12.2.2 Perkembangan IPTEK

Dalam pelayanan keperawatan, seorang perawat harus memberikan pelayanan keperawatan yang profesional dan bermutu. Agar bisa profesional, selain meningkatkan pendidikan dan kompetensi, perawat harus bisa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya dibidang kesehatan, termasuk pemanfaatan IPTEK dalam implementasi pelayanan asuhan keperawatan.

Dalam masa adaptasi kebiasaan baru dan era *society 5.0* sekarang ini, teknologi dan informasi telah menjadi bagian dalam pemberian asuhan keperawatan. Pemanfaatan TI dinilai dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan dalam hal dokumentasi, pengambilan kebijakan klinis serta aspek legal etis.

Salah satu pemanfaatan TI yang dapat diaplikasikan saat ini hingga ke masa yang akan datang yakni *telenursing*. Di era digital, *telenursing* adalah salah satu cara pemberian asuhan keperawatan yang hemat biaya dan pendekatan inovatif serta hemat waktu untuk perawatan pasien yang lebih baik.

Telenursing merupakan salah satu bagian dari *telehealth* yang telah lama dikenal dalam dunia kesehatan terutama di Indonesia. *Telenursing* menawarkan program kolaboratif yang melibatkan penggunaan /pemanfaatan IPTEK.

Hal ini akan meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya bagi orang yang tinggal di daerah pedesaan dan mereka yang terganggu status kesehatannya, itu akan mengurangi waktu tunggu, mengurangi kunjungan yang tidak perlu ke ruang gawat darurat dan dokter klinik, dan menghemat waktu perjalanan, membantu mengatasi kekurangan perawat yang semakin meningkat, memungkinkan perawat untuk melakukan kunjungan dalam kondisi cuaca buruk dan di lingkungan berisiko tinggi di mana keselamatan sering terancam, kesegaran informasi kepada klien dalam membantu mereka bertemu kebutuhan perawatan kesehatan mereka dan penurunan perasaan terisolasi, baik untuk klien dan profesional kesehatan, peningkatan sumber daya dan alokasi waktu, tingkat kepuasan kerja yang lebih besar di antara perawat (Chattah et al., 2011).

Telenursing bisa disebut pemanfaatan teknologi informasi dan telekomunikasi dalam proses layanan, koordinasi perawatan, manajemen dan pengiriman informasi (Schlachta-Fairchild L, Varghese SB, Deickman A, 2010). *Telenursing* telah didefinisikan sebagai pengiriman, manajemen, dan koordinasi perawatan, dan layanan yang diberikan melalui teknologi informasi dan telekomunikasi. Profesional keperawatan membutuhkan keterampilan dan sikap baru karena mereka menggunakan perangkat teknologi dalam praktik *telenursing*.

Meskipun revolusi teknologi informasi di kesehatan telah menciptakan permintaan untuk perawat dengan meningkatkan pengetahuan tentang Informatika Keperawatan, dalam kurikulum keperawatan tidak termasuk dalam konten tentang *telenursing*. Sejumlah besar penelitian telah sangat merekomendasikan pentingnya mengintegrasikan *telenursing* ke dalam kurikulum keperawatan.

Meskipun *telenursing* sudah lama dikenalkan dalam dunia keperawatan, namun dalam pelaksanaannya belum maksimal. Pendidikan tentang

telenursing mungkin memiliki dampak yang signifikan terhadap pengetahuan, pendapat, dan kesadaran mahasiswa keperawatan untuk menerapkannya dalam praktik mereka di masa depan.

Telenursing dapat diaplikasikan dalam berbagai setting area keperawatan, dari pusat panggilan medis, Praktik dokter, klinik, rumah sakit, pusat kesehatan perguruan tinggi, pusat panggilan manajemen penyakit, pusat pengobatan akibat keracunan, dan departemen kegawatdaruratan (Umeda, A., Inoue, T., Takahashi, T. and Wakamatsu, 2014).

Salah satu implementasi dalam asuhan keperawatan yang bisa perawat lakukan meskipun jarak jauh salah satunya dengan memanfaatkan *telenursing* ini. Menggunakan *telenursing* dalam melakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, mengintervensi dan mengevaluasi asuhan keperawatan sebagai bentuk integrasi penggunaan atau pemanfaatan teknologi canggih seperti internet dan media sosial yang saat ini banyak diaplikasikan.

Telenursing adalah bidang yang berkembang & sebagai teknologi yang baru muncul & ruang lingkup praktik keperawatan semakin berkembang, perawat terdaftar perlu memastikan bahwa mereka memiliki kompetensi teknis & klinis yang diperlukan untuk berlatih dengan aman, kompeten & beretika di bidangnya masing-masing. *Telenursing* membantu untuk mengisi kesenjangan yang diciptakan oleh kekurangan keperawatan saat ini (Chattah et al., 2011).

Selain *telenursing*, teknologi yang dapat dimanfaatkan perawat dalam menghemat penggunaan kertas dalam proses dokumentasi, menghemat waktu dan meningkatkan komunikasi intensif yaitu *Problem Oriented Medical Record Information System* (PROMIS) (Agus Sudaryanto dan Irdawati, 2008).

