

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Editor : Yuldensia Avelina

Adelheid Riswanti Herminsih
Ni Luh Putu Thrisna Dewi
Iva Milia Hani Rahmawati
Ida Ayu Agung Laksmi
Ketut Lisnawati
I Nyoman Asdiwinata
Ni Luh Putu Dewi Puspawati
Dewi Nur Sukma Purqoti
Beti Febriana
Dicky Endrian Kurniawan
Wihelmus Nong Baba
Theresia Anita Pramesti
Ni Made Nopita Wati

BUNGA RAMPAI

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Adelheid Riswanti Herminsih
Ni Luh Putu Thrisna Dewi
Iva Milia Hani Rahmawati
Ida Ayu Agung Laksmi
Ketut Lisnawati
I Nyoman Asdiwinata
Ni Luh Putu Dewi Puspawati
Dewi Nur Sukma Purqoti
Beti Febriana
Dicky Endrian Kurniawan
Wihelmus Nong Baba
Theresia Anita Pramesti
Ni Made Nopita Wati

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN

Adelheid Riswanti Herminsih
Ni Luh Putu Thrisna Dewi
Iva Milia Hani Rahmawati
Ida Ayu Agung Laksmi
Ketut Lisnawati
I Nyoman Asdiwinata
Ni Luh Putu Dewi Puspawati
Dewi Nur Sukma Purqoti
Betie Febriana
Dicky Endrian Kurniawan
Wihelmus Nong Baba
Theresia Anita Pramesti
Ni Made Nopita Wati

Editor :

Yuldensia Avelina

Tata Letak :

Linda Setia Kasih Zendrato

Desain Cover :

Syahrul Nugraha

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

viii, 250

ISBN :

978-623-362-874-7

Terbit Pada :

Desember 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan Kepada Yang Maha Kuasa, atas rahmat serta karuniaNya kepada penulis sehingga penulis berhasil menyelesaikan buku yang berjudul Falsafah dan Teori Keperawatan. Penulisan Buku ini dilakukan secara berkolaborasi yang ditulis selama sebulan lebih, sejak Agustus sampai September 2022. Sebagai perwujudan Tri Dharma Perguruan Tinggi beberapa dosen dari berbagai institusi dengan latar belakang Keilmuan Keperawatan.

Perawat dalam menjalankan tugasnya memberikan asuhan keperawatan kepada pasien hendaknya menggunakan falsafah sebagai pedoman karena falsafah keperawatan merupakan jiwa bagi perawats. Teori keperawatan yang disampaikan oleh para pakar dalam bidang keperawatan juga menjadi tolok ukur bagi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Buku ini bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan yakni Program Studi S1 Keperawatan karena materi yang dibahas sudah sesuai dengan Capaian Pembelajaran Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan berdasarkan kurikulum AIPNI 2021. Selain itu, buku ini sangat berguna bagi para perawat sebagai bahan referensi untuk meningkatkan pengetahuan akan falsafah dan teori keperawatan. Buku Ini Membahas Tentang: Konsep Falsafah Keperawatan, Konsep Paradigma Keperawatan, Teori dan Model Konsep Keperawatan, Metaparadigma Keperawatan, Konsep Grand Theory, Konsep Middle Range Theory, Konsep Practice Theory, Konsep Holistic Care, Konsep Berubah, Konsep Sistem, Review Theory Florence Nightingale, Review Theory Dorothea E. Orem, Review Theory Jean Watson.

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa senantiasa memberkati segala usaha kita. Amin.

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP FALSAFAH KEPERAWATAN.....	1
Definisi Falsafah Keperawatan.....	1
Falsafah Keperawatan Menurut Para Pakar Keperawatan.....	3
2 KONSEP PARADIGMA KEPERAWATAN.....	9
Definisi Paradigma Keperawatan.....	9
Perkembangan Keperawatan Berdasarkan Tiga Paradigma Utama.....	10
Peran Pragmatisme dalam Paradigma Keperawatan.....	14
Unsur Paradigma Keperawatan.....	15
3 TEORI DAN MODEL KONSEP KEPERAWATAN.....	31
Pengertian Teori.....	31
Teori Keperawatan.....	33
Model Konseptual Keperawatan.....	34
Tujuan Teori dan Model Konseptual Keperawatan.....	35
Komponen Teori Keperawatan.....	36
Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Teori Keperawatan.....	38
4 METAPARADIGMA KEPERAWATAN.....	43
Pengertian Metaparadigma.....	43
Komponen Metaparadigma Keperawatan.....	44

	Perbedaan Pandangan Metaparadigma	45
	Hubungan Metaparadigma Keperawatan dan Teori Keperawatan	54
5	KONSEP <i>GRAND THEORY</i>	57
	Pengertian <i>Grand Theory</i>	57
	Ciri-Ciri <i>Grand Theory</i>	57
	Jenis <i>Grand Theory</i>	58
	Ringkasan Beberapa Teori Keperawatan dari <i>Grand Theory</i>	62
	Kegunaan <i>Grand Theory</i>	72
	Perkembangan <i>Grand Theory</i>	72
6	KONSEP <i>MIDDLE-RANGE THEORY</i>	75
	Pendahuluan	75
	Pengertian <i>Middle-Range Theory</i>	77
	Ciri-Ciri <i>Middle-Range Theory</i>	80
	Jenis <i>Middle-Range Theory</i>	81
	Kegunaan <i>Middle-Range Theory</i>	87
	Perkembangan <i>Middle-Range Theory</i>	88
7	KONSEP <i>PRACTICE THEORY</i>	93
	Pengertian <i>Practice Theory</i>	93
	Ciri-Ciri <i>Practice Theory</i>	94
	Jenis <i>Practice Theory</i>	100
	Kegunaan <i>Practice Theory</i>	102
	Perkembangan <i>Practice Theory</i>	107
8	KONSEP <i>HOLISTIC CARE</i>	113
	Latar Belakang.....	113
	Pengertian <i>Holistik Care</i> :	
	Holism, Humanism	114

	Teori Humanisme.....	117
	Sejarah Keperawatan Holistik.....	118
	Filosofi Utama pada Keperawatan Holistik.....	119
	Macam-Macam Cabang Penyembuhan Holistik-Holistik tradisional.....	119
	Teknik Pengobatan dan Penerapan Keperawatan Holistik.....	121
	Metode Pengobatan Holistik yang di Kembangkan dengan Terapi.....	122
9	KONSEP BERUBAH.....	127
	Definisi Berubah.....	127
	Teori Perubahan.....	129
	Prinsip dan Strategi Berubah.....	138
	Tahap-Tahap dalam Perubahan.....	140
	Reaksi Terhadap Perubahan.....	144
	Ekologi Perubahan.....	147
	Penerapan Proses Berubah pada Berbagai Isu dalam Perkembangan Keperawatan.....	149
10	KONSEP SISTEM DALAM KEPERAWATAN.....	163
	Definisi Konsep Sistem.....	163
	Komponen Sistem dalam Keperawatan.....	164
	Ciri-Ciri Sistem.....	167
	Perbedaan Sistem, Subsistem dan Suprasistem.....	169
	Penerapan Sistem dan Pendekatan Sistem dalam Pelayanan Keperawatan.....	171

11	<i>REVIEW THEORY</i>	
	<i>FLORENCE NIGHTINGALE</i>	179
	Tujuan Teori <i>Florence Nightingale</i>	179
	Latar Belakang Penggagas Teori <i>Florence Nihgtingale</i>	181
	Uraian Teori <i>Florence Nightingale</i>	183
	Model Konsep dan Teori Keperawatan Menurut <i>Florence Nightingale</i>	183
	Hasil atau Temuan dari Penggagas Teori <i>Florence Nightingale</i>	186
	Aplikasi Teori <i>Florence Nightingale</i> dalam Praktik Keperawatan	186
	Perbedaan Keperawatan di Rumah Sakit dengan Keperawatan Komunitas.....	187
	Model Konsep Lingkungan <i>Florence Nightingale</i> (1859) dalam Keperawatan Komunitas.....	188
	Aplikasi Teori <i>Florence Nightingale</i> Berkaitan dengan Konsep Keperawatan	189
	Aplikasi Teori <i>Florence Nightingale</i> Berkaitan dengan Proses Keperawatan Komunitas	190
12	<i>REVIEW THEORY</i>	
	DOROTHEA E. OREM	199
	Tujuan Teori Dorothea E. Orem	199
	Latar Belakang Penggagas Teori Dorothea E. Orem	200
	Uraian Teori Dorothea E. Orem.....	204

	Hasil atau Temuan dari Penggagas Teori Dorothea E. Orem	207
	Aplikasi Teori Dorothea E. Orem dalam Praktik Keperawatan	221
13	<i>REVIEW THEORY JEAN WATSON</i>	229
	Tujuan Teori Jean Watson	229
	Latar Belakang Penggagas Teori Jean Watson	230
	Uraian Teori Jean Watson.....	232
	Hasil Atau Temuan dari Penggagas Teori Jean Watson	238
	Aplikasi Teori Jean Watson dalam Praktik Keperawatan	244

KONSEP FALSAFAH KEPERAWATAN

Adelheid Riswanti Herminsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Universitas Nusa Nipa

Definisi Falsafah Keperawatan

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai-nilai yang menjadi pedoman untuk mencapai suatu tujuan dan dipakai sebagai pandangan hidup. Falsafah menjadi ciri utama suatu komunitas baik komunitas berskala besar maupun berskala kecil, salah satunya adalah komunitas profesi keperawatan (Budiono, 2017).

Falsafah keperawatan merupakan keyakinan perawat terhadap nilai-nilai yang dimilikinya, yang dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam mengaplikasikan teori keperawatan dan memberikan ruang bagi perawat untuk lebih memahami tentang keperawatan terutama yang berkaitan dengan praktik keperawatan (Mcintyre & McDonald, 2013).

Falsafah keperawatan adalah pandangan dasar tentang hakikat manusia sebagai makhluk holistik (yang memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial-kultural dan spiritual) dan esensi keperawatan yang menjadikan kerangka dasar dalam praktik keperawatan (Risnah & Irwan, 2021).

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, baik kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Keyakinan terhadap nilai keperawatan harus menjadi pegangan setiap perawat, termasuk Anda sekarang ini. Sebagai seorang perawat wajib bagi Anda untuk memegang dan menanamkan nilai-nilai keperawatan dalam diri Anda ketika bergaul dengan masyarakat atau pada saat Anda memberikan pelayanan keperawatan pada pasien.

Falsafah keperawatan menggunakan kerangka konseptual yang berfokus pada isi, metode dan pandangan hidup (Bruce, Rietze, & Lim, 2014). Falsafah keperawatan menjadi sebuah atribut atau nilai yang melekat pada diri perawat. Dengan kata lain, falsafah keperawatan merupakan “jiwa” dari setiap perawat. Oleh karena itu, falsafah keperawatan harus menjadi pedoman bagi perawat dalam menjalankan pekerjaannya. Falsafah keperawatan dapat digunakan untuk mengkaji penyebab dan hukum-hukum yang mendasari realitas. Dalam falsafah keperawatan pasien di pandang sebagai makhluk holistik, yang harus dipenuhi segala kebutuhannya, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang diberikan secara komprehensif. Pelayanan keperawatan senantiasa memperhatikan aspek kemanusiaan setiap pasien berhak mendapatkan perawatan tanpa ada perbedaan. Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan keperawatan menjadikan pasien sebagai mitra yang aktif, dalam keadaan sehat dan sakit terutama berfokus kepada respons mereka terhadap situasi (Budiono, 2017).

Falsafah Keperawatan Menurut Para Pakar Keperawatan

1. Roy

Menurut Roy, falsafah keperawatan memandang manusia sebagai makhluk biopsikososial yang merupakan dasar bagi kehidupan yang baik. Keperawatan adalah disiplin ilmu yang berorientasi kepada praktik keperawatan yang berdasarkan ilmu keperawatan yang ditujukan untuk memberikan pelayanan kepada klien. Dengan demikian inti dari falsafah keperawatan menurut Roy, menekankan pada kemanusiaan dan kebenaran dalam melaksanakan praktik keperawatan.

2. Jean Watson

Caring adalah suatu ilmu pengetahuan yang mencakup suatu hal berperikemanusiaan, orientasi ilmu pengetahuan manusia ke proses kepedulian pada manusia, peristiwa, dan pengalaman. Ilmu pengetahuan *caring* ini meliputi seni dan umat manusia seperti halnya ilmu pengetahuan. Perilaku *caring* disini meliputi mendengarkan penuh perhatian, penghiburan, kejujuran, kesabaran, tanggung jawab, menyediakan Informasi sehingga pasien dapat membuat suatu keputusan.

3. Betty Neuman

Betty Neuman menggunakan pendekatan manusia utuh dengan memasukkan konsep holistik, pendekatan sistem terbuka dan konsep stresor.

Sistem klien ini terdiri dari lima variabel yang berinteraksi, yaitu:

- a. Fisiologi: Struktur tubuh dan fungsi.
- b. Psikologi: Proses mental dan hubungan.

- c. Sosiokultural: Kombinasi fungsi sosial dan kultural.
- d. Perkembangan: Proses perkembangan manusia.
- e. Spiritual: Keyakinan spiritual.

4. Florence Nightingale

Menurut *Florence Nightingale (modern nursing)*, dia meyakini falsafah keperawatan serta melihat penyakit sebagai proses pergantian atau perbaikan reparative proses. Manipulasi dari lingkungan eksternal perbaikan dapat membantu proses untuk perbaikan atau pergantian dan kesehatan klien.

5. Martha Rogers

Keperawatan adalah sebuah pengetahuan yang ditujukan untuk mengurangi kecemasan terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan rehabilitasi penderita sakit serta penyandang cacat.

6. Bruce

Konsep falsafah menurut Bruce (2014) adalah sebagai berikut:

a. Falsafah sebagai bagian dari keperawatan

Falsafah merupakan bagian dari keperawatan yang berhubungan dengan adanya fenomena utama dalam suatu profesi dan keilmuan yang terkait dengan manusia, sehat sakit dan lingkungan. Praktik keperawatan merupakan central dari pemikiran filosofis yaitu mengenai apa itu perawat, apa itu keperawatan, dan apa yang dimaksud dengan keperawatan yang benar. Falsafah digunakan untuk membuat keputusan yang tepat dalam praktik keperawatan.

Falsafah sebagai bagian dari keperawatan berguna untuk perawat praktik, perawat pendidik, dan mahasiswa keperawatan. Contohnya: Perawat mengkaji tentang keperawatan, pasien, lingkungan, sehat sakit, perkembangan keperawatan, mengidentifikasi dan memvalidasi pengetahuan tentang keperawatan, etika keperawatan, fenomena keperawatan dan praktik keperawatan

b. Falsafah sebagai metode keperawatan

Falsafah sebagai metode keperawatan membantu perawat dalam melakukan analisis, kritik, menghadapi tantangan, dan mengatasi kejadian situasional terkait dengan patient safety, dan etika keperawatan. Falsafah keperawatan dapat membantu perawat dalam mengembangkan kapasitas dirinya sebagai perawat yang menjunjung tinggi moral. Falsafah juga dapat membantu perawat untuk mengeksplorasi pertanyaan yang berkaitan dengan bidang non keilmuan yang mungkin penting bagi kemajuan keilmuan keperawatan itu sendiri. Contohnya dengan menggunakan penyelidikan filosofis perawat dapat mengajukan pertanyaan seperti apa saja prinsip-prinsip praktik keperawatan? Apa saja batasan keperawatan? Bagaimana cara mengembangkan hubungan perawatklien? Dengan memikirkan pertanyaan-pertanyaan tersebut perawat dapat terlatih untuk berpikir kritis dan logika dalam mendefinisikan ilmu keperawatan. Selain itu, falsafah juga dapat digunakan sebagai metode falsafah keperawatan berguna untuk menggali kemungkinan, analisis, kritik, tantangan dan membuat asumsi, nilai dan kepercayaan.

c. Falsafah sebagai pandangan hidup

Perawat mewujudkan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup dalam setiap tindakan praktik keperawatan yang dilakukannya meliputi pengetahuan, etika dan lainnya. Dengan menjadikan falsafah keperawatan sebagai pandangan hidup perawat dapat mengembangkan teori, praktik keperawatan dan meningkatkan profesionalitas. Contohnya: berperan dalam mengembangkan teori, praktik keperawatan, dan profesional perorangan (Lestari & Ramadhaniyati, 2018).

Daftar Pustaka

- Bruce, A., Rietze, L., & Lim, A. (2014). Understanding Philosophy In Nurse's World: What,Where, Why? 2(3), pp. 65-71.
- Budiono. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RepublikIndonesia.
- Lestari, L., & Ramadhaniyati. (2018). *Falsafah dan Teori Keperawatan*. Yogyakarta: PustakaPelajar.
- Mcintyre, M., & McDonald, C. (2013). Contemplating the Fit and Utility of Nursing Theory and Nursing Scholarship Informed by the Social Sciences and Humanities. 36(1), pp. 10-17.
- Risnah, & Irwan. (2021). *Falsafah dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan*. Makasar: Alauddin University Press.

Profil Penulis



**Adelheid Riswanti Herminsih,
S.Kep., Ns., M.Kep**

Penulis lahir di Bola, 19 Januari 1987. Lulus S1 pada Program Studi Sarjana Keperawatan di Universitas Nusa Nipa Maumere-NTT pada tahun 2009 kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners pada institusi yang sama dan lulus pada tahun 2010. Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Brawijaya Malang pada Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa dan lulus tahun 2017. Penulis saat ini adalah sebagai dosen tetap pada Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Nusa Nipa Maumere NTT. Mata kuliah yang diampu saat ini adalah keperawatan jiwa, ini merupakan fokus penulis baik dalam bidang pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat. Aktif dalam publikasi karya ilmiah pada jurnal maupun seminar keperawatan tingkat nasional dan internasional.

Penulis terlibat dalam kegiatan keperawatan terutama selama masa pandemi Covid-19.

Email Penulis: adelheid643@gmail.com

KONSEP PARADIGMA KEPERAWATAN

Ns. Ni Luh Putu Thrisna Dewi, S.Kep., M.Kep
STIKES Wira Medika Bali

Definisi Paradigma Keperawatan

Paradigma adalah suatu kerangka pikir yang dapat menjelaskan sebuah fenomena berdasarkan fokus keilmuan yang dimiliki, dimana cara pandang individu berlandaskan atas dasar suatu pemikiran, memaknai, melihat, memilih, serta menyikapi tindakan dari fenomena yang dihadapi (Asmadi, 2008).

Paradigma Keperawatan diartikan sebagai rangkaian dari berbagai teori yang dapat digunakan untuk mengembangkan suatu model konseptual dan kerangka kerja keperawatan, yang bersifat global serta diinisiasi oleh kelompok keperawatan untuk menunjang hubungan dari berbagai macam teori keperawatan (Asmadi, 2008).

Perspektif dalam filosofis praktik keperawatan dilatarbelakangi oleh paradigma dan teori yang dapat mencerminkan nilai-nilai serta sikap seorang perawat profesional. Terdapat tiga paradigma yang utama dalam profesi keperawatan yaitu berasaskan pandangan *empiricism*, *interpretive*, dan *critical sosial theory*. Masing-masing paradigma tersebut tentunya memiliki prinsip, kontribusi dan cara pandang yang berbeda dalam

melaksanakan praktik professional keperawatan. Selain ketiga paradigma utama tersebut, pragmatisme juga mulai dipertimbangkan sebagai kajian yang penting dalam melaksanakan diskusi pada praktik keperawatan (Jackson, 2015).