Secara umum, *Electronic Health Records* (EHR) mengandung banyak informasi longitudinal, informasi pasien dunia nyata yang dikumpulkan dalam perawatan klinis standar. Informasi ini mencakup demografi, riwayat medis dan bedah, alergi dan obat-obatan, diagnosis dan prosedur, detail dari pertemuan pasien, serta hasil dan laporan dari berbagai studi klinis.

EHR juga melacak aspek lain dari perawatan pasien, termasuk fungsi manajemen praktik seperti penjadwalan, penagihan, dan informasi asuransi. Informasi yang direkam dalam EHRs adalah kombinasi dari terstruktur dan tidak terstruktur (Abul-Husn and Kenny, 2019).

Penggunaan Metaverse dalam dunia keperawatan juga menjadi tren teknologi informasi di masa depan. Tren Metaverse yang dapat digunakan yakni *virtual*

reality dalam praktik laboratorium, hal ini juga sudah dilakukan oleh beberapa perguruan tinggi di Indonesia menggunakan teknologi 3D bahkan 5D.

Dalam dunia keperawatan, yang dapat diterapkan adalah promosi dan peningkatan layanan dalam praktik klinik mandiri yang sudah didirikan. Seperti *home care*, perawatan luka diabetes, dan praktik klinik keperawatan mandiri lainnya. *Virtual reality* (VR) merupakan cara bagi manusia untuk memvisualisasikan, memanipulasi, dan berinteraksi dengan komputer dan data yang sangat kompleks" (Ahmadpour, N., Randall, H., Choksi and Gao, A., Vaughan, C., & Poronnik, 2019).

Bagian visualisasi mengacu pada komputer yang menghasilkan output visual, pendengaran atau sensual lainnya kepada pengguna dunia di dalam komputer. Pengguna dapat berinteraksi dengan dunia dan secara langsung memanipulasi objek di dalam dunia. Beberapa dunia dianimasikan oleh proses lain, mungkin simulasi fisik, atau skrip animasi sederhana. Interaksi dengan dunia virtual, setidaknya dengan kontrol sudut pandang yang hampir *real time*.



Gambar 12.1: Mekanisme VR Mengubah Luaran Rasa Nyeri, Mulai Dari Gangguan Sederhana Hingga Pengembangan Keterampilan Melalui Interaksi (Ahmadpour, 2019)

12.2.3 Globalisasi Dalam Keperawatan

Era globalisasi ini masyarakat sangat mengharapkan pelayanan prima di pelayanan kesehatan termasuk di Rumah sakit. Rumah sakit harus dapat memberikan pelayanan kesehatan yang memenuhi standar paripurna bagi masyarakat sebagai konsumen, karena itu dilakukan berbagai upaya memperbaiki sistem pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas rumah sakit (Lieberthal, 2008).

Globalisasi mencakup berbagai kegiatan, sekarang ini bisa melibatkan tidak hanya produksi dan distribusi material berupa barang tetapi juga jasa non-materi, terutama keuangan dan layanan informasi (Smith E.V, 2000). Globalisasi modern telah dipercepat dan sekarang bergantung pada informasi

teknologi. Seperti penggunaan Microchip, internet, faks, telepon seluler, elektronik perbankan dan e-learning adalah teknologi terkini, tetapi mereka memilikinya untuk mengubah dunia, menciptakan ' pengetahuan ekonomi ' saat ini.

Pengetahuan bukan lagi milik wilayah atau orang tertentu, namun untuk semua orang, hanya dengan sekali klik semua bisa didapatkan. Teknologi modern dan globalisasi sangat memengaruhi aktivitas ekonomi, politik dan sosial di setiap belahan dunia. Kemudahan yang terus meningkat dan kecepatan aksesibilitas dalam berbagai hal. Profesi keperawatan tidak dapat mengabaikan perkembangan ini. Kita harus mengikuti/menyesuaikan dengan adanya globalisasi dan mengeksplorasi manfaatnya untuk keperawatan dan perawatan kesehatan di seluruh dunia (Seloilwe, 2005).

Banyak tantangan dan peluang lain untuk keperawatan miliki muncul dari adanya globalisasi. Ini mendorong munculnya tinjauan dan cara reorganisasi keperawatan yang diatur dan dipraktikkan khususnya dalam cara program pendidikan yang dapat dikembangkan dan disampaikan. Pendidikan perawat secara tradisional adalah tanggung jawab lokal, meskipun dalam kerangka pemersatu di daerah atau tingkat nasional.

Di dunia yang mengglobal, program pendidikan kita harus menjadi lebih universal, tidak hanya melayani hanya beberapa kelompok siswa, tetapi juga untuk mengatasi munculnya sifat *transkultural* dari perawatan kesehatan itu sendiri. Secara konvensional, mode pengembangan dan implementasi kurikulum yang spesifik konteks perlu diubah. Penggunaan E-learning khususnya, memungkinkan siswa keperawatan untuk mengakses program dari jarak jauh – lokal, nasional dan internasional (Adisasmito, 2008).

12.2.4 Tuntutan Profesi Keperawatan

Keperawatan merupakan profesi kesehatan terbesar yang memainkan peran penting dalam menentukan kesehatan nasional. Perubahan perawatan kesehatan dan masyarakat telah menghadirkan banyak tantangan untuk keperawatan. Tantangan untuk pendidikan keperawatan adalah untuk memastikan bahwa pendidikan profesional tetap relevan dan dipertahankan mengikuti kebutuhan pasar. Tantangan tersebut antara lain globalisasi, perubahan karakteristik pasien, dampak teknologi informasi, migrasi, kecenderungan masa depan dan lain-lain

Serta isu terkini dalam perkembangan keperawatan di Indonesia. Pendidikan tinggi serta pendidikan keperawatan membutuhkan kualitas pengajaran dan pembelajaran yang lebih tinggi untuk mencapai kompetensi perawat. Sebagian besar sekolah perawat lebih fokus pada pengembangan kurikulum, proses pengajaran, dan penilaian. Pendidikan keperawatan harus lebih perhatian terhadap cara siswa belajar dan merancang lingkungan pendidikan yang kondusif.

Pendidikan keperawatan di Indonesia meliputi jenjang diploma, sarjana, pascasarjana dan doktoral. Kurikulum di semua program keperawatan mengacu pada kurikulum nasional. Namun kualitas implementasi kurikulum tidak terpantau dengan baik sehingga menyebabkan kualitas lembaga pengajaran sangat bervariasi.

Tren yang memengaruhi pendidikan Keperawatan di masa depan:

Penuaan

Seiring bertambahnya usia dan kehidupan populasi harapan meningkat, beban penyakit berubah dari kondisi akut menjadi kronis. Meskipun pendidikan keperawatan saat ini tidak mengabaikan penyakit kronis, namun peran keperawatan di sini bisa mencegah terjadinya penyakit tersebut dalam tindakan preventif. Ke depan, promosi kesehatan dan manajemen diri yang baik akan sangat bermanfaat dalam pendidikan keperawatan.

Kesehatan Mental

Pendidikan keperawatan di semua tingkatan harus mencerminkan prioritas kesehatan nasional, dan satu yang paling mendesak adalah kesehatan mental. Spesialis perawat kesehatan mental bukan satu-satunya yang menghadapi orang-orang dengan masalah kesehatan mental. Masalah psikologis muncul di semua segi kesehatan, dan setiap perawat harus siap untuk dapat mengenali dan membantu manajemen/mengatasi masalah tersebut.

Orang dengan masalah kesehatan mental sering mengalami masalah kesehatan lainnya juga. Karena seorang perawat harus bisa fokus merawat pasien secara holistik (bio psiko sosial kultural), seorang perawat memiliki kompetensi dalam membantu pasien dengan masalah fisik dan psikologis.

Selain mengelola masalah psikologis, promosi kesehatan mental positif merupakan aspek penting dalam pendidikan keperawatan dan akan menjadikan perawat lebih kritis di masa depan. Lingkungan keperawatan dapat

menjadikan stres, dan ada banyak laporan tentang agresi dari pasien dan intimidasi dari keluarga.

Tingginya angka bunuh diri di kalangan perawat memperkuat kebutuhan mereka untuk memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan ketahanan yang diperlukan untuk melindungi kesejahteraan mereka. Untuk memastikan bahwa semua perawat cukup siap, tentu saja standar akreditasi untuk seorang perawat yang sudah teregistrasi harus spesifik tentang bidang inti mencakup kesehatan mental.

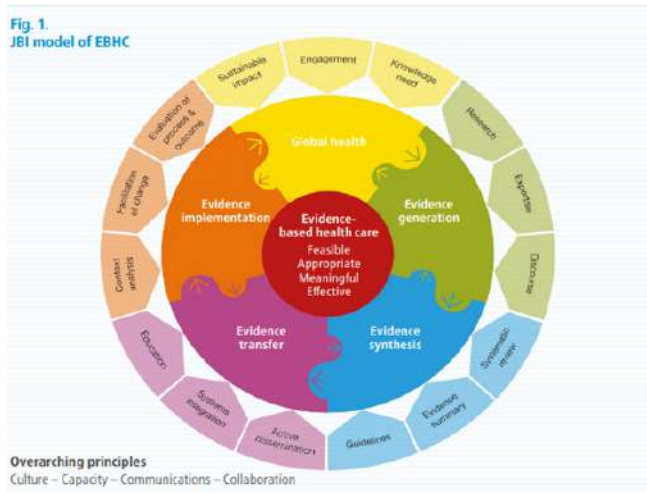
Saat ini Lansia sering mengalami berbagai masalah kesehatan yang memerlukan perawatan dari tim profesional termasuk perawat. Melalui pendekatan holistik, yang berpusat pada perawatan, perawat harus menjadi pemimpin yang ideal dalam sebuah tim multidisiplin. Untuk mengisi kepemimpinan ini, peran perawat masa depan akan membutuhkan kerja kuat tim, komunikasi, dan kolaborasi keterampilan serta menjadikan pendidikan profesi menjadi salah satu persyaratan akreditasi.