Perkembangan Keperawatan Berdasarkan Tiga Paradigma Utama

1. Paradigma *empiricism*

Paradigma *empiricism* menekankan pada kontribusi yang dapat diberikan dalam dunia keperawatan. Paradigma ini didasari oleh adanya pembuktian dari sebuah realitas berdasarkan situasi saat memberikan asuhan dan dapat diverifikasi melalui indera. *Empiricism* juga dikenal dapat mengendalikan keadaan di sekitar praktik keperawatan, sehingga menjadi paradigma pertama yang dikembangkan oleh peneliti keperawatan karena diyakini dapat penelitian keperawatan (Weaver & Olson, 2006). Paradigma *empiricism* memberikan kontribusi besar untuk keperawatan yakni membantu memprediksi jenis teori yang dapat dikembangkan dari setiap paradigma keperawatan, berdasarkan pandangan dunia yang disajikan pada setiap paradigma sebagai stimulus memunculkan berbagai teori dalam keperawatan. Salah satu contoh teori yang lahir dari *empiricism* adalah teori Orem ; *Self Care Deficit Nursing Theory* (SCDNT) dimana teori besar ini menyatakan bahwa keperawatan diperlukan ketika seseorang membutuhkan perawatan melebihi kemampuannya. Sehingga terlebih dahulu akan dilakukan penilaian terhadap kemampuan untuk memberikan perawatan diri, perawatan diri yang diperlukan, dan defisit berikutnya.

Dapat dikatakan bahwa semua orang membutuhkan kebutuhan dasar yang sama untuk dipenuhi guna mencapai kehidupan yang optimal. Variabel yang dibahas dalam teori ini diberi nama, dideskripsikan, dan diukur. Hal ini menunjukkan bahwa paradigma memiliki implikasi konkret untuk praktik keperawatan (Jackson, 2015).

Paradigma *empiricism* memiliki kelemahan antara lain aplikasi terbatas untuk aspek keperawatan yang tidak kondusif pada pengukuran kuantitatif, misalnya pengalaman klien dalam menerima diagnosis penyakit terminal terminal tentunya tidak dapat dinilai berdasarkan penilaian kuantitatif. Kelemahan lainnya adalah meminimalkan fakta bahwa setiap orang memiliki pengalaman hidup yang unik, dan setiap manusia dapat mempersepsikan suatu peristiwa secara berbeda dari orang lain, sehingga ada keyakinan bahwa temuan empiris mendukung praktik berbasis bukti, tetapi signifikansi statistik tidak sesuai dengan signifikansi klinis (Weaver & Olson, 2006).

2. Paradigma *Interpretive*

Paradigma *Interpretive* mengkaji suatu fenomena melalui kacamata individu disekitar lingkungan hidupnya. Pemahaman dan pengalaman individu sendiri tentang suatu peristiwa dianggap sebagai suatu hal yang penting karena bersifat kompleks, multifaktorial, dan dalam konteks nyata. Berbeda dengan Paradigma *empiricism* yang dapat mengendalikan keberadaan satu realitas, untuk ditemukan dan dipahami melalui riset. Pada Paradigma *Interpretive* penilaiannya melalui realitas yang sepenuhnya didasarkan pada persepsi individu; dengan demikian, realitas dapat bersifat secara objektif.

Paradigma ini memberikan kontribusi besar untuk keperawatan holistik, karena perawat dapat bersikap empati dengan implikasi dari suatu peristiwa yang terjadi pada klien selama menjalani proses perawatan, bukan hanya berdasarkan ungkapan yang disampaikan klien itu sendiri. Paradigma *empiricism* juga sangat menghargai adanya estetika, personal, dan cara menjalankan etika tersebut, yang merupakan bagian integral dari ilmu keperawatan (Jackson, 2015). Penelitian yang dilatar belakangi oleh Paradigma *Interpretive* bersifat kualitatif, dengan tujuan memahami fenomena seperti yang dialami oleh populasi tertentu di dalam konteks tertentu. Metode penelitian yang umum digunakan seperti wawancara, observasi, dan kontak berkelanjutan dengan klien. Metode ini memungkinkan peneliti untuk memahami suatu fenomena melalui penilaian dari orang-orang yang menjalaninya proses pemulihan didalam asuhan keperawatan (Gillis, A., & Jackson, 2002). Namun terdapat beberapa kelemahan dalam penerapan Paradigma *Interpretive*. Pandangan bahwa realitas tunggal tidak dapat diakui sehingga memerlukan beberapa interpretasi dari individu untuk menguatkan bahwa fenomena tersebut memang nyata adanya. Selain itu keterbatasan lainnya adalah bergantung pada konteks; karena itu, sulit untuk menggeneralisasi temuan ke populasi di luar konteks tertentu. Hanya saja penelitian keperawatan perlu mengatasi tujuan akhir perawatan yang telah dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dari klien yang dirawat. Melalui penelitian dalam Paradigma *Interpretive* dapat membantu mengungkap informasi baru tentang pengalaman individu, informasi ini perlu dikembangkan agar bermanfaat bagi disiplin ilmu keperawatan (Gillis, A., & Jackson, 2002).

3. Paradigma *critical sosial theory*

Paradigma ini menitikberatkan pada lingkungan sosial, dominasi, dan institusi, dengan maksud mewujudkan masyarakat yang sejahtera. Masyarakat adalah tujuan terpenting dari Paradigma *critical sosial theory*. Dimana pengetahuan yang dimiliki individu dapat dipengaruhi dari mana individu tersebut berasal. Hal ini beresonansi kuat dengan keperawatan, bahwa hendaknya profesi keperawatan dapat melakukan keadilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada kalangan manapun dimasyarakat. Seorang perawat juga hendaknya sering mengikuti pelatihan untuk mengembangkan kompetensi dengan tujuan nantinya dapat masuk ke masyarakat dan mengubah keyakinan tentang kesehatan dimasyarakat yang salah menjadi pola hidup sehat dan mengembangkan ide kreatif dalam pemberian asuhan keperawatan (Doane & Varcoe, 2007).

Praktik keperawatan pada Paradigma *critical sosial theory* mempertimbangkan pengaruh yang lebih luas dari faktor-faktor sosial dan bagaimana berlatih dalam kaitannya dengan faktor-faktor tersebut. Pertimbangan utama dari profesi keperawatan adalah dari pemahaman tentang keadaan klien dan dampaknya karena faktor sosial juga dapat mempengaruhi kesehatan seseorang (Jackson, 2015). Paradigma *critical sosial theory* menggunakan berbagai metode penelitian dalam bentuk penelitian tindakan partisipatif dalam hal ini penelitian bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kolaborasi, dan pengembangan untuk menciptakan perubahan sosial.

Kekurangan dari paradigma ini adalah segala sesuatunya tergantung dari penilaian mayoritas di masyarakat sedangkan belum tentu hal yang disetujui secara mayoritas adalah pola yang benar sehingga sangat diperlukan praktik profesional seorang perawat dalam meluruskan setiap nilai-nilai atau pandangan mengenai kesehatan yang dijalankan oleh masyarakat (Jackson, 2015).

Peran Pragmatisme dalam Paradigma Keperawatan

Kajian dari beberapa ahli menyatakan bahwa tidak ada paradigma atau teori yang dapat memberikan pandangan secara lengkap dari semua aspek keperawatan dan fenomena manusia. Semua akan saling berkaitan antara satu dengan yang lainnya, keberagaman pendapat valid yang berasal dari beberapa individu telah menghasilkan pragmatisme. Perspektif ini mengevaluasi sebuah ide bawasanya pertanyaan mendasar tentang bagaimana meningkatkan pelayanan kesehatan bagi klien dapat dikembangkan bukan hanya untuk melayani tetapi juga memandirikan klien. Masalah yang ditangani oleh seorang perawat sangat beragam sehingga memerlukan beberapa pendekatan untuk pemecahan masalah tersebut (Warms, C. A., & Schroeder, 2012).

Pragmatisme merupakan pendekatan yang menonjolkan toleransi, menghormati pendapat orang lain, dan kolaborasi yang dianggap tindakan paling baik untuk melayani klien. Peran pragmatisme dalam menilai dan memilih paradigma keperawatan diilustrasikan dengan baik dalam penelitian keperawatan. Pendekatan pragmatis dianggap menguntungkan karena memungkinkan perawat untuk menangani penelitian berdasarkan penilaian kritis, sebagai seorang perawat karena dapat mengevaluasi secara utuh dengan melibatkan toleransi dan kolaborasi dengan paramedis

lainnya. Pendekatan pragmatis untuk pemilihan teori keperawatan menyiratkan praktik keperawatan yang rendah hati dan inklusif dalam menyelesaikan masalah keperawatan. Sehingga dapat dikatakan bahwa pragmatisme menuntun seorang perawat untuk berhati-hati memilih paradigma dan teori yang tepat untuk praktik keperawatan, agar seorang perawat dapat memberikan perawatan yang efektif secara maksimal. Hal ini mencerminkan praktik keperawatan yang baik dan dalam upaya kesejahteraan serta perbaikan kemanusiaan (Jackson, 2015).

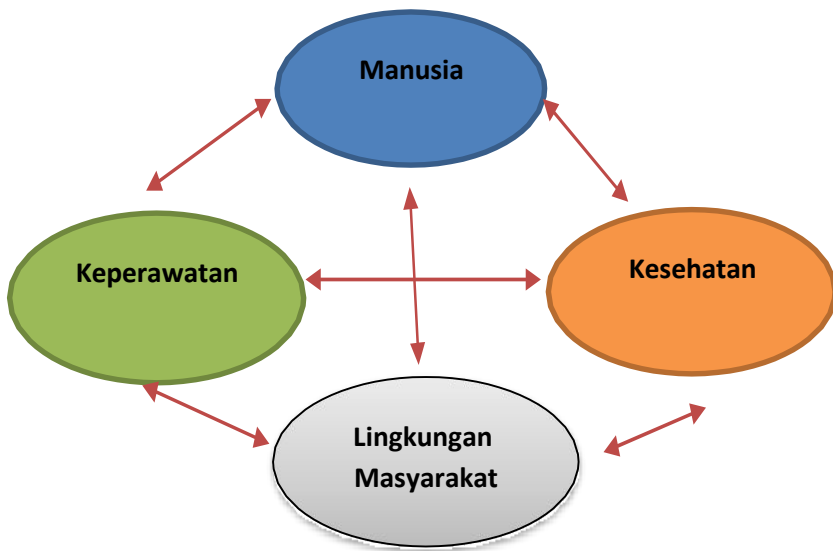
Unsur Paradigma Keperawatan

Paradigma keperawatan dibangun dan disusun berdasarkan empat unsur, yaitu: unsur pertama dimulai dari manusia atau klien, kemudian unsur lingkungan, unsur kesehatan dan yang terakhir adalah unsur keperawatan. Keempat unsur dari paradigma keperawatan ini sangat berkaitan antara satu dengan yang lainnya dan empat unsur inilah yang membedakan paradigma keperawatan dengan paradigma teori yang lain. Unsur paradigma keperawatan adalah sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2016):

1. Manusia/klien baik dari individu, keluarga, kelompok serta masyarakat yang berhak menerima asuhan keperawatan mulai dari janin hingga asuhan kematian.
2. Kesehatan yang dapat dinilai dari derajat kesehatan beserta kesejahteraan yang dimiliki oleh masyarakat.
3. Lingkungan adalah lingkungan yang mempengaruhi kondisi klien baik dari lingkungan internal ataupun lingkungan eksternal.

- Keperawatan yakni berupa karakteristik dan tindakan seorang perawat dalam memberikan asuhan dan memutuskan solusi dari permasalahan kesehatan secara bersama-sama dengan klien.

Hubungan empat unsur dalam paradigma keperawatan menurut Kementerian Kesehatan (2016) dapat terlihat dalam gambar berikut ini:



Gambar 1. Unsur Paradigma Keperawatan

Hubungan keempat unsur paradigma keperawatan sangat terkait dalam mengatur polahidup sehat, sehingga harus saling mendukung antara peran manusia atau klien itu sendiri terhadap status kesehatan yang dipilih, kebiasaan dari lingkungan masyarakat yang dijalani selama ini dan adanya edukasi kesehatan serta manajen keperawatan yang baik untuk mencapai derajat kesehatan dilingkungan masyarakat.

1. Unsur Manusia

Manusia didalam paradigma keperawatan diartikan sebagai makhluk holistic yang dipandang secara utuh membutuhkan asuhan mulai dari bio-psiko-sosiospritual.

Dimana manusia merupakan unsur kedua dari paradigma keperawatan yang dalam kajiannya dapat berperilaku baik/buruk secara verbal ataupun nonverbal pada berbagai situasi. Ada saatnya manusia membutuhkan pertolongan agar tidak terjadi distress ketika individu itu sendiri tidak mampu untuk menyelesaikan permasalahannya (Kementerian Kesehatan, 2016). Apabila dirinci lebih detatail sebagai bagian dari makhluk holistic dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. Pandangan manusia sebagai makhluk bio

Ruang lingkup bio manusia dinilai memiliki ciri seperti ; memiliki sekumpulan organ tubuh yang berfungsi dan terintegrasi dimana masing-masing dari bagian tubuh manusia memiliki peran dan tugas tersendiri. Manusia dapat berkembangbiak melalui siklus pembuahan, kehamilan, kelahiran, tumbuh kembang menjadi remaja, dewasa dan menua hingga pada akhirnya menemui tahap kematian. Yang terakhir manusia dapat mempertahankan kelangsungan hidupnya berdasarkan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang utama yakni kebutuhan akan keyakinannya kepada Tuhan, fisiologis seperti makan minum, oksigen eliminasi, pakaian, rekreasi dan kebutuhan biologis.

b. Pandangan manusia sebagai makhluk psiko

Manusia diyakini memiliki kemampuan yang tidak dimiliki oleh makhluk hidup lainnya, seperti kemampuan untuk berpikir, mengeluarkan ide kreatif, memiliki perasaan welas asih dan mampu memilih tindakan mana yang patutnya dilakukan atau tidak.

Selain itu manusia juga dianggap sebagai makhluk yang dinamis dapat berubah setiap saat sesuai dengan situasi dan kondisi yang dihadapi dalam berbagai lingkungan yang ditemui baik lingkungan yang mendukung ataupun tidak.

c. Pandangan Manusia sebagai makhluk sosial

Tentunya sebagai manusia tidak dapat terlepas dari kehidupan sosial atau hubungannya dengan manusia yang lainnya. Ciri dari makhluk sosial itu sendiri adalah mekanisme interaksi antara individu yang satu dengan yang lainnya. Memiliki kepentingan dalam hubungan dengan manusia lainnya sehingga dapat berupaya untuk mengabdikan pada kepentingan sosial untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal baik secara individu, kelompok ataupun dalam ruang lingkup di masyarakat.

d. Pandangan manusia sebagai makhluk spiritual

Manusia yakin dengan adanya Tuhan dalam kehidupannya yakni kekuatan diluar dirinya yang tidak mampu diprediksi, sehingga keyakinan ini baik yang salah atau benar akan berkontribusi pada perilaku dalam kehidupannya. Keyakinan yang keliru juga mempengaruhi seseorang untuk mengambil keputusan misalnya individu yang percaya terhadap mitos dan hal gaib ketika

mengalami sakit akan lebih memilih seorang dukun untuk berobat dibandingkan pelayanan kesehatan, disini peran perawat sangat penting untuk dapat mengedukasi masyarakat bahwa segala penyakit sebenarnya dapat dijelaskan secara ilmiah apabila individu tersebut bersedia untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut oleh tenaga kesehatan.

Memenuhi bio-psiko-sosio-spritual tidak terlepas dari kemampuan manusia untuk memahami kebutuhan dasar dalam hidupnya. Karena pada dasarnya kebutuhan manusi dipandang dari dua aspek yakni kebutuhan akan materi dan kebutuhan non materi. Sehingga seorang perawat hendaknya memahami betul karakteristik dari kebutuhan dasar yang dimiliki dari masing-masing individu. Abraham Maslow (1908 – 1970),mencetuskan teori mengenai kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Hirarki pada kebutuhan manusia ini dirumuskan menjadi lima tingkat kebutuhan prioritas (*five hierarchy og needs*) (Kementerian Kesehatan, 2016)).

Setiap manusia memiliki hak untuk tumbuh dan berkembang sesuai dengan kapasitasnya berikut gambaran dari lima tingkat hierarki kebutuhan Maslow:



Gambar 2. Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow

Kebutuhan paling dasar manusia adalah kebutuhan fisiologis, yang dilanjutkan dengan pemenuhan keselamatan dan keamanan dimana kedua kebutuhan ini sangat tergantung pada faktor eksternal atau lingkungan yang dapat berasal dari luar diri individu itu sendiri. Kemudian dilanjutkan dengan kebutuhan selanjutnya yakni cinta dan rasa memiliki, kebutuhan akan harga diri serta tercapainya aktualisasi diri, dimana ketiga kebutuhan ini sangat dipengaruhi oleh faktor internal yakni dari diri individu itu sendiri (Santoso, 2017).

Perawat dengan memahami berbagai karakteristik dari kebutuhan manusia dapat secara profesional memberikan asuhan keperawatan utamanya dimulai dari proses pengkajian klien tentang permasalahan ataupun informasi yang terkait dengan kondisi klien itu sendiri. Informasi ini dibutuhkan sebagai penunjang dalam memperbaiki status kesehatan klien mengarah derajat kesehatan yang optimal. Tentunya kebutuhan manusia yang optimal juga tidak terlepas dari konsep sehat sakit yang dialaminya (Santoso, 2017).

Faktor yang mempengaruhi konsep sehat sakit pada manusia tidak terlepas dari faktor biologis, psikologis dan sosial budaya. Faktor biologis diartikan sebagai faktor dasar kesadaran individu terhadap penyakit yang dialaminya dari tanda gejala, sikap serta tindakan yang dilakukan untuk melakukan perbaikan kesehatan. Sedangkan faktor psikologi terdiri dari tiga bagian yang mempengaruhi situasi dan kondisi individu yakni kognisi, emosi dan motivasi. Kognisi itu sendiri digambarkan sebagai aktivitas mental seseorang tentang kesehatannya, baik dari cara berpikir, menerima penyakitnya, belajar, mengingat, menginterpretasikan, menyelesaikan masalah dan mempercayai proses perawatan yang dijalannya.

Emosi diyakini sebagai perasaan yang dirasakan saat menjalani pengobatan serta proses pemulihan, rasa nyaman ditemani oleh orang terdekat ataupun adanya rasa tenang ketika mendapatkan informasi terkait progress kesehatannya. Dimana dalam hakikatnya masyarakat juga tidak bisa terlepas dari sosial budaya di lingkungan sekitar dalam upaya proses pemulihan ketika sakit. Dan motivasi dipandang sebagai dorongan individu baik dari diri sendiri ataupun lingkungan sekitar utamanya keluarga untuk dapat memperbaiki status kesehatannya (Krisna Triyono & K. Herdiyanto, 2018).

2. Unsur Kesehatan

Paradigma sehat dari unsur kesehatan merupakan pandangan serta pola pikir seseorang yang proaktif holistik serta proaktif yang secara dinamis dan bersifat lintas sector dalam melihat permasalahan kesehatan dari berbagai macam faktor. Hal ini tentunya berkontribusi pada semua aspek baik yang sehat ataupun yang sakit untuk meningkatkan imunitas dan pemeliharaan diri terhadap status

kesehatannya. Pada dasarnya yang sering terjadi masyarakat beranggapan sehat itu adalah tidak sakit, padahal secara konsep kajian kesehatan tidak sesempit itu.

Sehat bukan berarti ketika kita tidak merasakan tanda dan gejala dari suatu penyakit sehingga bebas dengan pola hidup yang sebenarnya kurang baik. Ini merupakan hal yang keliru diyakini oleh masyarakat karena gejala dapat timbul pada sebuah penyakit yang berat seperti kanker (Kementerian Kesehatan, 2016).