12.2.5 Nursing Research

Secara global ada kebutuhan untuk memfasilitasi praktik berbasis bukti di keperawatan untuk meningkatkan kontribusi perawat dalam pelayanan kesehatan. Perawat merupakan komponen terbesar dari tenaga kesehatan dan memang demikian aktor kunci dalam memberikan layanan yang efektif, efisien, dapat diakses, dapat diterima, layanan kesehatan yang berpusat pada pasien, adil dan aman.

Perawat berada di garis depan dalam memajukan solusi berbasis bukti dan memimpin inovasi dalam suasana percepatan perubahan. Bukti terbaik yang tersedia harus digunakan saat memperbaiki aspek kualitas dalam perawatan kesehatan dan meningkatkan berbasis bukti praktik (EBP), salah satunya melalui penelitian. Penelitian adalah proses penyelidikan sistematis atau studi untuk membangun pengetahuan dalam suatu disiplin.

Penelitian keperawatan adalah pendekatan sistematis yang digunakan untuk meneliti fenomena penting untuk keperawatan dan perawat, yang klinis praktik didasarkan pada pengetahuan ilmiah. Menggunakan beberapa filosofis dan pendekatan berbasis teori sebagai serta beragam metodologi menyediakan landasan untuk asuhan keperawatan berkualitas tinggi berbasis bukti (Jylha et al., 2017).



Gambar 12.2: Model EBP Menurut Joanna Briggs Institute (JBI) (Munn, 2018).

Ruang lingkup praktik keperawatan adalah kombinasi dari pengetahuan, pertimbangan dan keterampilan yang memungkinkan perawat untuk melakukan pemberian perawatan langsung dan mengevaluasi dampak, mengadvokasi pasien, mengawasi, mendelegasikan kepada orang lain, memimpin, mengelola, mengajar, melakukan penelitian dan mengembangkan kebijakan sistem pelayanan kesehatan.

Kebutuhan kesehatan baru yang timbul terutama dari populasi lansia, orang yang hidup lebih lama tetapi dengan berbagai kondisi kronis, keterbatasan mobilitas, gerakan migrasi, pengembangan sektor umum dan inovasi teknologi dapat dijadikan kebutuhan baru untuk penelitian keperawatan. Penelitian keperawatan menyediakan basis bukti (EBP) untuk mendukung praktik profesi perawatan kesehatan terbesar, serta untuk meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan kualitas hidup bagi semua individu.

Keuntungan adanya EBP antara lain:

1. peningkatan kepuasan kerja;
2. pemberdayaan;
3. peningkatan keterampilan untuk mengintegrasikan pasien ke dalam praktik;

4. dukungan untuk pertumbuhan profesional dan pengembangan karir berkelanjutan melalui peran ahli (Jylha et al., 2017).

Ke depan pekerjaan perawat praktisi lanjutan dengan pascasarjana akademik /magister berfokus pada penelitian dan pengembangan keperawatan klinis pada sistem pelayanan. Pekerjaan ini dilaksanakan dengan kerja sama yang erat dengan personel perawatan, manajer dan tim multidisiplin.

Keahlian ilmiah perawat dengan gelar doktor dan profesor terlihat dalam pengetahuan mereka yang luas tentang fenomena teoritis dalam keperawatan, keperawatan klinis dan bidang ilmu, yang mengarah ke kerja sama antara sains dan praktik dan penguatan/pengembangan inovasi.

Daftar Pustaka

- Abul-Husn, N. S. and Kenny, E. E. (2019) 'Personalized Medicine and the Power of Electronic Health Records', *Cell*, 177(1), pp. 58–69. doi: 10.1016/j.cell.2019.02.039.
- Adisasmito, W. (2008) 'Kesiapan Rumah Sakit Dalam Menghadapi Globalisasi', *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, pp. 1–17.
- Agus Sudaryanto dan Irdawati (2008) 'PEMANFAATAN TEKNOLOGI DALAM PELAYANAN KESEHATAN', *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(1), pp. 47–50.
- Ahmadpour, N., Randall, H., Choksi, H. and Gao, A., Vaughan, C., & Poronnik, P. (2019) 'Virtual Reality interventions for acute and chronic pain management', *International Journal of Biochemistry and Cell Biology*, 114.
- Anita Finkelman (2019) *Professional Nursing Concepts. Competencies For Quality Leadership*. 4th edn. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Ariga, A. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan* (dkk Nasution Z (ed.)). Yogyakarta : Deepublish Publisher.
- Ariga, R.A., (2020). *Standar Praktik Keperawatan Profesional, Asuhan Keperawatan, dan Pendidikan Keperawatan Seri Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan*. Deepublish.
- Ariga, R.A., Ariga, F.A., (2020). *Sejarah dan Profesi Keperawatan Seri Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan*. Deepublish.
- Asmadi. (2013). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC, Yogyakarta.