Komponen mengenai paradigma sehat dan kesehatan senantiasa berkembang membentuk satu pemahaman bahwa seorang manusia mampu menciptakan kondisi fisik dan psikologis seseorang yang terbebas dari segala rasa sakit. Sehingga individu tersebut dapat tetap beraktifitas dengan memperlihatkan kinerja secara aktif, efektif, dan bersifat dinamis serta menekankan pada kemampuan individu untuk menyesuaikan diri pada ancaman ataupun tantangan luar yang terkait sakit penyakit sehingga dilakukan mekanisme koping dengan cara menstabilkan kondisi fisik, psikologis, sosial dan spiritual dengan kondusif dan seimbang (Kementerian Kesehatan, 2016).

3. Unsur Keperawatan

Keperawatan merupakan profesi profesional yang dapat membantu individu, keluarga ataupun kelompok masyarakat pada kondisi sehat ataupun sakit sehingga dapat berperilaku secara mandiri sebatas toleransi yang dimiliki individu, atau setidaknya seorang perawat mampu membantu klien dalam memperoleh kematian yang damai.

Keperawatan juga disebut sebagai bagian integral dengan memberikan asuhan dari bio-psiko-sosio-spiritual secara komprehensif kepada seluruh lapisan masyarakat (Kementerian Kesehatan, 2016).

Pelayanan keperawatan secara integral dilandasi oleh ilmu serta kiat keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan. Pada dasarnya asuhan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan kaidah keperawatan yang bersifat humanistik dari hasil pengkajian kebutuhan yang dimiliki oleh klien untuk mengatasi permasalahan yang dihadapinya. Sehingga seharusnya asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dipertanggungjawabkan berdasarkan sistematis dengan substansi ilmiah yang logis, restruktur dan dinamis dalam melaksanakan proses keperawatan (Nursalam, & Efendi, 2008).

Proses keperawatan juga dianggap sebagai pendekatan yang secara sistematis dapat menyelesaikan permasalahan sesuai dengan kebutuhan klien. Dimana proses keperawatan memiliki lima tahapan dalam prosesnya yakni dimulai dari pengkajian, diagnosis, rencana tindakan, dilanjutkan dengan implementasi serta evaluasi (Kozier, 2011). Manfaat yang didapatkan setelah menjalankan proses keperawatan adalah perawat menjadi lebih percaya diri ketika melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien karena selain mendapatkan data yang tepat dan akurat melalui pengkajian, diagnosis serta perencanaan yang ditentukan sudah sesuai dengan kondisi klien saat itu. Manfaat lainnya adalah sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas asuhan dari keperawatan yang nantinya juga berdampak positif kepada klien dalam mencapai kesehatan secara optimal.

Hal ini menjadi berbanding lurus dengan pengembangan profesionalisme perawat itu sendiri, yang mengacu pada pengarsipan data yang baik mulai dari pengkajian sampai pendokumentasian sehingga memudahkan tim keperawatan yang lain dalam melanjutkan intervensi ataupun melaksanakan asuhan keperawatan. Sifat proses keperawatan yang dijalani oleh seorang perawat profesional bersifat terbuka dan fleksibel karena dapat dilakukan melalui pendekatan secara individual dengan penanganan permasalahan yang terencana berdasarkan arah dan tujuan dengan siklus yang saling berhubungan. Selain itu seorang perawat profesional juga dibiasakan untuk memvalidasi data dengan pembuktian masalah yang diimbangi oleh umpan balik dari pasien (Nursalam, 2009).

Tugas utama dari seorang perawat adalah memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada klien, hal ini tentunya memberi implikasi yang sangat besar terhadap hubungan perawat profesional dengan kliennya. Dengan memegang teguh prinsip etik keperawatan tentunya perawat akan menjadi lebih *care*, ramah, tenang serta mampu memberikan solusi terhadap kliennya dalam menyelesaikan masalah.

Asuhan keperawatan hendaknya diberikan berdasarkan kebutuhan objektif klien, jadi tidak semua keinginan klien harus dipenuhi, disini peran perawat dalam menganalisis kebutuhan klien secara fisik maupun psikologis sangat diperlukan sesuai dengan esensial perilaku profesional keperawatan, yakni berdasarkan standar ilmu pengetahuan, berorientasi utama pada kepentingan klien, menjalankan tugas berdasarkan kode etik keperawatan dengan mampu melakukan

pengendalian diri, seluruh tindakan dilandasi oleh proses berpikir ilmiah dan berusaha secara terus menerus dalam upaya pengembangan diri (Asmadi, 2008).

4. Unsur Lingkungan

Unsur terakhir dalam paradigma keperawatan adalah lingkungan yang diartikan sebagai faktor luar yang mempengaruhi seluruh aspek kehidupan manusia dalam perkembangannya di status kesehatan. Lingkungan dalam paradigma keperawatan ini dibagi menjadi dua yakni lingkungan fisik dan non fisik. Lingkungan fisik diartikan sebagai lingkungan alamiah yang terdapat di sekitar manusia. Dimana lingkungan fisik ini dapat meliputi keadaan geografis, musim, cuaca, struktur geologis yang ada disekitar manusia. Sedangkan lingkungan nonfisik yakni lingkungan yang memunculkan akibat dari adanya interaksi antar manusia. Seperti sosial budaya, norma, nilai adanya adat istiadat dalam kehidupan bermasyarakat.

Hubungan antara lingkungan dengan kesehatan dapat dijabarkan menjadi tiga yakni agens, hospes dan lingkungan (Kementerian Kesehatan, 2016). Apabila diuraikan lebih lanjut agens itu dapat dikatakan sebagai faktor yang menstimulus timbulnya sebuah penyakit, seperti adanya faktor kimiawi, psikologis, mekanis dan biologis. Sedangkan hospes itu sendiri adalah semua faktor yang ada pada tubuh manusia dan dapat mempengaruhi timbulnya berbagai penyakit. Hal ini dapat disebabkan oleh mekanisme pertahanan tubuh status perkawinan, jenis kelamin, umur, pekerjaan, keturunan serta kebiasaan hidup yang diterapkan didalam keluarga.

Jika dikaji lebih lanjut hubungan antara agens, hospes dan lingkungan seperti siklus kehidupan. Misalnya individu dapat jatuh sakit karena daya tahan dari hospes itu sendiri berkurang. Seseorang juga dapat menderita suatu penyakit dikarenakan oleh adanya stimulus suatu penyakit didalam tubuh yang meningkat, perubahan lingkungan sekitar yang lebih mendukung pertumbuhan agen untuk berkembang (Kementerian Kesehatan, 2016).

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2007). Relational practice and nursing obligations. *Advances in Nursing Science*, 30(3),192–205.
<https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000286619.31398.fc>
- Gillis, A., & Jackson, W. (2002). *Research for nurses: Methods and interpretation*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Jackson, J. (2015). Nursing Paradigms and Theories. *Jennifer Jackson Athabasca University*, 1–14.
- Kementerian Kesehatan. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Kozier. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta : Penerbitan Buku Kedokteran EGC.
- Krisna Triyono, S. D., & K. Herdiyanto, Y. (2018). Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali. *Jurnal Psikologi Udayana*,4(02),263.
<https://doi.org/10.24843/jpu.2017.v04.i02.p04>
- Nursalam, & Efendi, F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2009). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Selamba Medika.

- Santoso, M. B. (2017). Mengurai Konsep Dasar Manusia Sebagai Individu Melalui Relasi Sosial Yang Dibangunnya. *Prosiding Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(1), 104. <https://doi.org/10.24198/jppm.v4i1.14217>
- Warms, C. A., & Schroeder, C. A. (2012). *Bridging the gulf between science and action: The “new fuzzies” of neopragmatism*. In P. G. Reed & N. C. Shearer (Eds.), *Perspectives on nursing theory* (6th ed., pp. 145-151). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Weaver, K., & Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 459–469. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03740.x>

Profil Penulis



Ns. Ni Luh Putu Thrisna Dewi, S.Kep., M.Kep

Merupakan dosen tetap di STIKes Wira Medika Bali, dengan latar belakang pendidikan yaitu lulusan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Udayana pada tahun 2011. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan magister di Magister Keperawatan Universitas Diponegoro dengan predikat lulusan cumlaude pada tahun 2018. Ketertarikan penulis dalam pengembangan ilmu keperawatan menjadi pijakan pertama penulis untuk selalu berkarya dengan berbagai media utamanya buku. Penulis juga sudah memiliki banyak HKI (Hak Kekayaan Intelektual) atas karyanya. Penulis saat ini tergabung dalam Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Selain mengajar penulis juga aktif melakukan riset serta publikasi ilmiah dan pada tahun 2020 penulis menerima penghargaan artikel ilmiah berkualitas tinggi dan penulis produktif dari direktorat pengelolaan kekayaan intelektual kementerian riset dan teknologi/badan riset dan inovasi nasional (BRIN). Penulis juga mengeluarkan buku pertamanya di tahun 2019 dengan judul Manajemen keperawatan pada pasien kondisi kronik dan kritis. Kemudian buku kedua dikeluarkan di tahun 2021 dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan dan yang terakhir adalah buku OSCE pada keperawatan.

Email Penulis: dewi_bonita@ymail.com

TEORI DAN MODEL KONSEP KEPERAWATAN

Iva Milia Hani Rahmawati, S.Kep., Ns., M.Kep
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
Insan Cendekia Medika Jombang

Pengertian Teori

Teori adalah deskripsi dari suatu fenomena dan interaksi variabel-variabelnya yang digunakan untuk mencoba menjelaskan atau memprediksi (Thomas, J. E., 2017). Teori adalah seperangkat konsep, definisi, dan proposisi yang memproyeksikan pandangan sistematis tentang fenomena dengan menunjuk tertentu hubungan antar konsep untuk tujuan tertentu menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan/atau mengendalikan fenomena (Chinn & Jacobs, 1987, p. 70).

Secara umum, teori (*theory*) adalah sebuah sistem konsep yang mengindikasikan adanya hubungan di antara konsep-konsep tersebut yang membantu kita memahami sebuah fenomena. Menurut Jonathan H. Turner mendefinisikan teori sebagai “sebuah proses mengembangkan ide-ide yang membantu kita menjelaskan bagaimana dan mengapa suatu peristiwa terjadi” (West, 2008).

Teori diartikan sebagai sekelompok konsep yang membentuk sebuah pola yang nyata dan menjelaskan suatu proses. Teori merupakan suatu pandangan yang sistematis terhadap suatu gejala atau fenomena yang ada dengan menentukan hubungan spesifik terhadap konsep yang digunakan untuk menjelaskan, menganalisa atau meramalkan suatu kejadian. Teori bisa juga merupakan hubungan beberapa konsep maupun kerangka konsep. Teori yang sudah ada dan diyakini kebenarannya dapat juga mengalami perkembangan atau pun digugurkan bila ada suatu pembuktian yang lain dan dapat mengguguli teori yang sudah ada. Oleh karena itu, teori tersebut dapat diubah, diuji atau digunakan dalam suatu pedoman penulisan ilmiah (Avant, 2014).

Teori adalah seperangkat konsep dan proposisi yang memberikan cara yang teratur untuk melihat fenomena, pernyataan yang menjelaskan atau memberi ciri fenomena tertentu. Menurut definisi tradisional, teori adalah seperangkat konsep yang terorganisir, koheren, dan saling berhubungan satu sama lain yang menawarkan deskripsi penjelasan dan prediksi tentang fenomena (DeLaune and Ladner, 2011). Tujuan teori dalam disiplin keilmuan adalah memandu penelitian untuk meningkatkan ilmu dengan mendukung pengetahuan yang ada atau menghasilkan pengetahuan baru. Sebuah teori tidak hanya membantu kita untuk mengatur pikiran dan ide-ide, tetapi juga dapat membantu mengarahkan kita pada apa yang harus dilakukan dan kapan serta bagaimana melakukannya. Ciri-ciri teori menurut Arora (2015) adalah sebagai berikut:

1. Rasional dan masuk akal
2. Dapat digeneralisasikan
3. Teori tersusun atas ide-ide yang terhubung sedemikian rupa

4. Dasar-dasar untuk teori yang dapat diuji
5. Digunakan oleh praktisi untuk membimbing dan meningkatkan praktik mereka
6. Konsisten dengan teori-teori, hukum dan prinsip-prinsip yang sudah dibuktikan sebelumnya. Tetapi tetap meninggalkan pertanyaan yang belum terjawab sehinggamemungkinkan untuk diteliti dan diuji lebih lanjut.

Teori Keperawatan

Keperawatan adalah praktek disiplin. Perawat akan terlibat dalam memberikan perawatan kesehatan yang kompleks kepada orang-orang di setiap tingkat kesehatan dan penyakit, pada setiap tahapan kehidupan, dan dalam pengaturan yang beragam. Perawat baik yang bekerja di rumah sakit, klinik kesehatan, laboratorium penelitian keperawatan hendaknya meningkatkan pengetahuan agar kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat dapat ditingkatkan.

Teori keperawatan adalah seperangkat ide, definisi, hubungan dan harapan atau saran yang berasal dari model keperawatan atau dari disiplin (bidang ilmu) lain dan rancangan purposif, pandangan metodis fenomena dengan merancang interrelationship khusus diantara ide-ide yang bertujuan menggambarkan, menjelaskan, peramalan, atau merekomendasikan (Arora, 2015). Teori keperawatan membedakan keperawatan dari disiplin lain, dimana teori ini memiliki tujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, dan mengendalikan hasil yang diinginkan dari praktik asuhan keperawatan (Ahmad, 2016). Teori keperawatan yang saat ini dikembangkan dan diterapkan dalam keperawatan baik untuk keperluan pendidikan maupun praktek keperawatan menggunakan empat model.

Semua model tersebut menggambarkan konsep yang sama yaitu orang sebagai penerima asuhan keperawatan, lingkungan (masyarakat), kesehatan (sehat/sakit, kesehatan dan penyakit) dan keperawatan dan peran perawat (tujuan/sasaran, peran dan fungsi). Teori-teori keperawatan yang ada saat ini semuanya dibangun atas empat konsep yang menghasilkan suatu model keperawatan. Model keperawatan tersebut digunakan dalam praktik, penelitian ataupun pengajaran. Keperawatan digunakan dalam hal teori maka model konsep keperawatan harus dikenalkan dan dapat dipahami oleh profesi perawat. Meskipun keempat teori itu digunakan dalam setiap teori keperawatan namun pengertian dan hubungan antara yang satu dan yang lain berbeda.

Model Konseptual Keperawatan

Konsep adalah sebuah pondasi bangunan dasar dari sebuah teori, bentuk pemikiran atau gagasan dari pemahaman manusia yang mencerminkan tanda penting dan umum dari objek tertentu yang dipahami. Konsep juga dapat diartikan sebuah istilah atau label yang menjelaskan akan suatu fenomena (Alligood, 2021). Konsep merupakan suatu pondasi untuk membangun sebuah teori yang didalamnya menggambarkan suatu fenomena tertentu Model konseptual adalah serangkaian konsep yang berhubungan dengan menggambarkan secara simbolik dan menyampaikan gambaran mental sebuah fenomena. Model konseptual keperawatan mengidentifikasi konsep dan menggambarkan hubungannya terhadap fenomena yang perhatiannya berfokus pada disiplin (Kaplan, 1994). Konsep membuat kita mengetahui intisari dari suatu proses fenomena sehingga akan mampu menggambarkan suatu obyek atau situasi, membantu menamai fenomena yang terjadi dan

berkomunikasi satu sama yang lain. Banyak contoh konsep dalam dunia keperawatan diantaranya adalah konsep *caring*, *self care* dan lain lain (DeLauneand Ladner, 2011; Masters, 2016).

Tujuan Teori dan Model Konseptual Keperawatan

Karakteristik ilmu keperawatan menurut Asmadi (2009) meliputi beberapa hal, diantaranya : 1. Pengetahuan umum (*public knowledge*). Siapa saja yang mempunyai minat akan mampu mempelajari ilmu keperawatan. 2. Objektif. Ilmu keperawatan mampu menginterprestaikan objek yang sama dengan cara yang sama hingga pada akhirnya akan diperoleh hasil yang sama pula. 3. Abstraksi. Ilmu keperawatan diperuntukkan bagi seluruh umat manusia yang tidak akan lepas dari kebutuhan sepanjang hidupnya. 4. Konseptual. Ilmu keperawatan memiliki konsepsi yang membangun dari teori keperawatan.

Teori keperawatan dan model konseptual keperawatan bertujuan untuk menggambarkan dan menjelaskan fenomena keperawatan, memberikan dasar dalam praktik keperawatan, membantu menciptakan pengetahuan (*body of knowledge*) yang lebih maju dan menunjukkan bagaimana keperawatan akan berkembang di masa depan. Teori keperawatan sangat penting karena membantu memutuskan apa yang kita ketahui dan apa yang ingin kita ketahui (Arora, 2015). Jhonson &Webber (2013) menyatakan bahwa teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan dalam perkembangan profesi keperawatan memiliki tujuan yang ingin dicapai diantaranya:

1. Dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan.

2. Membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan.
3. Membantu proses penyelesaian masalah dalam keperawatan dengan memberikan arah yang jelas.

Komponen Teori Keperawatan

Komponen teori keperawatan terdiri dari konsep, proposisi, dan definisi/*statement*. Konsep merupakan suatu kata atau frase (istilah) yang menyimpulkan berbagai ide, observasi, dan pengalaman. Konsep merupakan fondasi bangunan suatu teori. Proposisi adalah suatu pernyataan (*statement*) tentang suatu konsep atau pernyataan tentang hubungan dua atau lebih konsep. *Statement* terdiri dari dua yaitu : *a relational statement* dan *a nonrelational statement*. *a relational statement* adalah menjelaskan hubungan antara dua atau lebih konsep dan satunya sedangkan *a nonrelational statement* merupakan deskripsi atau definisi dari suatu konsep (Fawcett, 2006).

Teori mempunyai manfaat dalam perkembangan Pendidikan, Riset, dan Praktik.

Diantara manfaat tersebut adalah :

Pendidikan	Riset	Praktik
a. Panduan dalam pengembangan kurikulum b. Menguatkan tubuh pengetahuan c. Memberikan kerangka ilmiah dan pemikiran analisis	a. Menuntun Riset b. Memberi panduan dalam proses keperawatan c. Memverifikasi memodifikasi proposisi	a. Pendekatan ilmiah b. Model Praktik c. Peningkatan mutu pelayanan d. Peningkatan otonomi dan citra profesi

Karakteristik Teori keperawatan

Teori keperawatan adalah serangkaian pernyataan tentang fenomena yang saling terkait yang amat berguna untuk menyebutkan, menjelaskan, memprediksi, dan mengendalikan. Teori keperawatan yang berkembang dan berasal dari aspek-aspek dan berbagai dimensi kemanusiaan telah dibuktikan banyak menimbulkan dampak terhadap praktek keperawatan, dimana teori menghasilkan suatu situasi yang diharapkan. Sebaliknya, situasi yang dihasilkan oleh suatu teori dapat menolong seorang ilmuwan untuk menyusun, menguji, merevisi atau rnenghaluskan serta menggunakan teori keperawatan.

Kegiatan praktek keperawatan bertujuan untuk memperbaiki dan lebih meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan seorang klien. Kegiatan ini seyogyanya berlandaskan teori dan hasil riset, karena melalui hasil uji suatu hipotesa maka kegiatan dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah. Model konseptual dan teori keperawatan harus diawali dengan penjelasan karakteristik dari masing-masing model konseptual dan teori. Model konseptual ternasuk asumsinya merupakan landasan untuk mengembangkan sebuah teori, dimana ditekankan tentang konsep-konsep, definisi, dan proposisi dari teori tersebut. Bagaimana halnya dengan karakteristik dari teori keperawatan yang dipakai sampai sekarang ini? Beberapa ahli menyebutkan tentang batasan karakteristik dari ilmu kepeperawatan. Menurut Torrest (1985) dan Chinn Jacob (1983) menegaskan terdapat lima karakteristik dasar teori keperawatan diantaranya yaitu :

1. Teori keperawatan mengidentifikasi dan mendefinisikan sebagai hubungan yang spesifik dari konsep-konsep keperawatan seperti hubungan antara

konsep manusia, konsep sehat-sakit, konsep lingkungan dan keperawatan.

2. Teori keperawatan bersifat ilmiah, artinya teori keperawatan digunakan dengan alasan atau rasional yang jelas dan dikembangkan dengan menggunakan cara berpikir yang logis.
3. Teori keperawatan bersifat sederhana dan umum, artinya teori keperawatan dapat digunakan pada masalah sederhana maupun masalah kesehatan yang kompleks sesuai dengan situasi praktek keperawatan.
4. Teori keperawatan berperan dalam memperkaya body of knowledge keperawatan yang dilakukan melalui penelitian.
5. Teori keperawatan menjadi pedoman dan berperan dalam memperbaiki kualitas praktek keperawatan.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Teori Keperawatan

Teori keperawatan yang berkembang sampai dengan sekarang tidak terlepas dari hal hal yang berpengaruh pada perjalanan perkembangannya. Faktor yang mempengaruhi perkembangan teori keperawatan adalah Filosofi Florence Nightingale, Kebudayaan, Sistem Pendidikan dan Pengembangan Ilmu Keperawatan. Filosofi Florence Nightingale dianggap memberikan peran besar dalam pengaruh perkembangan teori keperawatan diakarenakan filosofi yang dikemukakan adalah tentang peran perawat menemukan KDM (kebutuhan dasar manusia), pengaruh lingkungan, standar pendidikan keperawatan, standar asuhan keperawatan yang efisien, membedakan praktek keperawatan dengan kedokteran, perbedaan perawatan orang sakit dan orang sehat yang sampai sekarang berdasarkan filosofi Nightingale itulah semakin banyak perkembangan teori keperawatan yang dikembangkan.

Kebudayaan berperan penting dalam memberikan pengaruh teori keperawatan diantaranya sejak jaman dahulu asuhan keperawatan lebih dilakukan oleh wanita sesuai yang dibutuhkan dalam keperawatan, perkembangan keperawatan menuju profesi yang mandiri, dibawah pengawasan dokter, dokter & perawat mitra kerja, menjalankan tugas sebagai tim kesehatan. Berawal dari faktor budaya yang demikian teori keperawatan sekarang mengalami perubahan budaya tentunya kearah yang lebih baik.

Sistem Pendidikan dan Pengembangan Ilmu Keperawatan mengalami perkembangan dari waktu ke waktu dimana sistem pendidikan dulu belum jelas sistem pendidikannya sedangkan sekarang sistem pendidikan sudah sesuai kebutuhan/standar kompetensi, pengembangan ilmu keperawatan sekarang jauh lebih berkembang dengan kemajuan keperawatan klinik dan keperawatan komunitas.

Daftar Pustaka

- Richard, West. 2008. Pengantar Teori Komunikasi Analisis dan Apikasi Edisi Ke 3 . Jakarta: Salemba Humanika.
- Alligood, M.R. 2014. Nursing theorists and their works. 8th Ed. Mosby Elsevier, Inc.
- Arora. 2015. Definisi Teori Keperawatan. Malang: Universitas Muhammadiyah.
- Chinn, P., & Jacobs, M. 1987. Theory and nursing: A systematic approach. St. Louis: C. V. Mosby.
- Fawcett, J. 2005. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd Ed. Philadelphia: FA Davis.
- Thomas, J. E. 2017. Scholarly views on theory: Its nature, practical application, and relation to world view in business research. *International Journal of Business and Management*, 12(9), 1-10

Profil Penulis



**Iva Milia Hani Rahmawati, S.Kep.,
Ns., M.Kep**

Penulis lahir pada tanggal 28 Agustus 1988 di Jombang, ketertarikan penulis pada keperawatan khususnya keperawatan Jiwa dimulai sejak penulis menempuh Pendidikan Sarjana keperawatan dan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Husada-Kediri yang dijalani penulis dan lulus pada tahun 2011, penulis bekerja sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang sekarang beralih bentuk menjadi Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang sampai dengan sekarang, setelah menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2016. Selanjutnya penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, pengabdian masyarakat, penelitian dan sebagai penulis buku pada bidang keperawatan dan berfokus pada keperawatan Jiwa Serta aktif dalam kegiatan organisasi PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) dan IPKJI (Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia) dengan harapan dapat berkontribusi dan berperan aktif dalam organisasi, Kerjasama dan sumbangsih keilmuan keperawatan di Indonesia.

Email Penulis: miliarahma88@gmail.com

METAPARADIGMA KEPERAWATAN

Ns. Ida Ayu Agung Laksmi, S.Kep., M.Kep
STIKES Bina Usaha Bali

Pengertian Metaparadigma

Paradigma berasal dari serapan Bahasa Yunani yang diartikan sebagai cara pandang orang terhadap diri dan lingkungannya yang akan mempengaruhinya dalam berpikir (kognitif), bersikap (afektif), dan bertindak laku. Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), paradigma adalah model dalam teori ilmu pengetahuan, merupakan sifat yang paling khas atau dasar dari sebuah teori atau cabang ilmu.

Istilah "metaparadigma" diperkenalkan ke profesi keperawatan pada akhir 1970-an melalui makalah Margaret Hardy pada tahun 1978. Hardy mendefinisikan metaparadigma, berdasarkan analisis Margaret Masterman (1970) tentang konseptualisasi Kuhn dalam *The Structure of Scientific Revolutions* (1962/2012), sebagai "sebuah gestalt atau pandangan dunia total yang berfungsi sebagai cara untuk mengatur persepsi" (Bender, 2018). Metaparadigma keperawatan adalah pernyataan luas yang menyatakan fokus disiplin ilmu, yang dapat menjelaskan fenomena sentral yang menarik bagi disiplin, untuk menjelaskan bagaimana menangani fenomena tersebut secara unik (Fawcett, 1984, 1989).

Hardy (1978) berpendapat bahwa metaparadigma memberikan para ilmuwan perawat dengan parameter umum dimana mereka dapat menjelajahi dunia dan menghindari bangunan pengetahuan acak (Littzen, Langley, & Grant, 2020). Berdasarkan beberapa definisi diatas, maka dapat disimpulkan bahwa metaparadigma keperawatan merupakan suatu pedoman yang menjadi acuan dan mendasari pelaksanaan praktek keperawatan diberbagai tatanan kesehatan.

Komponen Metaparadigma Keperawatan

Komponen Metaparadigma Keperawatan Secara umum, paradigma harus menentukan batas-batas yang luas dari fenomena yang menjadi perhatian dalam suatu disiplin, misalnya untuk membedakan keperawatan dari disiplin lain, seperti kedokteran, fisiologi latihan klinis, atau sosiologi. Fawcett (2005) mengusulkan bahwa metaparadigma mendefinisikan totalitas fenomena yang melekat dalam disiplin dengan cara yang pelit, serta menjadi perspektif-netral dan dalam lingkup internasional. Definisinya tentang perspektif netral adalah bahwa konsep metaparadigma mencerminkan keperawatan tetapi bukan model atau paradigma konseptual keperawatan tertentu. Kriteria ini diilustrasikan dengan jelas karena model dan paradigma keperawatan mencakup konsep metaparadigma tetapi mendefinisikan masing-masing dengan cara yang berbeda (Alligood, 2014). Fawcett (1984) merumuskan metapardigma keperawatan menjadi empat konsep paradigma yaitu manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.

Perbedaan Pandangan Metaparadigma

Metaparadigma adalah perspektif yang paling global dari sebuah disiplin ilmu dan bertindak sebagai kerangka dengan struktur terbatas yang masih berkembang. Model konseptual dan teori-teori keperawatan mempersembahkan ragam paradigma yang terdiri dari metaparadigma masing-masing disiplin ilmu keperawatan. Berikut ini merupakan metaparadigma dari masing-masing tokoh keperawatan :

1. Florence Nightingale

Filosofi Nightingale termasuk empat metaparadigma yang meliputi manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan yang dinyatakan sebagai berikut (Alligood, 2014):

- a. Manusia sebagai unit penerima perawatan.
- b. Kesehatan, sehat bukan hanya suatu keadaan yang baik, tetapi juga memiliki kemampuan menggunakan seluruh tenaga dan kekuatan dengan baik.
- c. Keperawatan sebuah proses mengatur lingkungan untuk mengimplementasikan hukum alami kesehatan
- d. Lingkungan termasuk lingkungan eksternal dan internal. Lingkungan eksternal berupa temperatur, tempat tidur dan ventilasi, sedangkan lingkungan internal berupa makanan, air, dan obat-obatan. Fokus dari filosofi Nightingale terletak pada pasien dan lingkungan, yang mana aspek lingkungan ditekankan pada 13 penilaian meliputi ventilasi dan kehangatan, kesehatan rumah, manajemen makanan, kebisingan, varietas, pemasukan makanan, makanan, tempat tidur, cahaya, kebersihan ruangan dan dinding,

kebersihan diri, pengungkapan harapan dan nasihat, serta observasi kesakitan pasien.

2. Virginia Henderson

Menurut Henderson, fungsi perawat merupakan fungsi yang unik karena untuk membantu pasien baik yang sehat maupun sakit dalam menampilkan aktivitas yang berkontribusi terhadap kesehatan dan penyembuhan termasuk kedamaian saat menjelang ajal dengan menggunakan kekuatan dan pengetahuan yang diperlukan untuk membantu pasien mencapai tingkat kemandirian secepat mungkin. Fokus dari metaparadigma Henderson adalah proses keperawatan dan pasien dimana pasien memiliki 14 komponen kebutuhan dasar. Adapun metaparadigma menurut Henderson sebagai berikut :

- a. Manusia sebagai penerima asuhan keperawatan yang terdiri dari aspek biologis, psikologis, social, dan spiritual.
- b. Lingkungan. Fokus bahasan pada lingkungan yaitu lingkungan eksternal yang mencakup suhu dan hal-hal yang berbahaya dalam suatu lingkungan, dan pengaruh komunitas terhadap individu dan keluarga.
- c. Kesehatan berdasarkan pada kemampuan pasien untuk berfungsi secara bebas sesuai dengan 14 komponen dasar keperawatan yang meliputi bernapas dengan normal, makan dan minum yang adekuat, eliminasi, bergerak dan mempertahankan posisi yang nyaman, tidur dan istirahat, memilih pakaian pantas, berpakaian dan menanggalkan pakaian, mempertahankan suhu tubuh dalam kondisi normal dengan memodifikasi lingkungan, menjaga kebersihan tubuh dan memelihara kesehatan dan melindungi

kulit, menghindari bahaya dilingkungannya dan menghindari cedera yang lain, komunikasi dengan oranglain dalam pernyataan emosi, kebutuhan, ketakutan dan pendapat, beribadah menurut kepercayaan seseorang, bekerja sedemikian rupa sehingga ada rasa pemenuhan akan kebutuhan, belajar menemukan atau mencukupi keingintahuan akan pertumbuhan dan kesehatan yang normal dan dapat menggunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

- d. Keperawatan adalah suatu proses membantu pasien baik yang sakit maupun dalam keadaan yang baik, dalam menampilkan suatu aktivitas sesuai dengan 14 komponen dasar keperawatan dan membantu pasien untuk memperoleh kesembuhan secepat mungkin.

3. Jean Watson

Berdasarkan teori Watson (1996), tujuan keperawatan adalah membantu seseorang mendapatkan harmonisasi dari tingkatan tertinggi antara pikiran, tubuh, dan semangat. Pencapaian tujuan tersebut dapat mencapai kesembuhan dan kesehatan. Tujuan tersebut didapat dari proses *transpersonal caring* melalui faktor karatif dan proses karitas. Konsep metaparadigma yang didefinisikan dalam Filosofi Watson dan ilmu *caring* sebagai berikut (Alligood, 2014):

- a. Manusia sebagai sebuah unit yang terdiri dari pikiran, tubuh, dan semangat yang alami.
- b. Lingkungan dan ruang kesembuhan merupakan sebuah kekuatan lingkungan nonfisik, sebuah bidang getaran yang berintegrasi dengan manusia dimana perawat bukan semata-mata seseorang yang berada pada lingkungan tetapi perawat juga

termasuk lingkungan.

- c. Kesehatan merupakan suatu kondisi yang harmonis, utuh dan nyaman.
- d. Keperawatan merupakan suatu hubungan timbal balik transpersonal dalam situasi caring berdasarkan faktor karatif dan proses caritas.

4. Patricia Benner

Benner berfokus pada pemahaman akan persepsi keakutan, penilaian klinis, kemampuan *know-how*, kompartemen etika, dan pembelajaran berdasarkan pengalaman yang sedang berjalan. Benner mengidentifikasi metaparadigma kedalam 4 unsur yaitu manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.

- a. Manusia merupakan seseorang yang tinggal di dunia yang bisa menginterpretasikan dirinya sendiri bahwa manusia lahir kedunia bukan tidak memiliki suatu pengertian tetapi mendapatkan suatu pengertian dari proses sepanjang sepanjang kehidupan.
- b. Lingkungan merupakan lingkungan dengan pengertian sosial dan kebermaknaan.
- c. Kesehatan merupakan pengalaman kesehatan manusia yang utuh.
- d. Keperawatan merupakan hubungan caring yang termasuk care dan pelajaran mengenai pengalaman hidup terhadap kesehatan, kesakitan, dan penyakit.

5. Martha Rogers

Teori Roger dikenal dengan "*Science of Unitary Human Beings*" dimana menekankan pada manusia merupakan energi yang dinamis yang terintegrasi

dengan energi lingkungan. Fokus metaparadigma Rogers terletak pada manusia dan lingkungan. Berikut merupakan metaparadigma yang teridentifikasi dari teori Roger.

- a. Manusia merupakan sebuah unit yang tereduksi, ireversibel, berdimensi, memiliki medan energi negentropic yang diidentifikasi oleh pola, manusia merupakan kesatuan yang berkembang melalui tiga prinsip yaitu *helicy*, resonansi, dan integralitas.
- b. Lingkungan merupakan sebuah unit yang tereduksi, ireversibel, berdimensi, memiliki medan energi negentropic yang diidentifikasi oleh pola dan manifesitasi karakteristik yang berbeda dari bagian dan meliputi semua yang lain daripada bidang manusia yang diberikan.
- c. Kesehatan. Kesehatan dan penyakit merupakan bagian dari kontinum.
- d. Keperawatan berusaha untuk meningkatkan interaksi simfoni antara bidang manusia dan lingkungan untuk memperkuat integritas bidang manusia dan untuk membuat pola langsung dan mengarahkan bidang manusia dan lingkungan untuk realisasi potensi kesehatan yang maksimal.

6. Dorothea Orem

Teori Orem dikenal dengan "*Theory of Self Care*" yang mendeskripsikan bagaimana dan kenapa manusia peduli terhadap diri mereka sendiri dan mengira bahwa keperawatan merupakan proses yang diterima karena adanya masalah atau keterbatasan dalam perawatan diri. Adapun metaparadigma yang didefinisikan dari teori orem dinyatakan sebagai berikut (Alligood, 2014):

- a. Manusia merupakan seseorang dibawah perawatan perawat yang dipandang sebagai keseluruhan unit universal, memiliki kebutuhan yang berkembang, dan kemampuan untuk perawatan diri sendiri.
- b. Lingkungan adalah unsure fisik, kimia, biologis, dan social yang menjadikan manusia ada. Komponen lingkungan termasuk faktor lingkungan, elemen lingkungan, kondisi lingkungan, dan perkembangan lingkungan.
- c. Kesehatan merupakan karakteristik yang tetap ditandai dengan suatu kondisi yang baik (kesehatan) atau keutuhan struktur manusia yang dikembangkan dari tubuh dan fungsi mental.
- d. Keperawatan merupakan suatu proses terapeutik yang dibentuk untuk kebutuhan perawatan diri. Tindakan keperawatan terbagi menjadi 3 kategori yaitu terkompensasi total, terkompensasi sebagian, dan sistem supportif-edukatif.

7. Callista Roy

Konsep metaparadigma Model Adaptasi Roy (manusia, lingkungan, keperawatan, dan kesehatan) didefinisikan dengan jelas dan konsisten. Roy dengan jelas mendefinisikan empat model adaptif (fisiologis, konsep diri, saling ketergantungan, dan fungsi peran). Tantangan model yang diidentifikasi adalah dukungan Roy dari pandangan holistik tentang orang dan lingkungan, sedangkan model memandang adaptasi terjadi dalam empat mode adaptif, dan orang dan lingkungan dikonseptualisasikan sebagai dua entitas yang terpisah, dengan satu mempengaruhi yang lain (Alligood, 2014).

Konsep metaparadigma model adaptasi Roy didefinisikan sebagai berikut :

- a. Manusia merupakan sistem adaptif dengan subsistem kognator dan regulator untuk mempertahankan adaptasi pada 4 model adaptif.
- b. Lingkungan semua kondisi, dan keadaan yang mempengaruhi perkembangan dan kebiasaan manusia dan kelompok dengan sebagian pertimbangan dari mutualitas orang dan sumber daya bumi.
- c. Kesehatan merupakan sebuah keadaan dan proses untuk menjadi sebuah integrasi dan utuh yang merefleksikan manusia dengan mutualitas lingkungan.
- d. Keperawatan. Tujuan keperawatan adalah untuk mempromosikan adaptasi untuk individu dan kelompok pada 4 model adaptasi yang berkontribusi pada kesehatan, kualitas kehidupan dan menjelang ajal dengan martabat melalui pemeriksaan perilaku dan faktor yang mempengaruhi kemampuan adaptasi dengan meningkatkan faktor lingkungan (Alligood, 2014).

8. Betty Neuman

Model sistem Neuman merupakan model kesehatan yang berdasarkan pada teori sistem umum dimana sistem klien terpapar oleh *stressor*. Fokus dari model ini adalah sistem klien dalam hubungannya dengan *stressor*. Konsep metaparadigma dari model sistem Neuman didefinisikan sebagai berikut :

- a. Manusia merupakan sistem dari klien yang terdiri atas komponen fisik, psikologis, sosialkultural, perkembangan, dan variable spiritual yang berinteraksi dengan lingkungan internal dan

eksternal, yang direpresentasikan melalui struktur pusat, garis degensif, dan garis resisten.

- b. Lingkungan adalah seluruh faktor internal dan eksternal yang mempengaruhi sistem klien. Terdapat 3 lingkungan relevan yang teridentifikasi yaitu lingkungan internal, lingkungan eksternal, dan lingkungan yang dibuat.
- c. Kesehatan merupakan kontinum kesehatan atau kesakitan yang disamakan dengan sistem stabilitas.
- d. Keperawatan merupakan tindakan preventif sebagai intervensi yang berfokus pada semua stressor yang potensial.

9. Imogene King

King mengemukakan teori "*Interacting System Framework and Theory of Goal Attainment*" dimana mengkonsepkan 3 tingkatan sistem interaksi yang dinamis meliputi sistem personal, sistem interpersonal (kelompok), dan sistem sosial dimana keperawatan merupakan sebuah proses interaksi manusia. Fokus teori ini terletak pada interaksi sistem interpersonal dalam hubungan perawat-klien. Adapun konsep metaparadigma dari teori King didefinisikan dalam 4 unsur yaitu manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.

- a. Manusia merupakan sistem personal yang berinteraksi dengan interpersonal dan sistem sosial.
- b. Lingkungan bisa keduanya baik lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Lingkungan eksternal merupakan sebuah konteks yang menjadikan manusia tumbuh, berkembang, dan menampilkan aktivitas sehari-hari.

Lingkungan internal merupakan bentuk tenaga manusia yang membuat mereka beradaptasi dengan perubahan lingkungan eksternal.