- Azwar, A. (1996). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azwar, S. (2015). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. In *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Berger K.S. (2017), *The developing person: through the life span*. ed 10. New York
- Berman, A., Snyder, S. J. dan Frandsen, G. (2022). “Kozier & Erb’s Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice, 11th edition,” United Kingdom: Pearson Education
- Brunt, B.A., Russell, J., (2022). *Nursing Professional Development Standards*, StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Budiastuti.(2002). *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rumah Sakit*. Online [http://www.kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan rumahsakit](http://www.kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan-rumahsakit) «Artikel Psiko logi Klinis Perkembangandan Sosial.htm. Diakses 12 Desember 2022
- Budiono (2016) *Konsep Dasar Keperawatan*, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Charlotted, D., (2014). The importance of professional standards. *Nurs. Made Incred. Easy* 12, 4. <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000452691.04516.96>
- Chattah, N. L. et al. (2011) ‘*Journal of*’, 3(2), pp. 87–95.
- Cherry, B. and Susan R.Jacob (2017) *Contemporary Nursing : Issues, Trends, & Management*. 7th edn. St.Loius: Elsevier.
- Cheryl Forchuk (2021) *From Therapeutic Relationships to Transitional Care : A Theoretical and Practical Roadmap*. New York: Taylor&Francis.
- Cook, E.T. (2022) *The Life of Florence Nightingale : Biography of a Famous Social Reformer and The Founder of Modern Nursing*. e-artnow.
- Darmawan, D. (2013) *Pengantar Keperawatan Profesional*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- DeLaune, S.C., Ladner, P.C., (2001), *Fundamentals of Nursing: Standards & Practice*, Second Edition, Delmar, a division of Thomson Learning, Inc, United States of America

- Dermawan, D. (2013) Pengantar Keperawatan Profesional. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. (n.d.). Retrieved September 26, 2022, from https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/449/kelalaian-malpraktekdalam-asuhan-keperawatan Lubis, S. C. (2017).
- E.Fortune, A., J.Reid, W. and JR, R.L.M. (2013) Qualitative Research In Social Work. 2nd edn. Edited by A. E.Fortune, W. J.Reid, and R.L.M. JR. New York: Columbia University Press.
- Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Nursalam. (2006). Manajemen keperawatan. 117. Potter, Patricia A., Perry, Anne Griffin., Stockert, Patricia A., Hall, A. M. (2020). fundamentals of nursing. Elsevier. Potter, P. A. (2009).
- Fadhillah, H. et al. (2020) Standar Profesi Perawat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Fattah, Tri Ilmiah & Hariyati, R. T. S. (2022) 'Keperawatan: a Literature Review', 3471(8).
- Fawcett, J. (2020). Thoughts About Nursing Science and Nursing Sciencing Revisited. Essays on Nursing Science, 33(1), 97–99.
- Febriana. D. V. (2017). Konsep Dasar Keperawatan. Yogyakarta : Healthy.
- Finkelman, A. and Carole Kenner (2010) Professional Nursing Concepts. Competencies For Quality Leadership. Sudbury: Jones And Bartlett Publishers.
- Fortman, J. A. (2020) 'Exploring the Barriers To Professional Nursing Specialty Certification', (December).
- Fundamental Keperawatan. Jakarta Salemba Medika. Profesi and Praktik keperawatan profesional - Google Books. (n.d.). Retrieved September 27, 2022, from https://www.google.co.id/books/edition/Profesi_and_Praktik_keperawatan_profesio/
- Hidayat, A. A. A. (2007). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Hockenberry M, et al. (2019) Wong's nursing care of infants and children. ed 11. St Louis: Mosby

- Hood, L.J. (2014) *Leddy & Pepper's. Conceptual Bases of Professional Nursing*. 8th edn. Edited by C. Burns and Eve Malakoff-Klein. Philadelphia: Wolter KluwerLippincott William & Wilkins.
- Imelda. L. R. (2020). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta : Deepublish Publisher.
- Irwan, R. (2020). *Falsafah dan Teori Keperawatan dalam Integrasi Keilmuan*. Alauddin University Press. Gowa.
- Iwan Setiawan, Retno Kuning Dewi Pusparatri , Suciati, D. and Mushlih, A. (2018) 'Ilmu Pengetahuan Sosial', in *Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. Revisi 201*. Jakarta: Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, p. 308.
- J.Peterson, S. and Timothy S.Bredow (2009) *Middle Range Theories*. 2nd edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott William & Wilkins.
- Jean Watson (2002) *Assesing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company.
- Jean Watson (2008) *The Philosophy And Science of Caring*. University Press of Colorado.
- Joanne R. Duffy (2013) *Quality Caring In Nursing And Health Systems. Implication For Clinicians, Educators, And Leader*. New York: Springer Publishing Company.
- Jylhä, V. et al. (2017) 'Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region', *World Health Organization*, pp. 1–34.
- Kemendagri. (2020). *Undang-undang Republik Indonesia No.36 Tahun 2016 Tentang Tenaga Kesehatan*. http://www.depdagri.go.id/media/documents/2014/UU_No_36-2016. diakses tanggal 12 Desember 2022.
- Kemendagri. (2020). *Undang-undang Republik Indonesia No.38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan*. http://www.depdagri.go.id/media/documents/2014/UU_No_38-2014. diakses tanggal 12 Desember 2022.
- Kemendagri. (2020). *Undang-undang Republik Indonesia No.44 Tahun 2009 Tentang Keperawatan*.