- c. Kesehatan merupakan sebuah pengalaman hidup manusia yang dinamis dengan menghadapi stressor baik pada lingkungan internal maupun lingkungan eksternal dengan menggunakan sumber daya yang optimal untuk mendapatkan potensial yang maksimal untuk kehidupan sehari-hari.
- d. Keperawatan merupakan sebuah proses interaksi manusia dengan tujuan keperawatan adalah membantu manusia mencapai tujuan mereka.

10. Johnson

Model sistem *behavioral* oleh Johnson menyatakan bahwa klien sebagai sistem hidup yang terbuka yang terdiri dari subsistem perilaku dan perubahan perilaku terjadi karena proses pendewasaan, pengalaman, dan pembelajaran (Johnson, 1980). Adapun konsep metaparadigma model sistem *behavioral* Johnson teridentifikasi sebagai berikut (Alligood, 2014):

- a. Manusia merupakan makhluk biopsikososial yang memiliki sistem perilaku dengan 7 subsistem perilaku yang meliputi prestasi, afilatif, agresif, ketergantungan, seksual, eliminatif dan *ingestive*.
- b. Lingkungan termasuk lingkungan internal dan eksternal.
- c. Kesehatan adalah fungsi yang efisien dan efektif dari sebuah sistem, keseimbangan dan kestabilan sistem perilaku.
- d. Keperawatan adalah sebuah kekuatan regulator eksternal yang bekerja untuk menyiapkan organisasi dan integritas perilaku pasien pada

suatu tingkatan yang optimal dibawah kondisi konstitut perilaku yang menangani masalah fisik ataupun kesehatan sosial atau penyakit yang ditemukan.

Hubungan Metaparadigma Keperawatan dan Teori Keperawatan

Metaparadigma adalah perspektif paling global dari suatu disiplin dan "bertindak sebagai unit enkapsulasi, atau kerangka kerja, dimana struktur yang lebih terbatas berkembang" (Eckberg & Hill, 1979 dalam (Masters, 2011)). Setiap disiplin memilih fenomena yang menarik yang akan ditanganinya dengan cara yang unik. Begitu juga dengan disiplin keperawatan memiliki konsep dan proposisi yang mengidentifikasi dan menghubungkan fenomena keperawatan bahkan lebih abstrak daripada model konseptual. Hal inilah yang disebut sebagai metaparadigma disiplin (Fawcett, 1994).

Model konseptual dan teori keperawatan mewakili berbagai paradigma yang berasal dari metaparadigma disiplin keperawatan. Oleh karena itu, meskipun masing-masing model konseptual mungkin menghubungkan dan mendefinisikan empat konsep paradigma secara berbeda, keempat model konseptual dan konsep metaparadigma hadir di masing-masing model. Teori keperawatan mewakili konsep sentral dari disiplin keperawatan adalah berbagai paradigma yang diturunkan manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Keempat komponen metaparadigma keperawatan lebih spesifik pada disiplin keperawatan (Masters, 2011).

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorist and Theor Work*. United States of America:Elsevier Mosby.
- Bender, M. (2018). Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating thephilosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12243>
- Fawcett, D.W. (1994). *A Textbook of Histology. 12th ed.* Chapman & Hall, New York:xxix + 902.
- Fawcett, J. (2005). *Middle-range nursing theories are necessary for the advancementof the discipline.*
- Litzen, C. O. R., Langley, C. A., & Grant, C. A. (2020). The Prismatic Midparadigm of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 41–45. <https://doi.org/10.1177/0894318419881806>
- Masters, K. (2011). Framework for Professional Nursing Practice. In *Nursing Theories* (pp. 47–87).

Profil Penulis



Ns. Ida Ayu Agung Laksmi, S.Kep., M.Kep

Lahir di Denpasar pada tanggal 23 November 1990 dan menuntaskan pendidikan magister keperawatan pada tahun 2016 menjadikan penulis sebagai dosen keperawatan gawat darurat. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan gawat darurat dimulai sejak penulis menempuh pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Udayana pada tahun 2008. Penguasaan akan ilmu keperawatan gawat darurat dijalani lebih dalam saat memasuki program Ners dengan memilih peminatan Keperawatan Gawat Darurat selama kurang lebih 2 bulan. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk melanjutkan studi pada Jurusan keperawatan Gawat Darurat. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Magister Keperawatan Universitas Brawijaya. Sejak tahun 2016 hingga kini mengajar di program studi Ners STIKES Bina Usaha Bali, department Keperawatan Gawat Darurat.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kegawatdaruratan Kardiovaskuler serta aktif dalam kepengurusan Himpunan Perawat Gawat Darurat dan Bencana Indonesia (HIPGABI) Provinsi Bali. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: agunglaksmi41@gmail.com

KONSEP *GRAND THEORY*

Ns. Ketut Lisnawati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B
STIKes Wira Medika Bali

Pengertian *Grand Theory*

Grand theory merupakan level kedua dari teori keperawatan. Namun *grand theory* memberikan latar belakang dalam pengembangan praktek keperawatan karena *grand theory* berusaha menjelaskan dan memaparkan aspek pengalaman dan respon manusia dengan sangat komperhensif (Fawcett, 2012). *Grand theory* didefinisikan sebagai teori yang memiliki cakupan yang luas, kurang abstrak dibanding model konseptual tetapi tersusun atas konsep-konsep umum yang relatif abstrak, sulit untuk dibuat definisi operasionalnya dan hubungannya tidak dapat di uji secara empiris. Grand teori menegaskan fokus global dengan *board perspective* dari praktik keperawatan dan pandangan keperawatan yang berbeda terhadap sebuah fenomena keperawatan (Fawcett, 2012).

Ciri-Ciri *Grand Theory*

Grand theory mempunyai beberapa kriteria atau penciri yang membedakannya dengan level teori lainnya. McEwen & Wills (2011) dan Alligood (2013), *grand theory* mempunyai *scope* atau ruang lingkup yang luas karena *grand theory* memiliki sudut pandang yang umum dan

komprehensif yang memperhatikan seluruh aspek dan respon manusia. Kriteria kedua, *grand theory* memiliki tingkat abstraksi yang cukup besar sehingga kurang mampu diterapkan langsung pada penelitian. Kriteria selanjutnya, *grand theory* masih *general* dan belum terfokus pada area yang spesifik pada salah satu respon manusia. Kriteria berikutnya, *grand theory* tidak dapat langsung digunakan dalam uji empirik, hal ini dikarenakan *grand theory* masih memiliki konsep yang sangat abstrak sehingga tidak dapat di susun kedalam definisi operasional.

Jenis Grand Theory

Terdapat perbedaan dalam pengelompokkan *grand theory*. Alligood (2013) mengelompokkan *grand theory* berdasarkan *scope* atau ruang lingkup teori, yaitu *Conceptual model theory* dan *nursing theory*. Pengelompokan yang berbeda dipaparkan oleh McEwen & Wills (2011) yang mengelompokkan *grand theory* berdasarkan paradigma keperawatan, dengan analisa akan lebih memudahkan perawat untuk mencari dan memahami *grand theory* sesuai sudut pandang dan kebutuhan.

1. Pengelompokan Grand Theory Menurut Alligood (2013).

Alligood (2013) membagi *grand theory* berdasarkan cakupan atau *scope* atau ruang lingkup dari teori. *Conceptual model theory* dan *nursing theory* menjadi pengelompokkan dari *grand theory* berdasarkan tingkat keabstrakan dari masing-masing teori dan ruang lingkup fenomena atau spesifikasi dari teori tersebut. Berikut teori yang termasuk dalam *Grand Theory* menurut Alligood.

a. *Conceptual Model Theory*

- 1) Myra E. Levine : *The Conservation Model*
- 2) Martha E. Rogers: *Unitary Human Being*
- 3) Dorathea E. Orem: *Self-Care Deficit Theory of Nursing*
- 4) Imogene M. King: *Conceptual System and Middle-Range Theory of Goal Attainment*
- 5) Betty Neuman: *System Model*
- 6) Sister Calista Roy: *Adaptation Model*
- 7) Dorothy E. Johnson: *Behavioral System Model Nursing Theory*

b. *Nursing Theory*

- 1) Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer: *The Theory of Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*
- 2) Afaf Ibrahim Meleis: *Transitions Theory*
- 3) Nola J. Pender: *Health Promotion Model*
- 4) Madeleine M. Leininger: *Culture Care Theory of Diversity and Universality*
- 5) Margaret A. Newman: *Health as Expanding Consciousness*
- 6) Rosemarie Rizzo Parse: *Humanbecoming*
- 7) Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain: *Modeling and Role-Modeling*
- 8) Gladys L. Husted and James H. Husted: *Symphonological Bioethical Theory*

2. Pengelompokan Grand Theory Menurut Melanie

Melanie membagi *grand theory* kedalam tiga kategori. Pembagian ini berdasarkan paradigma atau sudut pandang keperawatan.

Pembagian ini dipilih untuk mempermudah dalam mempelajari teori karena teori telah dikelompokkan sesuai area atau kekhususannya. Pengelompokkan teori menurut paradigma yang dipilih adalah teori Wills (2014) yang membagi *grand theory* menjadi *human need theory*, *interactive theory* dan *unitary process*.

a. Grand Theory based on human need theory

- 1) Florence Nightingale: *Nursing: What It Is and What It Is Not*
- 2) Virginia Henderson: *The Principles and Practice of Nursing*
- 3) Faye G. Abdellah: *Patient-Centered Approaches to Nursing*
- 4) Dorothea E. Orem: *The Self-Care Deficit Nursing Theory*
- 5) Dorothy E. Jhonson: *Behavioral System Model*
- 6) Betty Neuman: *System Model*

Terdapat tiga teori yang baru atau tidak disebutkan dalam Alligood (2013) sebagai *grand theory*, yaitu: Florence Nightingale: *Nursing: What It Is and What It Is Not*; Virginia Henderson: *The Principles and Practice of Nursing* dan Faye G. Abdellah: *Patient-Centered Approaches to Nursing*. Teori Virginia Henderson dan Faye G. Abdellah dalam Alligood (2013) dikelompokkan ke dalam *Nursing Theoristsof Historical Significance* karena kedua *theorist* tersebut dinilai mempunyai

kontribusi besar terhadap perkembangan pengetahuan keperawatan pada saat *pre paradigm*. Teori Florence Nightingale dalam Alligood (2013) dikelompokkan pada *Meta theory* karena teori Florence dianggap telah memberikan kontribusi bagi perkembangan ilmu keperawatan dengan cara memberikan arah bagi disiplin ilmu keperawatan itu sendiri, serta memberi dasar bagi para profesional dibidang perawatan untuk memahami teori baru. Selain pendapat diatas, McEwen & Wills (2014) tidak mengenal *meta theory* karena meta teori merupakan teori umum dan bukan bagian dari teori keperawatan, sehingga ketiga teori tersebut dimasukkan kedalam *grand theory*.

b. *Grand Theory based on interactive theory*

- 1) Myra Estrin Levine: *The Conservation Model*
- 2) Barbara M. Artinian: *The Intersystem Model*
- 3) Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, and Mary Ann P. Swain: *Modeling and Role-Modeling*
- 4) Imogene M. King: *King's Conceptual System and Theory of Goal Attainment and Transactional Process*
- 5) Roper, Logan, and Tierney: *Model of Nursing Based on Activities of Living*
- 6) Sister Callista Roy: *The Roy Adaptation Model*
- 7) Jean Watson: *Caring Science as Sacred Science*

c. *Grand Theory based on unitary process*

- 1) Martha Rogers: *The Science of Unitary and Irreducible Human Beings*
- 2) Margaret Newman: *Health as Expanding Consciousness*
- 3) Rosemarie Parse: *The Theory of Human Becoming*

Ringkasan Beberapa Teori Keperawatan dari Grand Theory

1. Myra Estrin Levine: *The Conservation Model*

a. Latar Belakang *Theorist*

Myra Estrin Levine (1920-1996) lahir di Chicago, Illinois. Ia adalah anak tertua dari tigabersaudara. Levine mengembangkan minat dalam perawatan karena ayahnya sering sakit (mengalami masalah gastrointestinal) dan memerlukan perawatan. Levine lulus dari Cook County School of Nursing tahun 1944 dan memperoleh gelar Bachelor Science of Nursing (BSN) dari University of Chicago pada tahun 1949. Setelah lulus, Levine bekerja sebagai perawat sipil untuk US Army, sebagai supervisor perawat bedah, dan administrasi keperawatan. Setelah mendapatkan gelar *Master Science of Nursing* (MSN) di Wayne State University pada tahun 1962, ia mengajar keperawatan di berbagai lembaga seperti University of Illinois di Chicago dan Tel Aviv University di Israel. Levine menulis 77 artikel yang dipublikasikan yang termasuk artikel "An Introduction to Clinical Nursing" yang dipublikasikan berulang kali pada tahun 1969, 1973 & 1989. Ia juga menerima gelar doktor kehormatan dari Loyola University pada tahun 1992.

Levine meninggal pada tahun 1996 (Alligood, 2013; McEwen&Wills,2014).

b. Asumsi

Levine mengembangkan teori konservasi berdasarkan ide dari Nightingale yang menyebutkan bahwa perawat harus menyediakan lingkungan yang memungkinkan terjadinya proses penyembuhan.

Selain itu Levine juga mengadopsi pemikiran dari Tillich dengan prinsip kesatuan hidup, Bernard dengan lingkungan internal, Cannon pada teori homeostasis dan Waddington pada konsep homeorhesis. Karya-karya ilmuwan lain juga digunakan dalam pengembangan teori konservasi. Terbentuklah empat prinsip konservasi yang membentuk dasar dari model keperawatan Levine; teori ini disintesis dari penelitian ilmiah dan praktek (Alligood, 2013; McEwen&Wills, 2014).

c. Asumsi Mayor, Konsep dan Hubungan

Model konservasi Levine merupakan keperawatan praktis dengan konservasi model dan prinsip yang berfokus pada pelestarian energi pasien untuk kesehatan dan penyembuhan. Adapun prinsip konservasi tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Konservasi Energi: Individu memerlukan keseimbangan energi dan memperbaharui energi secara konstan untuk mempertahankan aktivitas hidup. Konservasi energi dapat digunakan dalam praktek keperawatan.
- 2) Konservasi Integritas Struktur: Penyembuhan adalah suatu proses pergantian dari integritas struktur.

Seorang perawat harus membatasi jumlah jaringan yang terlibat dengan penyakit melalui perubahan fungsi dan intervensi keperawatan.

- 3) **Konservasi Integritas Personal:** Seorang perawat dapat menghargai klien ketika klien dipanggil dengan namanya. Sikap menghargai tersebut terjadi karena adanya proses nilai personal yang menyediakan privasi selama prosedur.
- 4) **Konservasi Integritas Sosial:** Kehidupan berarti komunitas social dan kesehatan merupakan keadaan social yang telah ditentukan. Oleh karena itu, perawat berperan menyediakan kebutuhan terhadap keluarga, membantu kehidupan religius dan menggunakan hubungan interpersonal untuk konservasi integritas sosial.

Terdapat tiga komponen utama dari model konservasi yaitu:

- 1) *Wholeness* (Keutuhan)

Erikson dalam Levine (1973) menyatakan *wholeness* sebagai sebuah sistem terbuka: *“Wholeness emphasizes a sound, organic, progressive mutuality between diversified functions and parts within an entirety, the boundaries of which are open and fluent.* (Keutuhan menekankan pada suara, organik, mutualitas progresif antara fungsi yang beragam dan bagian-bagian dalam keseluruhan, batas-batas yang terbuka)” Levine (1973, hal 11) menyatakan bahwa “interaksi terus-menerus dari organisme individu dengan lingkungannya merupakan

sistem yang ‘terbuka dan cair’, dan kondisi kesehatan, keutuhan, terwujud ketika interaksi atau adaptasi konstan lingkungan, memungkinkan kemudahan (jaminan integritas) di semua dimensi kehidupan”. Kondisi dinamis dalam interaksi terbuka antara lingkungan internal dan eksternal menyediakan dasar untuk berpikir holistik, memandang individu secara keseluruhan.

2) Adaptasi

Adaptasi merupakan sebuah proses perubahan yang bertujuan mempertahankan integritas individu dalam menghadapi realitas lingkungan internal dan eksternal. Konservasi adalah hasil dari adaptasi. Beberapa adaptasi dapat berhasil dan sebagian tidak berhasil. Levine mengemukakan 3 karakter adaptasi yakni: *historis*, *spesificity*, dan *redundancy*. Levine menyatakan bahwa setiap individu mempunyai pola respon tertentu untuk menjamin keberhasilan dalam aktivitas kehidupannya yang menunjukkan adaptasi *historis* dan *spesificity*.

3) Konservasi

Levine menguraikan model Konservasi sebagai inti atau dasar teorinya. Konservasi menjelaskan suatu sistem yang kompleks yang mampu melanjutkan fungsi ketika terjadi tantangan yang buruk. Dalam pengertian Konservasi juga, bahwa individu mampu untuk berkonfrontasi dan beradaptasi demi mempertahankan keunikan mereka.

d. Paradigma Keperawatan

1) Perawat

Intervensi keperawatan mempengaruhi adaptasi atau ke arah peningkatan kesejahteraan sosial, maka perawat melakukan tindakan terapeutik. Ketika respon tidak menguntungkan, perawat memberikan perawatan suportif. Tujuan keperawatan adalah untuk mempromosikan adaptasi dan mempertahankan keutuhan.

2) Individu

Individu digambarkan sebagai makhluk holistik. Keutuhan adalah integritas. Integritas berarti bahwa orang tersebut memiliki kebebasan memilih dan bergerak. Orang memiliki rasa identitas dan harga diri. Individu yang hidup melakukan adaptasi dengan tujuan konservasi.

3) Kesehatan

Kesehatan bukan hanya tidak adanya kondisi patologis. Kesehatan adalah kembali ke diri. Individu bebas dan mampu mengejar kepentingan mereka sendiri dalam konteks sumber mereka sendiri.

4) Lingkungan

Levine membahas pentingnya lingkungan internal dan eksternal untuk penentu intervensi keperawatan untuk mempromosikan adaptasi. "Semua adaptasi mewakili akomodasi yang mungkin antara lingkungan internal dan eksternal.

2. Martha E. Rogers: *Unitary Human Beings*

a. Latar Belakang *Theorist*

Martha Elizabeth Roger lahir pada tanggal 12 Mei 1914 di Dallas, Texas. Martha memulai karir sarjananya ketika beliau masuk di Universitas Tennessee di Knoxville pada tahun 1931. Kemudian masuk sekolah keperawatan di RSU Knoxville pada September 1933 dan menerima gelar Diploma Keperawatan pada tahun 1936 dan menerima gelar B.S dari George Peabody College di Masville pada tahun 1937. Pada tahun 1945 Martha mendapat gelar MA dalam bidang pengawasan kesehatan masyarakat dari Fakultas Keguruan Universitas Columbia, New York. Menjadi Eksekutif Direktur dari pelayanan keperawatan di Phoenix, AZ. Martha meninggalkan Arizona pada tahun 1951 dan kembali melanjutkan sekolah di Universitas JohnsHopkins, Baltimre MD dengan memperoleh gelar MPH tahun 1952 dan Sc.D tahun 1954. Martha di tetapkan menjadi Kepala Bagian Keperawatan di New York University pada tahun 1954. Secara resmi mengundurkan diri sebagai Professor dan Kepala Bagian Keperawatan pada tahun 1975 setelah 21 tahun dalam pelayanan. Pada tahun 1979 Martha pensiun dengan hormat dengan memakai gelar Professornya dan terus aktif mengembangkan dunia keperawatan sampai beliau meninggal pada 13 maret 1994 (Allgood, 2013; McEwen&Wills, 2014).

b. Sumber Teori

Rogers dipengaruhi oleh banyak ilmuwan dalam mengembangkan teorinya. Dimana yang paling penting adalah teori Von Bertalanffy pada sistem

umum yang memberikan kontribusi konsep *entropi* dan *negentropi* serta mengemukakan bahwa system terbuka ditandai dengan interaksi yang konstan dengan lingkungan. Karya Rapoport memberikan latar belakang pada sistem terbuka. Teori Herrick memberikan kontribusi untuk premis evolusi sifat manusia (Alligood, 2013; McEwen&Wills, 2011).

c. Asumsi Mayor, Konsep dan Hubungan

Martha E. Rogers berpendapat bahwa manusia merupakan kesatuan unit dari sistem energi yang mempunyai rencana dan butuh pelayanan kesehatan. *Science of Unitary and Irreducible Human Beings* merupakan teori yang masih abstrak yang disintesa dari teori ilmu angka. Roger mensintesis ilmu-ilmu yang berdasarkan sistem manusia itu sistem terbuka, luas, sistem lingkungan yang terbuka. Dia juga membawa beberapa konsep, termasuk didalamnya adalah ide yang datang tak terduga, sistem kehidupan yang memiliki struktur organisasi dan manusia adalah *sentient*, berpikir kritis, waspada, perasaan dan memilih. Dari semua teori konsep tersebut, Roger mengembangkan teori asli *Unitary Man*. Manusia sebagai makhluk unit bersama lingkungan adalah fokus dari praktek keperawatan, karena kita sebagai perawat melihat dan mengkaji klien sebagai makhluk unit individu. Komponen lainnya seperti misalnya tenaga, keterbukaan, *pan-dimensionality* dan struktur disebut juga "*building blocks*". Prinsip dari *homeodynamics (reso-nancy, helicy, and integrality)* yang menjelaskan kealamiaan atau keaslian dari hubungan interaksi *antara unitary human beings* dan lingkungan.

d. Paradigma Keperawatan

1) Perawat

Praktik profesional dalam keperawatan berusaha untuk meningkatkan interaksi antara manusia dan lingkungan, untuk memperkuat integritas manusia serta mengarahkan manusia dan lingkungan untuk mendapatkan derajat kesehatan maksimal.

2) Individu

Rogers mendefinisikan individu sebagai sistem terbuka dalam proses yang kontinyu atau berkelanjutan dengan sistem terbuka yaitu lingkungan. Dia mendefinisikan manusia sebagai kesatuan "Tereduksi, terpisahkan, bidang energi pandimensional diidentifikasi oleh pola dan karakteristik yang spesifik secara keseluruhan".

3) Kesehatan

Rogers menggunakan kesehatan sebagai istilah yang didefinisikan oleh budaya atau individu. Kesehatan dan penyakit adalah manifestasi pola dan dianggap "untuk menunjukkan perilaku yang bernilai tinggi dan nilai rendah. Sehat dimanifestasikan dalam proses kehidupan menunjukkan sejauh mana manusia mencapai derajat maksimum kesehatan menurut beberapa sistem nilai.

4) Lingkungan

Bidang lingkungan yang tak terbatas, dan terus terjadi perubahan yang inovatif, tak terduga, dan ditandai dengan meningkatnya keragaman.

Lingkungan dan bidang manusia diidentifikasi oleh pola yang menunjukkan perubahan saling berkesinambungan.

3. Dorothea E. Orem: *Self Care Defisit Theory of Nursing*

a. Latar Belakang *Theoritis*

Dorothea Orem lahir di Baltimore, Maryland di tahun 1914.

Ia memperoleh gelar sarjana keperawatan pada tahun 1939 dan Master Keperawatan pada tahun 1945. Selama karir profesionalnya, dia bekerja sebagai seorang staf keperawatan, perawat pribadi, perawat pendidik dan administrasi, serta perawat konsultan. Ia menerima gelar Doktor pada tahun 1976. Dorothea Orem adalah anggota subkomite kurikulum di Universitas Katolik. Ia mengakui kebutuhan untuk melanjutkan perkembangan konseptualisasi keperawatan. Ia pertama kali mempublikasikan ide-idenya dalam “Keperawatan : Konsep praktik”, padatahun 1971, yang kedua pada tahun 1980 dan yang terakhir di tahun 1995 (Alligood, 2013; McEwen&Wills, 2011).

b. Sumber Teori

Orem membantah bahwa teori tertentu memberikan dasar untuk Teori Keperawatan Defisit Perawatan Diri (SCDNT). Dia menyatakan minatnya untuk beberapa teori, meskipun dia merujuk hanya struktur Parsons aksi sosial dan teori system von Bertalanfy (Alligood, 2013; McEwen&Wills, 2010). Asumsi Mayor, Konsep dan Hubungan Orem menjelaskan bahwa grand teori keperawatan digambarkan menjadi tiga teori, yaitu:

Theory Of Nursing Systems adalah bahwa perawat sebagai produsen dan pemberi layanan kesehatan bagi seseorang yang membutuhkan layanan kesehatan. *Theory Of Self-Care Deficit* adalah dimana seseorang membutuhkan layanan kesehatan, namun dalam keterbatasan, baik keterbatasan fasilitas kesehatan maupun sarana untuk mencapainya. *Theory of self-care* adalah fungsi regulasi manusia dimana seseorang harus mempertahankan kehidupan dan kesehatannya. Ketiga teori tersebut saling berhubungan. Teori *self-care deficit* maknanya mengapa seseorang diuntungkan dengan adanya perawat. Teori *self-care* yang mnejadi dasar dari ketiganya yang menggambarkan tujuan, metode dan hasil daripada perawatan mandiri itu sendiri (Alligood, 2014).

c. Paradigma Keperawatan

1) Perawat

Pelayanan yang dengan sengaja dipilih atau kegiatan yang dilakukan untuk membantu individu, keluarga dan kelompok masyarakat dalam mempertahankan *self care* yang mencakup, integritas struktural, fungsi dan perkembangan

2) Individu

Individu atau kelompok tidak mampu secara terus menerus mempertahankan *self care* untuk hidup dan sehat, pemulihan dari sakit atau trauma atau koping dan efeknya.

3) Kesehatan

Kemampuan individu atau kelompok memenuhi tuntutan *self care* yang berperan untuk mempertahankan dan meningkatkan integritas struktural fungsi dan perkembangan.

4) Lingkungan

Tatanan dimana klien tidak dapat memenuhi kebutuhan *self care* dan perawat termasuk didalamnya tetapi tidak spesifik (Alligood, 2013; McEwen & Wills, 2011).

Kegunaan *Grand Theory*

Manfaat *grand theory* adalah :

1. Sebagai alternatif panduan untuk praktik selain tradisi/intuisi,
2. Kerangka kerja untuk pendidikan dengan mengusulkan fokus dan struktur kurikulum
3. Bantuan untuk profesional keperawatan dengan menyediakan dasar praktek

Perkembangan *Grand Theory*

1. Cakupannya luas dan kompleks.
2. Membutuhkan penelitian yang spesifik sebelum dapat sepenuhnya di ujicobakan.
3. Tidak memberikan panduan terhadap intervensi keperawatan yang spesifik, namun memberikan kerangka kerja struktural dan ide yang abstrak.

Daftar Pustaka

- Alligood, M.R. (2013). *Nursing Theorists and Their Work*: Elsevier Health Sciences. Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*: F. A. Davis Company.
- McEwen, M., & Wills, E.M. (2011). *Theoretical Basis for Nursing*: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- McEwen, M., & Wills, E.M. (2014). *Theoretical Basis for Nursing*: Lippincott Williams & Wilkins.

Profil Penulis



**Ns. Ketut Lisnawati, S.Kep., M.Kep.,
Sp.Kep.M.B**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2014 silam. Penulis menyelesaikan pendidikan di Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan Studi S1 di prodi ilmu keperawatan pada tahun 2013. Satu tahun kemudian, penulis menyelesaikan Profesi Ners di STIKes Wira Medika Bali. Penulis menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2017. Pendidikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia pada tahun 2018.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Medikal Bedah i dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi Bangsa dan Negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: lisnawatiketut88@gmail.com

KONSEP *MIDDLE-RANGE THEORY*

Ns. I Nyoman Asdiwinata, M.Kep
STIKes Wira Medika Bali

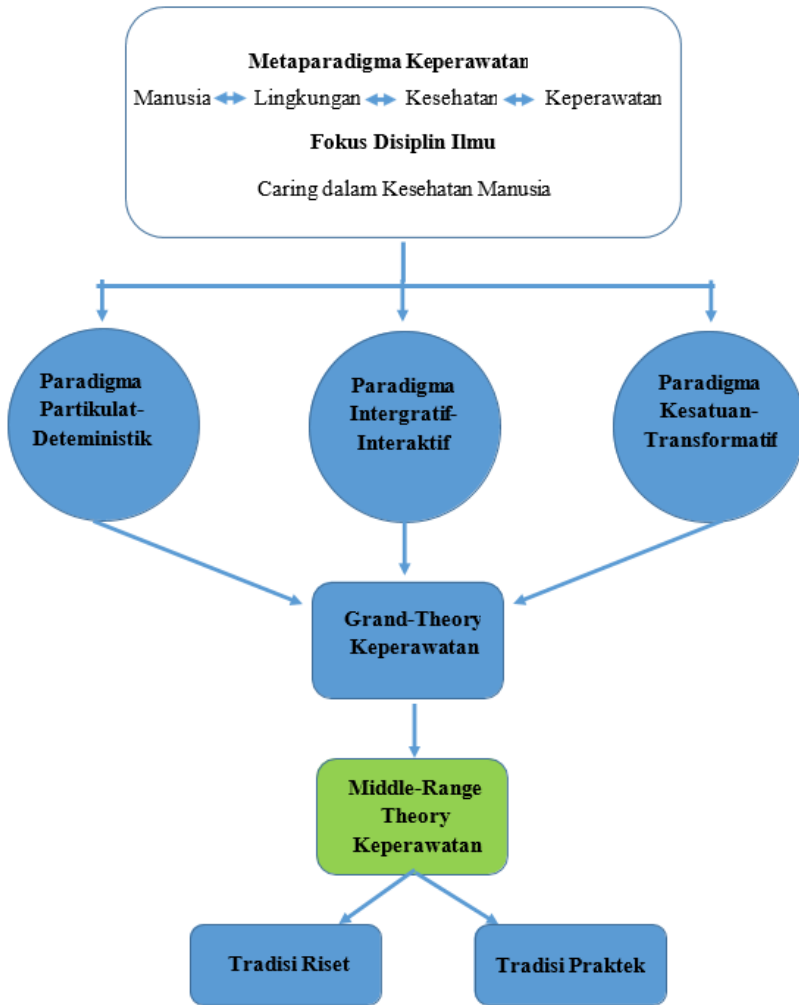
Pendahuluan

Setiap disiplin ilmu memiliki fokus yang unik dalam perkembangannya yang dapat dibedakan dari setiap cabang ilmu yang lain. Memahami struktur dari suatu disiplin ilmu akan sangat penting dalam pembelajaran teori dan pengembangan pengetahuan dari ilmu tersebut. Termasuk perkembangan dalam keilmuan keperawatan. Evolusi keilmuan dalam keperawatan didasari dari sebuah tradisi yang bergerak dari substansi lain menuju perkembangan ilmu yang didasari bukti. Sebagai disiplin ilmu profesional sangat penting untuk memahami asal mula sebuah teori tersebut terbentuk, sehingga akan memberikan panduan dalam pelaksanaan praktek profesional yang sesuai dengan konteksnya.

Keperawatan merupakan sebuah disiplin ilmu yang profesional. Konsep sentral yang ditawarkan dalam keperawatan meliputi manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan. Empat pilar inilah yang mendasari setiap teori yang tumbuh dan berkembang dalam keperawatan. Perkembangan teori keperawatan dapat dibagi berdasarkan levelnya yaitu *meta theory*, *grand theory*, *middle range theory*, dan *practice theory*.

Dalam bab ini kita akan membahas tentang *middle range theory*. Sebuah teori yang perkembangannya masih sangat baru dan cakupannya dapat digunakan sebagai dasar praktek ataupun penelitian.

Dilihat dari tingkatan filosofi struktur keilmuan keperawatan, *middle range theory* merupakan bagian dari struktur disiplin. Mereka membahas pengetahuan substantif disiplin dengan menjelaskan dan memperluas fenomena spesifik yang terkait dengan proses caring-penyembuhan. Setiap *middle range theory* memiliki landasannya dalam satu perspektif paradigmatik. Filosofi yang memandu pandangan abstrak tentang manusia, hubungan manusia-lingkungan, serta kesehatan dan kepedulian tercermin dalam setiap paradigma. Hal ini mempengaruhi makna teori kisaran menengah, dan untuk alasan ini, penting bahwa teori tersebut memiliki hubungan filosofis dengan paradigma yang diidentifikasi dengan jelas.



Gambar 1. Struktur Disiplin Ilmu Keperawatan

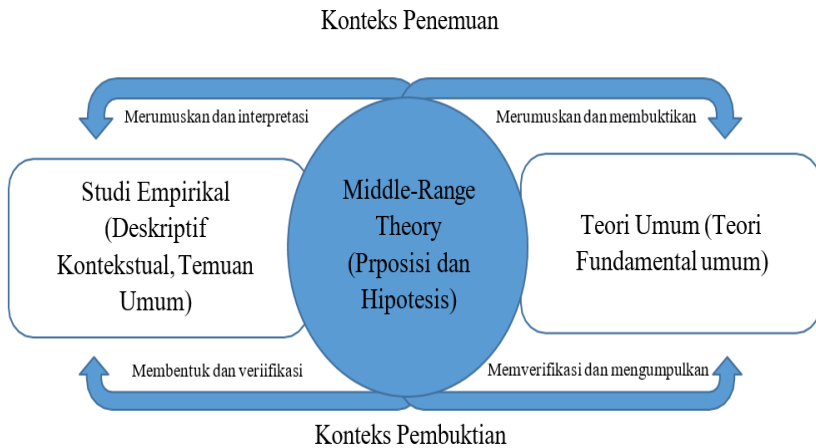
Pengertian *Middle-Range Theory*

Konsep *Middle-Range Theory* sebelum dibahas definisinya, perlu diketahui terlebih dahulu tentang paradigma keperawatan. Dalam keperawatan terdapat empat paradigma yang menjadi latar belakang berkembangnya setiap tingkatan teori dalam keperawatan.

Filosofi menjadi ilmu tertinggi dalam tingkatan pengetahuan dengan tingkatan abstraksi konsep dan pemikiran. Hal tersebut mewakili keyakinan dan asumsi yang diterima sebagai dasar dalam teori apapun. Ini juga yang mewakili keyakinan dalam keilmuan sebagai dasar untuk menemukan teori-teori dalam cakupan *middle-range theory*. Level filosofis meliputi asumsi, keyakinan, perspektif paradigmatis, dan sudut pandang. Penalaran melalui situasi keperawatan untuk praktik dan untuk penelitian didasarkan pada asumsi dan keyakinan yang diterima sebagai benar tentang apa yang merupakan realitas (Peterson and Bredow, 2013).

Middle-range theory atau dalam bab ini akan disingkat sebagai MRT merupakan sebuah cakupan baru dalam perkembangan teori keperawatan yang tidak hanya memiliki konsep abstrak namun juga mampu memberikan arahan lebih praktis pada konsep-konsep keperawatan. MRT dapat dikatakan sebagai cakupan teori-teori yang muncul sebagai upaya untuk menggabungkan antara hasil studi empiris atau studi praktis dengan teori utama (*grand theory*) yang abstrak dalam keperawatan (Smith and Liehr, 2018).

Beberapa ahli mengatakan bahwa MRT ini tidak dapat dipakai sebagai sebuah teori utuh karena masih memerlukan pembuktian-pembuktian melalui studi lebih lanjut. Namun, pada hakikatnya MRT ini diharapkan sebagai jembatan antara sebuah abstraksi teori besar dengan hasil penelitian atau kebiasaan yang telah mengakar lama dalam sebuah disiplin ilmu (Alligood, 2021).



Gambar 2. Keterkaitan antara Middle-Range Theory dan teori lainnya

Fokus disiplin ilmu keperawatan sejak berpuluh-puluh tahun menjadi perdebatan oleh para ahli. Para ahli pada akhirnya sepakat untuk bahwa disiplin ilmu keperawatan merupakan sebuah perspektif unik, melihat sebuah fenomena dengan cara yang berbeda dan pada akhirnya menemukan batas dan sifat dari keilmuannya.

Para ahli tersebut menetapkan tiga tema yang berkaitan dengan disiplin ilmu keperawatan, yaitu (Smith and Liehr, 2018):

1. Kepedulian terhadap prinsip dan hukum yang mengatur proses kehidupan, kesejahteraan, dan fungsi optimal manusia, sakit maupun sehat.
2. Kepedulian terhadap pola perilaku manusia dan interaksinya dengan lingkungan dalam situasi kehidupan yang kritis
3. Kepedulian dengan proses yang memengaruhi perubahan positif dalam status Kesehatan.

Ciri-Ciri *Middle-Range Theory*

Sebagai sebuah teori yang menjembatani antara konsep-konsep abstrak dan hasil empiris dari sebuah disiplin ilmu. MRT memberikan keleluasaan dalam pertumbuhan dan perkembangan teorinya. MRT lebih cepat tumbuh dan berkembang karena kedekatan antara aspek penting dalam paradigma keperawatan itu sendiri. Menurut (McKenna, 1997), dan (Meleis, 2007) disebutkan bahwa MRT memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Lebih cepat beradaptasi dengan situasi
2. Lebih sulit diaplikasikan
3. Pengukuran masih bias
4. Abstraksi teori masih tinggi
5. Preposisi dan konsep terukur
6. Inklusif
7. Variabel dan konsep lebih sedikit
8. Lebih mudah diuji
9. Korelasi lebih kuat dengan riset dan praktek
10. Lebih sering dikembangkan dengan cara deduktif, retroduktif melalui riset kualitatif.
11. Bagian abstrak lebih menarik dan mudah dipraktikkan
12. Berfokus pada aspek-aspek keperawatan
13. Memiliki dasar keilmuan yang kuat
14. Tumbuh dari hasil praktek yang sudah dijalankan lama.

Perawat dalam praktik dapat mengambil MRT dan mengembangkan pedoman praktik berdasarkan teori tersebut.

Sebagai contoh, perawat onkologi yang pandangan dunianya terletak dalam paradigma integratif-interaktif dapat mengembangkan protokol untuk merawat pasien yang menerima kemoterapi menggunakan *theory of unpleasant symptoms*. Penggunaan protokol ini dalam praktik akan memberi umpan balik ke MRT, memperluas bukti untuk praktik dan berkontribusi pada pengembangan teori yang sedang berlangsung. Penggunaan MRT untuk menyusun penelitian dan praktik membangun substansi, organisasi, dan integrasi disiplin.

Pertumbuhan disiplin keperawatan tergantung pada aplikasi pengetahuan keperawatan yang sistematis dan berkelanjutan dalam praktik dan penelitian. Beberapa teori besar telah ditambahkan ke disiplin sejak tahun 1980-an. Beberapa menyarankan bahwa tidak ada lagi kebutuhan untuk membedakan pengetahuan dan menetapkan batas-batas disiplin karena tim interdisipliner akan melakukan penelitian di sekitar masalah umum, menghilangkan dorongan untuk menetapkan batas-batas disiplin. Penekanan ini dapat memperkaya perspektif melalui kolaborasi interdisipliner, tetapi sangat penting untuk mendekati kolaborasi interdisipliner dengan pandangan yang jelas tentang pengetahuan keperawatan untuk memungkinkan penjalinan perspektif disiplin yang bermakna yang dapat menciptakan pemahaman baru (McKenna and Slevin, 2011).

Jenis Middle-Range Theory

Pada dasarnya peluang berkembangnya sebuah pemikiran untuk masuk sebagai MRT sangatlah luas sehingga cakupan teori-teori dalam MRT dapat dikatakan cukup banyak. Dalam bab ini akan dibahas 13 jenis teori yang masuk dalam kategori MRT.

Jenis teori ini dapat dijelaskan melalui tingkat abstraksi dan praktisnya (Smith and Liehr, 2018).