- [http://www.depdagri.go.id/media/documents/2014/UU_No. 44-2009.](http://www.depdagri.go.id/media/documents/2014/UU_No.44-2009) diakses tanggal 12 Desember 2022.
- Kemenkes RI (2020) Standar Profesi Perawat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Available at: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib &db=bth&AN=92948285&site=eds-live&scope=site%0Ahttp://bimpactassessment.net/sites/all/themes/bcorp_impact/pdfs/em_stakeholder_engagement.pdf%0Ahttps://www.globebus.com/help/helpFiles/CDJ-Pa](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=bth&AN=92948285&site=eds-live&scope=site%0Ahttp://bimpactassessment.net/sites/all/themes/bcorp_impact/pdfs/em_stakeholder_engagement.pdf%0Ahttps://www.globebus.com/help/helpFiles/CDJ-Pa).
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Profil Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses tanggal 1 Desember 2022 dari [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-tahun-2017.pdf)
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat
- Kozier, B. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik (7th ed.). Jakarta: EGC.
- Kozier, B. et al. (2011) Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik. Jakarta: EGC.
- L.Chinn, P., Kramer, M.K. and Kathleen Sitzman (2022) Knowledge Development In Nursing. Theory and Process. 11th edn. Elsevier.
- Lai, M. H. et al. (2022) ‘The Influence of Reducing Clinical Practicum Anxiety on Nursing Professional Employment in Nursing Students with Low Emotional Stability’, International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(14). doi: 10.3390/ijerph19148374.
- Leddy, S. and Pepper, J.M. (1993) Conceptual Bases of Professional Nursing. 3rd edn. Philadelphia: J.B Lippincott Company.
- Lestari, T. R. P. (2014) ‘Harapan Atas Profesi Keperawatan di indonesia’, Jurnal Keperawatan, 19(1), pp. 51–67.
- M.Leininger, M. and Marilyn R.McFarland (2006) Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory. 2nd edn. Massachussets: Jones And Bartlett Publishers.

- Maia, N. M. F. E. S. et al. (2022) 'Contributions of the institutions for the nursing professionalization: integrative review (2010-2020) in the light of freidsonian conceptions', *Revista brasileira de enfermagem*, 76(1), p. e20220153. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0153.
- Martha Raile Alligood (2022) *Nursing Theorist And Their Work*. Edited by 10. Elsevier.
- Masyhuri. (2019). *Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan*.
- McKenna, H.A., Pajnkihar, M. and Fiona Murphy (2014) *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice*. John Wiley & Sons.
- Melnik, B.M. and Fineout-overholt, E. (2015) *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare : a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Munn, Zachary; Stern, Cindy; Porritt, K. L. and Craig; Aromataris, Edoardo; Jordan, Z. (2018) 'The Joanna Briggs Institute (JBI) model of evidencebased healthcare.', *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 16(2), pp. 83–89.
- Murray S.S, et al. (2019), *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. ed 7. Philadelphia: Saunders,
- Ngesti W. Utami, Uly Agustine, R. E. H. P. (2016). Pengambilan keputusan etis dalam keperawatan. In Telkom University (Vol. 2, Issue 2, pp. 1–24).
- Nursalam (2005) 'Trend of Indonesian Nurse's Role in the Futur', *Jurnal Folia Medica Indonesiana*, 259(4).
- Nursalam, E. (2012). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Palos, G. R. (2014). Care, Compassion, and Communication in Professional Nursing: Art, Science, or Both. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1).
- Parse, R.R. (1999) *Illuminations : The Human Becoming Theory In Practice And Research*. Massachussets: Jones And Bartlett Publishers.

- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M., (2021), *Fundamentals of Nursing*, Tenth Edition, Elsevier.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stocker, P. A., Hall A. M. dan Ostendorf, W. R (2017) “*Fundamentals of nursing*, 9th edition,” Missiouri: Elsevier
- Potter, P.A. et al. (2013) *Fundamental of Nursing*. 8th edn. Elsevier Health Sciences.
- Potter, P.A. et al. (2017) *Fundamentals of Nursing*. 9th edn. Missouri: Elsevier.
- Potter, P.A. et al. (2021) *Fundamentals of Nursing*. 11th edn. Elsevier Health Sciences.
- Putri, A. A. (2016) *Trend dan Issu Keperawatan*. Bogor: IN MEDIA.
- Ramadhaniyati, L. (2018). *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Rick Zoucha (2005) ‘Leininger’s Culture Care Theory : Utility With Vulnerable Populations’, in M. de Chesnay (ed.) *Caring For The Vulnerable Perspectives In Nursing Theory, Practice And Research*. Massachussets: Jones And Bartlett Publishers, p. 82.
- Rojas-Rivera, A. et al. (2022) ‘Development of a Professional Practice Nursing Model for a University Nursing School and Teaching Hospital: A nursing methodology research’, *Nursing Open*, (March 2022), pp. 358–366. doi: 10.1002/nop2.1308.
- Santrock J.W. (2018), *A topical approach to life span development*. ed 7. New York: McGraw-Hill
- Schlachta-Fairchild L, Varghese SB, Deickman A, C. D. (2010) ‘Telehealth and telenursing are live: APN policy and practice implications.’, *J Nurse Pract*, 6(2), pp. 98–106.
- Sedarmayanti. (2010). *Manajemen Sumber Daya Manusia Reformasi Birokrasidan Manajemen Pegawai Negeri Sipil*. Bandung; PT Refka Aditama
- Seloilwe, E. S. (2005) ‘Guest editorial. Globalization and nursing’, *Journal of advanced nursing*, 50(6), p. 571. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2005115972&site=ehost-live>.

- Silalahi, Lenny Erida, D. (2021). Ilmu Keperawatan Dasar. Yayasan Kita Menulis. [https://books.google.co.id/books?konsep dasar keperawatan](https://books.google.co.id/books?konsep%20dasar%20keperawatan)
- Simamora, R. H. (2009) Buku Ajar Pendidikan dalam Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Smith E.V (2000) 'New Perspectives on Globalization', Nova Science Publishers.
- Sreevani Rental (2019) Basic Nursing Research And Biostatistics. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Sumijatun .(2009).Konsep Dasar dan Aplikasi Pengambilan Keputusan Klinis.Jakarta Trans info media
- Taylor, C., Lillis, C., Lynn, P. dan LeMone, P. (2015). Fundamentals of nursing: the art and science of person-centered nursing care, 8th edition, " Philadelphia: Wolters Kluwer
- Taylor, C., Lillis, LeMone, P. dan C., Lynn, P. (2011). Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care, 7th edition, " Philadelphia: Wolters Kluwer
- Taylor, C.R. et al. (2011) Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care. 7th edn. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Telaumbanua, H. T. N. (2019). Peran perawat sebagai advokat pasien dalam pemberian asuhan keperawatan di pelayanan kesehatan. In Universitas Sumatera Utara (Vol. 1, pp. 1–9).
- Teresa-Morales, C. et al. (2022) 'Current Stereotypes Associated with Nursing and Nursing Professionals: An Integrative Review', International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(13). doi: 10.3390/ijerph19137640.
- Ulya, H. N. (2020) 'Alternatif Strategi Penanganan Dampak Ekonomi Covid-19 Pemerintah Daerah Jawa Timur Pada Kawasan Agropolitan', El-Barka: Journal of Islamic Economics and Business, 3(1), pp. 80–109. doi: 10.21154/elbarka.v3i1.2018.
- Umeda, A., Inoue, T., Takahashi, T., & and Wakamatsu, H. (2014) 'Telemonitoring of Patients with Implantable Cardiac Devices to Manage

- Heart Failure: An Evaluation of Tablet-PC-Based Nursing Intervention Program', *Open Journal of Nursing*, 04(04), pp. 237–250.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
- Utami, Ngesti W.; Agustine, Uly; Happy, Ros Endah. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan : Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Yosst, B. L dan Crawford, L. R. (2020) "Fundamentals of nursing: ACTIVE LEARNING COLLABORATIVE PRACTICE, 2nd edition," , Missiouri: Elsevier
- Yunike, Kusumawaty, dkk (2022). Konsep Dasar Keperawatan. Global Eksekutif Teknologi.
- Zainuddin. (2013). Enam Komponen Ilmu Pengetahuan. <https://uin-malang.ac.id/r/131101/enam-komponen-ilmu-pengetahuan.html>
- Zulyadi, T. (2014). Advokasi Sosial. *Al-Bayan*, 21, 63–76.

Biodata Penulis



Tubagus Erwin Nurdiansyah dilahirkan di sebuah desa kecil yaitu Desa Purwodadi pada 21 Desember 1985. Ia merupakan anak keempat dari lima bersaudara, anak dari pasangan Bapak H. Mardiyono dan Ibu Hj. Nuryaningsih. Erwin merupakan sapaan yang akrab didengar sejak kecil. Merupakan lulusan dari STIKES Mitra Lampung untuk Strata I dan Profesi Ners pada tahun 2008 & 2009, kemudian melanjutkan pada Program Magister Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta serta dinyatakan

tahun 2014. Sejak tahun 2010 telah menjadi seorang Tenaga Pendidik di STIKES Mitra Lampung yang merupakan Alamamaternya dan saat ini telah berganti nama menjadi Universitas Mitra Indonesia. Selain kegiatan mengajar di kampus, Erwin juga aktif melakukan penelitian dan menulis buku serta aktif dalam kegiatan organisasi profesi dosen dan perawat. Serta aktif dalam kegiatan seminar atau conference baik nasional maupun internasional sebagai pembicara.



Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom adalah dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2000), Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2013), dan Pendidikan Program Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas

Indonesia (2014). Saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik STIKes Fatmawati. Selain mengajar, aktif pula dalam melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan menghasilkan beberapa karya yang memperoleh HAKI.



Reni Devianti Usman, lahir di ujung pandang tanggal 1 oktober 1978. Penulis menamatkan pendidikan sebagai sarjana keperawatan pada tahun 2003 dan pendidikan ners tahun 2004 di Universitas Hasanuddin. Tahun 2009, penulis menyelesaikan pendidikan S2 keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan tahun 2010 menyelesaikan program spesialis keperawatan dengan konsentrasi medikal bedah di Universitas Indonesia. Penulis, bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Kendari sejak tahun 2005 hingga saat ini.