1. *Theory of Uncertainty in Illness and Conceptualized for both Acute and Chronic Illness*. Teori ketidakpastian ini sebenarnya mengalami perubahan. Teori aslinya berasal dari Teori Ketidakpastian yang dikemukakan oleh Merle Mishel. Teori sebelumnya mengatakan bahwa kondisi sakit berkaitan dengan penyakit akut. Teori ketidakpastian ini kemudian dikonsepsikan ulang oleh Clayton dan Mishel yang mengatakan bahwa ketidakpastian terjadi secara terus-menerus selama seseorang menderita penyakit kronis.

Konsep yang ditambahkan dalam teori rekonseptualisasi meliputi pengorganisasian diri dan pemikiran probabilistik. Pindah ke tingkat empiris dengan praktek menawarkan informasi dan penjelasan, menyediakan struktur dan ketertiban, dan berfokus pada pilihan dan alternatif. Instrumen telah dikembangkan yang berhubungan langsung dengan teori, ketidakpastian dalam skala penyakit.

2. *Theory of Meaning*

Teori ini didasari oleh hasil kerja Victor Frankl. Teori ini ditulis oleh Patricia Starck. Teori ini didasarkan pada paradigma kesatuan-transformatif. Diasumsikan bahwa melalui proses transformatif, orang menemukan makna. Ketika dihadapkan pada situasi tanpa harapan, makna dapat diwujudkan secara bebas dan bertanggung jawab setiap saat. Konsep pada tataran teoritis adalah tujuan hidup, kebebasan memilih, dan penderitaan. Pendekatan praktik pada tataran empiris meliputi derefleksi, intensi paradoksal, dan dialog Socrates.

Indikator empiris untuk penelitian adalah kuesioner, wawancara, dan pendekatan naratif lainnya.

3. *Theory of Bureaucratic Caring*

Teori ini dikembangkan oleh Marilyn Ray. *Caring* adalah humanistik, spiritual, dan etis; dan sistem birokrasi adalah politik, ekonomi, teknologi, hukum, dan sosial budaya. Penggabungan nilai *caring* dan birokrasi membedakan teori ini. Konsep mencakup dimensi sosial-budaya, hukum, teknologi, ekonomi, politik, pendidikan, dan fisik dari kepedulian spiritual-etika. Hal ini memungkinkan untuk kedua pendekatan kuantitatif dan kualitatif untuk penelitian.

4. *Theory of Self-Transcendence*

Teori ini dikembangkan dan disusun oleh Pamela Reed pada tahun 1986. Transendensi diri adalah proses kesatuan. Teori ini mengasumsikan bahwa orang-orang integral dan koekstensif dengan lingkungan mereka dan mampu memiliki kesadaran yang melampaui dimensi fisik dan temporal. Konsep pada tataran teoretis wacana meliputi kerentanan, transendensi-diri, dan kesejahteraan. Mengambil teori ke tingkat empiris dengan praktek mencakup perawatan spiritual integratif, dukungan sumber daya batin, dan perluasan batas intrapersonal, interpersonal, temporal, dan transpersonal.

5. *Symptom Management Theory*

Teori ini disusun oleh empat orang yang berasal dari San Fransisco, Amerika Serikat, yaitu Melinda Bender, Susan Janson, Linda Franck, dan Kathryn Adlrich Lee. Teori ini didasarkan pada asumsi paradigma interaktif-integratif, dimana orang mengelola gejala mereka dalam interaksi dengan lingkungan. Asumsi spesifik dari teori ini adalah bahwa: kesehatan dan penyakit mempengaruhi manajemen gejala, perbaikan gejala melampaui kesehatan pribadi, dan gejala bersifat subjektif dan dialami dalam kelompok.

Konsepnya adalah pengalaman gejala, strategi manajemen gejala, dan hasil status gejala. Pada tingkat empiris, penerapan praktik terjadi dengan komunikasi pasien-penyedia yang ditandai dengan pemahaman tentang pengalaman gejala dan penerapan strategi yang efektif.

6. *Theory of Unpleasant Symptoms*

Teori ini digagas oleh Elisabeth Lenz dan Linda Pugh. Teori ini didasarkan pada keyakinan dan asumsi yang terkait dengan paradigma interaktif-integratif. Keyakinan khusus dari teori ini adalah bahwa ada kesamaan di seluruh gejala yang berbeda yang dialami oleh orang-orang dalam situasi yang bervariasi, dan bahwa gejala adalah fenomena subjektif yang terjadi dalam konteks keluarga dan masyarakat. Konsep pada tataran teoritis meliputi gejala, faktor yang mempengaruhi, dan kinerja. Aplikasi praktik pada tingkat empiris meliputi penilaian gejala, manajemen gejala, dan intervensi bantuan. Pengukuran empiris dikumpulkan melalui skala dan pengamatan yang menangkap pengalaman gejala.

7. *Theory of Self-Efficacy*

Teori ini disusun oleh Barbara Resnick. Orang berubah dalam proses interaktif timbal balik ketika mereka menjalankan pengaruh atas apa yang mereka lakukan dan memutuskan bagaimana berperilaku. Konsep pada tingkat teoritis termasuk harapan efikasi diri dan hasil efikasi diri. Contoh penerapan praktik pada tingkat empiris termasuk belajar tentang olahraga, mengatasi sensasi yang tidak menyenangkan, dan memberi isyarat untuk berolahraga. Penelitian berdasarkan middle range theory ini menggunakan skala *self-efficacy*.

8. *Liehr and Smith's Story Theory*

Cerita adalah narasi yang terjadi dalam proses kesatuan perawat-orang. Asumsi-asumsi khusus dari teori ini adalah bahwa orang-orang berubah dalam hubungan timbal balik dengan dunia mereka saat mereka hidup di masa kini yang diperluas dan mengalami makna. Ada tiga konsep pada tingkat teoretis: dialog yang disengaja, menghubungkan dengan diri dalam hubungan, dan menciptakan kemudahan. Pada tingkat empiris, kisah kesehatan merupakan dasar bagi praktik dan penelitian. Contoh pendekatan empiris dalam praktiknya antara lain pembuatan jalur cerita dan silsilah keluarga.

9. *Theory of Transitions*

Teori ini dikemukakan oleh Eum-Ok Im. Teori ini sesuai dengan asumsi paradigma interaktif-integratif dan menggambarkan keadaan yang terkait dengan perubahan kesehatan/penyakit, situasi kehidupan, dan tahap perkembangan. Asumsi termasuk sentralitas transisi ke praktik keperawatan, hubungan timbal balik perawat/klien, dan kompleksitas pola dan proses transisi. Terapi keperawatan menggabungkan fase penilaian kesiapan, persiapan untuk transisi, dan suplementasi peran.

10. *Theory of Self-Reliance*

Teori ini dikembangkan oleh John Lowe. Teori ini sesuai dengan paradigma kesatuan- transformatif dan berakar pada nilai-nilai penulis yang merupakan penduduk asli Amerika Cherokee. Asumsi khusus untuk teori ini adalah nilai menjadi jujur pada diri sendiri dan terhubung dengan orang lain. Konsep teorinya adalah bertanggung jawab, disiplin, dan percaya diri.

Teori ini mengartikulasikan proses untuk mempromosikan kesejahteraan dengan memperhatikan apresiasi budaya seseorang. *The Talking Circle* menawarkan pendekatan praktik keperawatan dengan menghormati proses kehidupan dan pertumbuhan.

11. *Theory of Cultural Marginality*

Teori ini dikembangkan oleh Heeseung Choi. Teori ini tertanam dalam paradigma interaktif-integratif dan menggambarkan pengalaman orang-orang yang terjebak di antara dua budaya. Konsep khusus untuk teori ini termasuk kehidupan marginal, pengenalan konflik lintas budaya, dan meredakan ketegangan budaya. Contoh penerapan praktik termasuk mempromosikan keterlibatan orang tua-anak melalui pemahaman lintas budaya dan peka terhadap perjuangan imigrasi.

12. *Theory of Moral Reckoning*

Teori ini dikemukakan oleh Alvita Nathaniel. Teori ini didasarkan pada paradigma interaktif-integratif. Menurut teori ini orang terlibat dalam proses sosial berunding ketika dihadapkan dengan dilema moral. Asumsi yang mendukung teori tersebut termasuk menghadapi dilema moral di mana tidak ada satu pilihan yang benar atau salah dan mengalami ikatan situasional yang melekat pada diri manusia. Konsep dalam teori adalah kemudahan, ikatan situasional, resolusi, dan refleksi. Praktik berdasarkan teori termasuk memberikan diskusi terstruktur dengan perawat tentang ikatan situasional dan pengenalan perhitungan moral dalam kursus pendidikan keperawatan. Penelitian yang dipandu oleh teori ini mencakup studi tentang perhitungan moral dengan profesional lain.

Karena perhitungan moral adalah pengalaman manusia yang semakin umum di hari ini dan usia, itu memerlukan pertimbangan untuk membimbing praktik keperawatan dan menyusun studi untuk orang-orang yang terikat moral.

13. *Theory of Self-Care of Chronic Illness*

Teori ini disusun oleh Barbara Riegel, Tiny Jaarsma, dan Anna Stromberg. Teori ini selaras dengan paradigma interaktif-integratif. Asumsi sesuai dengan pandangan holistik, dan perspektif unik yang diperlukan untuk berbagai kondisi kronis dengan pemahaman bahwa perilaku perawatan diri yang serupa terjadi di berbagai penyakit kronis. Konsep perawatan diri pemantauan, pemeliharaan, dan manajemen. Praktek termasuk menerapkan pendekatan perawatan diri dengan orang-orang yang mengalami beberapa kondisi kronis.

Kegunaan *Middle-Range Theory*

Diawal bab ini telah disebutkan bahwa MRT dapat digunakan sebagai jembatan antara *Grand Theory* dan praktek ataupun riset yang ada kaitannya dengan keperawatan. Perkembangannya sendiri merupakan sebuah kesatuan yang tidak bisa dipisahkan dengan paradigma keperawatan yang ada. Setiap teori yang ada dalam MRT mencakup paradigma partikulat-deterministik, interaktif-integratif dan unitary-transformatif (Smith, 2019). Masing-masing teori yang masuk dalam cakupam MRT berupaya untuk menjembatani praktek maupun riset dengan panduan-panduan yang didasari pada bukti empiris yang nyata dan penyusunan instrument penelitian yang keterikatannya sangat beragam.

Sebagai contoh pada teori *unpleasant symptom*, dasar teori tersebut sangat membantu perawat untuk memahami dengan baik kondisi fisiologis maupun psikologis dari pasien yang mengalami kondisi sakit dengan pendekatan sistematis. Pada level penelitian juga menggunakan penilaian dengan skala yang tersusun dengan baik.

MRT memiliki beberapa kekurangan yang tidak dimiliki seperti *grand theory*. Level abstraksi dari cakupan teori yang ada belum mampu mengakomodir semua kebutuhan manusia. Namun, karena keperawatan adalah disiplin profesional, semua teori di dalamnya harus dievaluasi dari perspektif yang mempertimbangkan elemen penting dari disiplin ilmu keperawatan. Praktisi dan profesional yang menggunakan teori dari MRT ini memiliki peran yang sangat banyak. Secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa *middle-range theory* ini sangat berguna untuk memperjelas kembali kebutuhan inti dalam teori keperawatan dengan praktek keperawatan. Hal ini akan memberikan interaksi timbal balik antara perawat praktisi dengan perawat pendidik untuk semakin mengembangkan disiplin ilmu keperawatan (George, 2011).

Perkembangan *Middle-Range Theory*

MRT sebagai sebuah cakupan teori akan terus berkembang seiring dengan perkembangan kehidupan manusia karena hal tersebut merupakan inti dari disiplin keperawatan. Saat pertama kali dikembangkan tahun 1999, para penulis dan peneliti sampai saat terus mengembangkan teori dan cakupan sesuai dengan keterlibatan manusia didalamnya. Para praktisi dan peneliti juga semakin bertambah sensitivitasnya dalam melakukan kegiatan akibat dorongan kebutuhan dan perkembangan ilmu dan teknologi.

Banyak pemikiran tentang MRT telah dilakukan dalam dekade terakhir; dan meskipun simpul dan kekusutan telah tercipta di sepanjang jalan, kita harus ingat bahwa penciptaan teori itu adalah usaha kreatif manusia yang paling baik digambarkan sebagai pekerjaan yang sedang berjalan. Ketidakteraturan diharapkan dapat diselesaikan dengan ketekunan dan perhatian yang cermat dalam membuat dan menggabungkan serat. Tantangannya adalah untuk memajukan teori keperawatan dengan melakukan penelitian dan praktik dalam penciptaan MRT yang kongruen dengan konteks historis saat ini. Gerakan maju inilah yang akan memberikan substansi dan arah pada disiplin. MRT akan menciptakan tatanan disiplin milenium baru ketika ahli teori perawat memutar dan memelintir serat dari masa lalu-sekarang ke masa depan.

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2021) *Nursing Theorists and Their Work*. Edited by M. R. Alligood. United Kingdom: Alligood, Martha Raile.
- George, J. B. (2011) *Nursing Theories The Base for Professional Nursing Practice*. Edited by J. B. George. Pennsylvania State University: Pearson Education.
- McKenna, H. P. (1997) *Nursing Theories and Models*. Britania Raya: Routledge.
- McKenna, H. and Slevin, O. (2011) *Vital Notes for Nurses: Nursing Models, Theories and Practice*. 1st edn. Germany: Wiley.
- Meleis, A. I. (2007) *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Britania Raya: Lippincott Williams & Wilkins.
- Peterson, S. J. and Bredow, T. S. (2013) *Middle Range Theories*. 3rd edn. Edited by J. Clay. China: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, M. C. (2019) *Nursing Theories and Nursing Practice*. Edited by M. C. Smith. United Kingdom: F. A Davis.
- Smith, M. J. and Liehr, P. R. (2018) *Middle Range Theory for Nursing*. 4th edn. Edited by M. J. Smith and P. R. Liehr. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.

Profil Penulis



Ns. I Nyoman Asdiwinata, M.Kep

Adalah seorang dosen dan peneliti bidang keperawatan yang berfokus pada bencana dan gawat darurat. Asdiwinata menyelesaikan pendidikan magisternya di Universitas Padjadjaran. Asdiwinata beberapa kali telah menerima beasiswa penelitian dan hibah Penelitian Dasar. Saat ini Asdiwinata bertugas di STIKes Wira Medika Bali sebagai dosen tetap untuk mata kuliah keperawatan kritis dan bencana. Selain itu, Asdiwinata juga sangat aktif terlibat dalam kegiatan kebencanaan dan organisasi perhimpunan perawat gawat darurat dan bencana Indonesia (HIPGABI) Provinsi Bali sebagai Ketua Bidang Pelayanan.

Email Penulis: asdiwinata@stikeswiramedika.ac.id

KONSEP *PRACTICE THEORY*

Ns. Ni Luh Putu Dewi Puspawati, S.Kep., M.Kep.
STIKes Wira Medika Bali

Pengertian *Practice Theory*

Tingkatan teori yang berikutnya dibahas adalah *practice theory*. *Practice theory* dapat diturunkan dari *middle range theory* yang dihasilkan melalui riset atau uji empiris (Peterson 2009 dalam (Butts, 2018)). Banyak ahli memberikan istilah berbeda-beda dengan definisi yang hampir mirip dan mengerucut ke karakter spesifik dan bersifat praktis. *Practice theory* pertama kali dikemukakan oleh Wald & Leonard (1964). Wald & Leonard (1964) menyebutkan fokus dari teori ini adalah *problem solving* atau pemecahan masalah (Risjord, 2010). Ide ini dilanjutkan oleh Dickoff and James (1968). Dickoff and James menyatakan pendapat mereka bahwa kategori *practice theory* dicetuskan untuk kepentingan praktik keperawatan. Mereka mengkategorikan *practice theory* sebagai teori yang menggabungkan tujuan praktik, bersifat preskriptif, dan dihasilkan dari situasi spesifik. Teori ini memiliki ruang lingkup yang lebih sempit karena berlaku untuk populasi khusus atau kondisi khusus yang diharapkan sesuai bidang keahlian atau praktik keperawatan tertentu (Butts, 2018).

Istilah lainnya dari *practice theory* adalah *micro theory* dan *situation-specific theory* (Peterson 2009 (Butts, 2018)).

Chinn dan Kramer (1995) menyebutnya dengan *micro-theory* atau *narrow-range theory* karena ruang lingkungannya yang sempit berfokus pada fenomena keperawatan spesifik. Ahli lainnya yaitu Walker dan Avant (2010) dalam Smith (2018) menyebutkan bahwa *practice theory* adalah tingkatan teori yang paling spesifik dan dapat langsung menjadi pedoman untuk praktik keperawatan. Hal ini senada dengan *situation-specific theory* yang didefinisikan oleh Meleis and Im sebagai teori yang berfokus pada fenomena keperawatan yang spesifik, menggambarkan praktik klinis, dan terbatas pada populasi tertentu atau praktik keperawatan tertentu (Im & Meleis, 2021). Gambaran praktis klinis terlihat pada sumber utama dari *practice theory* yaitu aktivitas dan pengalaman perawat sehari-hari (Parker & Smith, 2010).

Dari uraian di atas maka dapat disimpulkan bahwa *practice theory* adalah teori keperawatan yang paling konkrit, berfokus pada fenomena keperawatan spesifik, menggambarkan praktik klinis terbatas pada populasi tertentu sehingga lebih mudah diterapkan pada praktik keperawatan.

Ciri-Ciri *Practice Theory*

Ciri-ciri *practice theory* jika dibandingkan dengan *grand theory* dan *middle-range theory* menurut Im & Meleis (2021) adalah sebagai berikut:

1. Tingkat abstraksi yang lebih rendah

Practice theory jauh lebih rendah keabstrakannya jika dibandingkan dengan *middle-range theory*, namun *practice theory* lebih abstrak daripada kerangka kerja atau pengalaman individu dari seorang perawat. Teori ini dikembangkan untuk menjawab serangkaian pertanyaan berfokus pada fenomena khusus dalam ruang lingkup terbatas.

Misalnya, teori yang khusus mendeskripsikan, menjelaskan, menafsirkan, dan memahami transisi masapopause pada wanita imigran Korea. Teori ini berdasarkan penelitian *cross-sectional*, kebijakan peneliti, pengalaman dengan populasi, hingga peneliti bisa menyusun konsep teori. Teori ini hanya terbatas pada fenomena keperawatan mengenai pengalamanopause pada populasi imigran Korea.

2. Fenomena keperawatan spesifik,

Practice theory berfokus pada fenomena yang spesifik dan relevan dengan praktik klinis. Teori ini menggambarkan bidang keahlian atau praktik keperawatan tertentu. Pengembangan teori ini terbatas pada pengembangan pemahaman tentang populasi tertentu serta menyediakan kerangka kerja atau rencana untuk intervensi keperawatan pada populasi tertentu. Sebagai contoh dari sifat spesifik adalah teori *self-help* dari Braden. Teori ini dikembangkan dari teori *learned helplessness* (ketidakberdayaan yang dipelajari) oleh Seligman, *theory of information seeking behavior* dari Miller and Mangon serta dari teori lainnya. Braden mengusulkan teori untuk menjelaskan respon atau perilaku yang dipelajari dari pengalaman pasien menderita rheumatoid arthritis di komunitas di negara barat. Model teori ini khusus menggambarkan pengalaman pasien dengan rheumatoid arthritis. Teori ini dapat menambah pengetahuan yang lebih lengkap tentang bagaimana pasien belajar untuk hidup dengan penyakit kronis. Selanjutnya teori ini dapat dijadikan pedoman dalam praktek klinis.