Ressa Andriyani Utami Lahir di Sumedang, pada 3 Februari 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Padjajaran, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Penulis sudah menjadi dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada sejak tahun 2012. Penulis aktif melakukan tridharma penelitian yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Sebelumnya penulis pernah menjabat sebagai Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (2016-2018), Ketua Program Studi S1 Administrasi Kesehatan (2018-2020). Saat ini Ressa menjabat sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan STIKes RS Husada (2020-sekarang). Pada 2018 lalu, penulis berhasil meraih Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI dan pada tahun 2022 mendapat Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdikbud RI.



Agustina Boru Gultom, alumni dari Diploma III Keperawatan pada Akper Depkes RI Medan tamat tahun 1994, dilanjutkan pada Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan FK Universitas Padjadjaran Bandung tamat tahun 2000. Kemudian, penulis masuk pada pendidikan Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Manajemen Bencana di S2 FKM USU tamat tahun 2012. Penulis pernah menjadi perawat di kamar operasi pada tahun 1995-1996, dan setelah penulis menjadi ASN di

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan sejak tahun 1996, penulis menjadi pengajar, pembimbing, peneliti dan pengabdian di bidang keperawatan medikal bedah dan gawat darurat



Mukhamad Rajin lahir di Jombang Jawa Timur, pada 18 Agustus 1971. Ia menempuh pendidikan Program Studi Pendidikan Ners Fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2023 dan Magister Kesehatan di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Mukhamad Rajin adalah Dosen Tetap prodi keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang sejak tahun 1994 sampai sekarang.



Masyita Haerianti, S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Sidodadi, 21 Juli 1989. Penulis merupakan anak dari pasangan Alm. Drs. H. M. Syahrir Yusuf (ayah) dan Hj. Husniah (ibu), dan merupakan Istri (Junaidi, S.Hum). Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan SD hingga SMA di Polewali Mandar Sulawesi Barat, dan melanjutkan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar (2007-2011 / 2012-2013). Penulis meraih gelar magister keperawatan di Universitas Gadjah Mada (2017) pada konsentrasi Medikal Bedah. Penulis saat ini bekerja

sebagai salah satu dosen tetap pada Prodi Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat.



Angga Sugiarto lahir di Temanggung, Jawa Tengah. Merupakan dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Menulis beberapa buku ber ISBN serta artikel di media online dan cetak. Hingga kini telah menghasilkan beberapa tulisan baik di bidang keperawatan maupun lainnya.



Angelia Friska Tendean lahir di Manado, pada 28 Maret 1991. Ia tercatat sebagai lulusan terbaik prodi magister keperawatan peminatan komunitas dari Universitas Muhamamdiyah Yogyakarta. Wanita yang kerap disapa Angel ini adalah anak dari pasangan Djonni Tendean (ayah) dan Ansye Montolalu (ibu). Saat ini Angel aktif sebagai dosen di salah satu universitas swasta di Manado yaitu Universitas Klabat di Fakultas Keperawatan. Angel saat ini juga aktif dalam organisasi PPNI sebagai bendahara di DPK PPNI UNKLAB.



Wahyudi lahir di Brebes, 4 Oktober 1969. Pendidikan DIII Keperawatan di Akper Depkes Ambon tahun 1993. Menyelesaikan S1 Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2006, melanjutkan S2 Hukum di Universitas jendral Soedirman selesai pendidikan tahun 2012. Saat ini aktif sebagai dosen Poltekkes Kemenkes Semarang. Buku yang pernah di tulis Bahasa Indonesia Keperawatan.

Korespondensi

ywahyu1969@gmail.com.



Annisa Nur Nazmi lahir di Banyuwangi, 27 April 1991. Merupakan anak kedua dari dua bersaudara. Menempuh pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Banyuwangi pada tahun 2009-2015. Penulis melanjutkan pendidikan magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2016 - 2018. Bekerja sebagai dosen di Program Studi S1 Keperawatan STIKES Banyuwangi mulai tahun 2015 hingga sekarang. Bidang minat yang ambil penulis fokus pada Keperawatan Medikal Bedah. Selama Bekerja penulis aktif dalam

mengikuti kegiatan seminar dan workshop terkait kompetensi keperawatan atau kinerja pendidik/Dosen. Penulis dapat dihubungi melalui email annisanazmi91@gmail.com

DASAR KEPERAWATAN PROFESIONAL

Dengan buku ini diharapkan mampu menjadi tambahan referensi bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya keperawatan profesional dan buku pegangan bagi mahasiswa saat praktik profesi serta praktisi keperawatan saat melakukan asuhan keperawatan.

Buku ini banyak mengulas tentang Dasar Keperawatan Profesional, antara lain :

- Bab 1 Konsep Dasar dan Sejarah Keperawatan
- Bab 2 Peran, Fungsi dan Kompetensi Perawat
- Bab 3 Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan
- Bab 4 Profesi dan Keperawatan Profesional
- Bab 5 Teori dan Model Keperawatan
- Bab 6 Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia
- Bab 7 Konsep Manusia Sehat Sakit
- Bab 8 Evidence Based Nursing
- Bab 9 Standar Profesional Dalam Pelayanan Keperawatan
- Bab 10 Pelayanan Keperawatan
- Bab 11 Aspek Etik dan Legal dalam Konteks Profesi Keperawatan
- Bab 12 Tren Keperawatan di Masa Yang Akan Datang



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-686-2