3. Sesuai dengan konteks situasi

Practice theory dapat dimasukkan ke konteks sosial, budaya, dan konteks sejarah namun terbatas dengan situasi tertentu dan/atau populasi tertentu. Sebagai contoh misalnya teori Hallet al. (1992). Teori ini menggambarkan dan menjelaskan sifat

karyawan wanita dalam berrespons menghadapi peran ganda yang harus mereka jalani. Teori ini berfokus pada bagaimana perempuan pegawai administrasi di Amerika Serikat menjalani peran ganda mereka setiap hari selain berhadapan dengan masalah ekonomi, kesehatan, kehidupan sosial serta tuntutan lainnya dari budaya mereka.

4. Mudah dikaitkan dengan penelitian dan praktik keperawatan

Practice theory memperlihatkan hubungan yang lebih nyata antara penelitian, teori, dan praktik. *Practice theory* dibentuk berdasarkan integrasi hasil penelitian dan contoh-contoh praktik klinis. *Practice theory* memberikan rancangan atau kerangka kerja yang lebih bersifat operasional untuk praktik keperawatan. Teori ini bersifat lebih praktis sehingga lebih siap untuk diterapkan dalam situasi klinis untuk populasi tertentu.

5. Refleksi keberagaman fenomena dalam keperawatan

Fenomena dalam keperawatan sangat beragam. Keberagaman tidak hanya dalam budaya tetapi juga dalam jenis kelamin, latar belakang pendidikan, agama, orientasi seksual dan sebagainya. Keberagaman tersebut semakin berkembang sejalan dengan peningkatan kompleksitas permasalahan kesehatan yang dihadapi manusia. Masing-masing *practice theory* yang berkembang mengkhususkan diri pada fenomena keperawatan yang spesifik.

Kondisi ini akan menyebabkan banyak tercipta *practice theory* dengan ruang lingkup yang berbeda-beda. Hal ini menandakan keberagaman fenomena dalam keperawatan karena karakter manusia yang unik.

6. Pembatasan generalisasi.

Kekhususan fenomena yang menjadi fokus utama dari masing-masing *practice theory* menyebabkan generalisasi tidak mudah untuk dilakukan. Sebagai contoh adalah teori *self-help* dari Braden yang khusus menggambarkan pengalaman pasien dengan rheumatoid arthritis dan mungkin tidak bisa mencerminkan pengalaman pasien dengan kondisi kronis lainnya. Sehingga teori ini hanya bisa diterapkan pada perawatan pasien dengan rheumatoid arthritis saja dan belum bisa diterapkan pada pasien kronis lainnya (Im & Meleis, 2021).

Perbandingan ciri- ciri sifat *grand theory*, *middle-range theory*, dan *practice theory* menurut Im & Meleis (2021) dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel. 7.1

Perbandingan Ciri - Ciri Teori Keperawatan

Ciri-ciri	<i>Grand theory</i>	<i>Middle-range theory</i>	<i>Practice theory</i>
Tingkat keabstrakan	Tinggi	Sedang	Rendah
Ruang lingkup	Luas serta menunjukkan sifat, misi dan tujuan keperawatan	Fenomena atau konsep spesifik yang mencakup berbagai bidang ilmu dan keahlian dalam keperawatan	Fenomena keperawatan yang spesifik terbatas pada populasi tertentu atau ke bidang keahlian tertentu
Kesesuaian dengan konteks/situasi	Rendah	Sedang	Tinggi
Keterkaitan dengan penelitian dan praktik keperawatan	Ruang lingkup yang sangat luas sehingga perlu analisa mendalam untuk mengaitkan dengan penelitian dan praktik keperawatan	Ruang lingkup yang lebih terbatas dibandingkan dengan <i>grand theory</i> lebih memungkinkan teori ini untuk dikaitkan dengan penelitian dan praktik keperawatan setelah melalui analisis keterkaitan situasi	Mudah dikaitkan dengan penelitian dan praktik keperawatan. Hubungannya sangat jelas sehingga dapat langsung diterapkan untuk praktek klinis

Keberagaman, generalisasi dan atau universalisasi	Mudah digeneralisasikan karena bersifat universal namun cenderung mengabaikan keberagaman fenomena	Melingkupi bidang keahlian keperawatan berbeda dan mencerminkan asuhan keperawatan pada berbagai situasi, tapi jarang memperhatikan keragaman di dalamnya	Sangat memperhatikan keragaman dalam fenomena keperawatan, tapi mengabaikan universalisasi dan membatasi generalisasi
Contoh teori	Teori pencapaian tujuan dari King (<i>King's Theory of Goal Attainment</i>)	Teori kenyamanan (<i>Theory of comfort</i>) dari Kolcaba	Teori transisi menopause wanita imigran Korea berpenghasilan rendah (<i>Theory of low-income Korean immigrant women's menopausal transition</i>) dari Im dan Meleis

Ilustrasi perbandingan tingkatan abstraksi teori keperawatan dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 7.1 Tingkatan abstraksi teori keperawatan

Jenis *Practice Theory*

Jenis *practice theory* diklasifikasikan oleh (Kim, 1994) yaitu sebagai berikut :

1. Teori intervensi

Jenis ini dengan fokus pada masalah klien yang didasarkan pada filosofi terapi bersifat preskriptif. Contoh teori ini adalah *Exercise as Self-care* dari Sherri L. Ulbrich (Ulbrich, 1993)

2. Teori pendekatan

Teori ini berfokus pada klien sebagai manusia dengan kepribadian yang unik, berdasarkan filosofi perawatan, dapat bersifat deskriptif/jelas atau preskriptif. Contoh dari Teori ini adalah *Korean immigrant women's menopausal transition* dari Im dan Meleis (1999) dalam (Im & Meleis, 2021).

3. Teori Deliberasi

Teori yang berfokus untuk mempersiapkan perawat untuk terlibat dalam perawatan pasien. Contoh dari teori ini adalah *decision-making theories*, *problem solving theories*, dan *theory of pattern-recognition*. Teori lainnya seperti *clinical reasoning in nursing practice* oleh Tanner(1986) juga termasuk *practice theory* yang termasuk fase deliberasi (Kim, 1994).

4. Teori Enactment

Teori ini berfokus pada dampak dari asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan. Contoh dari teori ini adalah teori dari Argyris, Putnam, and Smith (1985) yaitu *normative form of action science theory* yang berfokus pada hal-hal yang mempengaruhi kualitas pelayanan (Kim, 1994).

Secara ringkas gambaran tipe dan dimensi dari *Practice theory* digambarkan pada tabel berikut.

Tabel 7.2 Tipe dan dimensi dari *Practice theory*

Dimension	Focus	Tipe <i>Practice Theory</i>
Target (Pasien)	Masalah	Teori intervensi
	Pasien	Teori pendekatan
Agen (Perawat)	Deliberasi	Teori Deliberasi
	Enactment	Teori Enactment

Pada tabel di atas *Practice Theory* dapat dibagi menjadi 4 tipe dengan fokus yang berbeda sesuai target sasaran masing-masing. Teori intervensi dan pendekatan berfokus pada masalah dan sifat individu dari pasien itu sendiri.

Tipe teori deliberasi dan enactment berfokus pada agen yaitu perawat yang akan memberikan asuhan keperawatan serta mengevaluasi dampak perawatan (Kim, 1994).

Kegunaan *Practice Theory*

Practice theory menggambarkan situasi dunia keperawatan lebih jelas dibandingkan dengan *grand theory* dan *middle-range theory* karena *practice theory* juga merupakan hasil refleksi dari pengalaman dan atau penelitian keperawatan sebelumnya (McKenna, 1997). Pernyataan ini menunjukkan manfaat operasional dari *practice theory*. Penjelasan mengenai kegunaan atau manfaat dari *practice theory* dapat ditinjau dari pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan dengan penjelasan sebagai berikut:

1. Pelayanan Keperawatan

Practice theory berkaitan erat dengan praktik pelayanan keperawatan. Conant (1967) dalam (Risjord, 2010) menyebutkan bahwa *practice theory* berfungsi untuk menggambarkan, memprediksi dan menentukan tindakan perawat dalam fenomena keperawatan. *Practice theory* memberikan panduan secara lugas berorientasi klinis untuk tindakan keperawatan sehingga kriteria hasil yang diinginkan dapat dicapai. Misalnya, *practice theory* yang berkaitan dengan miring kiri dan kanan tiap dua jam untuk pencegahan decubitus dapat diterapkan di seluruh dunia. Contoh berikutnya adalah *practice theory* pemberian informasi pra-operasi. Pemberian informasi ini dapat memberikan hasil positif dalam hal pemulihan pasca-operasi (McKenna, 1997).

Pendapat berikutnya dari Herber et al., (2019) menyebutkan bahwa *practice theory* membantu perawat untuk menafsirkan situasi, menentukan keputusan atau membuat asumsi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan. Teori ini memberikan kerangka kerja yang berguna bagi perawat untuk mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan dengan lebih sistematis dan komprehensif. Sebagai contoh *Theory of Barriers and Facilitators for Self-Care* pada pasien gagal jantung dari Herber et al., (2019) menyebutkan bahwa perilaku perawatan diri adalah hasil dari proses pengambilan keputusan alamiah dari pasien. Proses ini dipengaruhi oleh dua konsep kunci yaitu *self efficacy* dan konsep penyakit pasien gagal jantung. Faktor pendukung dan penghambat lain telah diidentifikasi mempengaruhi dua konsep kunci tersebut serta proses pengambilan keputusan (Herber et al.,2019).

Contoh aplikasi kegunaan *practice theory* adalah sebagai berikut:

Seorang perempuan 69 tahun, menderita ca laring dan sudah dilakukan laringektomi 4 hari yang lalu. Pasien terpasang trakeostomi, terdapat secret pada trakeostomi, luka post op bersih tidak tampak tanda-tanda infeksi. Pasien direncanakan akan menjalani kemoterapi, namun masih lemah dan kesulitan berbicara.

Pada situasi di atas perawat akan melakukan pengkajian, mengidentifikasi masalah pasien dan melakukan intervensi hingga evaluasi. Selama perawatan, perawat akan berkomunikasi, melakukan tindakan sesuai prosedur dan modifikasi tindakan sesuai kebutuhan pasien. Manfaat *practice theory* dalam situasi di atas meliputi:

- a. *Practice theory* memberikan penjelasan tentang masalah pasien, seperti: teori penyembuhan, patensi jalan napas, kelelahan, dan bicara serta teori lainnya tentang terapi untuk masalah ini, seperti teori *suctioning*, perawatan luka, istirahat, dan belajar.
- b. *Practice theory* memberikan perawat ide tentang bagaimana pendekatan kepada pasien, seperti teori caring, pemberdayaan, dan komunikasi.
- c. *Practice theory* memberikan penjelasan dan ide tentang bagaimana perawat membuat keputusan, tentang tindakan keperawatan apa yang sesuai dengan kasus pasien, seperti teori inferensi klinis dan pengambilan keputusan klinis
- d. *Practice theory* memberikan penjelasan tentang apa yang terjadi dalam pemberian tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Kim, 1994).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa *practice theory* berfungsi sebagai panduan dalam praktik keperawatan spesifik sesuai dengan situasi pasien. *Practice theory* ini juga bermanfaat untuk membentuk lingkungan perawatan yang mendukung proses penyembuhan dan peningkatan status kesehatan sekaligus memperkuat model asuhan keperawatan saat ini dan masa depan (Bender & Feldman, 2015).

2. Pendidikan

Teori dan praktik merupakan komponen penting dari pendidikan keperawatan. Pengetahuan teoritis keperawatan mendasari praktik dan lingkungan praktik menentukan keadaan dimana dan bagaimana pengetahuan teoritis diterapkan.

Keperawatan adalah ilmu terapan berdasarkan oleh teori berbasis bukti. Namun, tantangan terbesar yang dihadapi keperawatan sebagai bidang pendidikan adalah kesenjangan antara teori dan praktik yang merupakan isu mendunia dalam bidang keperawatan (Salah dalam (Saifan et al., 2021)). Isu ini dapat diatasi dengan lebih mengoperasionalkan teori-teori dalam keperawatan agar tidak jauh berbeda dengan kenyataan di lahan praktik. Adanya *practice theory* yang lebih spesifik dan lebih aplikatif penerapannya di pelayanan keperawatan diharapkan mampu mengatasi isutersebut.

Teori dan praktek dalam *practice theory* terjalin erat karena teori ini merumuskan pengetahuan yang didapatkan dari pelatihan atau pengalaman, serta mencerminkan hubungan antara pengetahuan dan praktik keperawatan. *Practice theory* mengembangkan proses pembelajaran yang menginspirasi dan menggambarkan praktik keperawatan (Scheel et al., 2008). Penelitian menyebutkan bahwa teori keperawatan sangat penting untuk dipelajari di dalam pendidikan keperawatan. Teori keperawatan dinyatakan telah memberikan kontribusi besar dengan menjadi referensi pengambilan keputusan klinis. Selain itu pendidikan tentang teori keperawatan dapat membentuk sikap mahasiswa keperawatan yang lebih positif dibandingkan yang tidak mendapatkan pendidikan tentang teori keperawatan. Teori keperawatan ini juga diyakini dapat meningkatkan kualitas pelayanan dari lulusan perawat tersebut (McKenna, 1997). Oleh karena *practice theory* sangat penting untuk dimasukkan dalam kurikulum pendidikan keperawatan karena sangat bermanfaat dalam pencapaian kompetensi lulusan perawat.

3. Penelitian Keperawatan

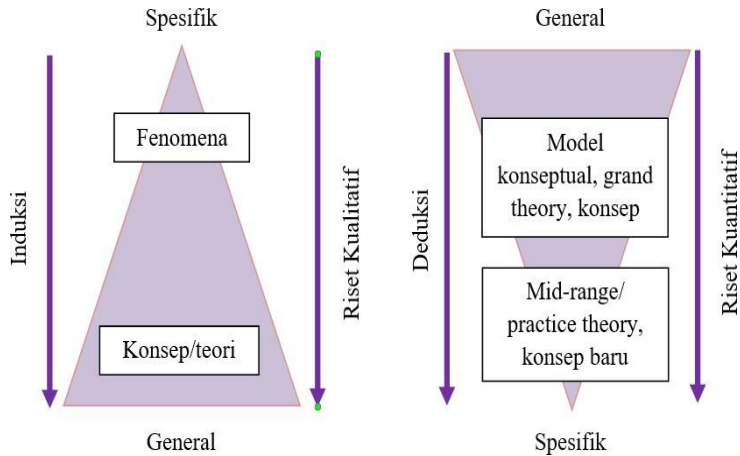
Penelitian dalam keperawatan menurut *National Institute of Nursing Research* (2013) termasuk penelitian dasar dan klinis tentang kesehatan dan penyakit di seluruh rentang kehidupan yang bertujuan untuk membangun dasar ilmiah untuk praktik klinis, mencegah penyakit dan kecacatan, mengelola dan menghilangkan gejala yang disebabkan oleh penyakit, serta meningkatkan kualitas perawatan paliatif dan akhir kehidupan yang damai (Fitzpatrick, 2014). Teori keperawatan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian keperawatan (Girod dalam (McKenna, 1997). Ketika peneliti menggunakan teori keperawatan dalam penelitian dan publikasi maka penelitian tersebut akan memberikan manfaat pada praktik keperawatan sekaligus menambah khasanah ilmu pengetahuan keperawatan. Selain itu, dengan menggunakan teori keperawatan, peneliti akan mendapatkan kesimpulan yang bisa mendukung teori tersebut atau bahkan bertentangan dengan teori tersebut sehingga bisa merekomendasikan revisi pada teori tersebut (Lor et al., 2017).

Practice theory merupakan teori yang sangat praktis dan lebih operasional untuk digunakan sebagai panduan dalam penelitian dibandingkan dengan tingkatan teori lainnya. Fenomena keseharian dalam praktik keperawatan menjadi fokus utama sekaligus menjadi sumber utama pengembangan *practice theory*. Penelitian yang menggunakan *practice theory* sebagai kerangka kerja penelitian akan sekaligus menambah bukti tentang manfaat teori dalam praktik keperawatan.

Perkembangan *Practice Theory*

Teori keperawatan termasuk *practice theory/situation specific theories* akan berkembang mengikuti perkembangan jaman dan isu-isu global terkait kebutuhan manusia saat itu. Meleis dalam publikasinya yang berjudul *Directions for Nursing Theory Development in the 21st Century* menyebutkan bahwa pengembangan teori keperawatan akan didorong oleh kebutuhan populasi di masa datang. Sumber teori masa depan adalah praktik, teori dan penelitian (Meleis, 1992).

Pengembangan *practice theory* bisa secara induksi, deduksi atau penggabungan induksi dan deduksi yang disebut sebagai retroduksi. Contoh teori dari Boore (1978) yang menggunakan desain eksperimen untuk menguji teori bahwa memberikan informasi pra operasi kepada pasien akan mengurangi tingkat stres pasca operasi. Karena teori ini merupakan *practice theory* yang diuji dan diterapkan, maka metode yang digunakan adalah deduksi. Namun, hasil penelitian ini mengarah pada hal baru tentang bagaimana persiapan operasi dan pengembangan *practice theory* untuk persiapan pra operasi. Boore disini juga menggunakan induksi dimana pengalaman dalam penelitian mengarah pada pengembangan teori baru yang lebih spesifik secara klinis (McKenna et al., 2014). Oleh karena itu pengembangan teori ini disebut secara retroduksi. Gambaran pengembangan *practice theory* dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 2. Pengembangan *Practice Theory*

Sumber : McKenna et al., (2014).

Practice theory dapat dikembangkan dari tingkatan teori di atasnya seperti *middle-range theory* dan *grand theories*. Sebagai contoh *practice theory of exercise* untuk pasien cardiovascular disease (CVD) dikembangkan dari teori *Orem's self-care deficit theory of nursing* (Ulbrich, 1993). Contoh lainnya yaitu teori panduan intervensi untuk pasien gagal jantung oleh Davidson, et.al tahun 2007, teori pengalaman nyeri pada pasien kanker Asian American oleh Im tahun 2008 dan lain-lain (Im, 2021).

Practice theory selain dikembangkan dari tingkatan teori di atasnya, juga dapat berkembang menjadi teori yang tinggi tingkatannya seperti *middle-range theory*. Sebagai contoh Teori Beck untuk depresi postpartum awalnya digolongkan menjadi *practice theory* namun pada tahun 2005 digolongkan sebagai *middle-range theory* oleh Lasiuk & Ferguson, (2005). Perubahan ini disebabkan karena generalisasinya bisa lebih luas dan melingkupi lebih dari satu bidang praktik keperawatan. Perubahan ini merupakan dampak dari perkembangan teori yang didukung oleh penelitian-penelitian keperawatan yang dapat dikembangkan secara induksi, deduksi dan retroduksi.

Daftar Pustaka

- Bender, M., & Feldman, M. S. (2015). A Practice Theory Approach to Understanding the Interdependency of Nursing Practice and the Environment: Implications for Nurse-Led Care Delivery Models. *Advances in Nursing Science*, 38(2), 96–109. <https://doi.org/DOI:10.1097/ANS.0000000000000068>
- Butts, J. B. (2018). Components and Levels of abstraction in Nursing Knowledge. In J. B. Butts & K. L. Rich (Eds.), *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice* (3rd ed., pp. 91–112). Jones and Bartlett Learning, LLC.
- Fitzpatrick, J. J. (2014). The Discipline of Nursing. In J. J. Fitzpatrick & G. McCarthy (Eds.), *Theories guiding nursing research and practice: making nursing knowledge development explicit* (p. 1). Springer Publishing Company, LLC.
- Herber, O. R., Kastaun, S., Wilm, S., & Barroso, J. (2019). From Qualitative Meta-Summary to Qualitative Meta-Synthesis: Introducing a New Situation-Specific Theory of Barriers and Facilitators for Self-Care in Patients With Heart Failure. *Qualitative Health Research*, 29(1), 96–106. <https://doi.org/10.1177/1049732318800290>
- Im, E.-O. (2021). For Future Development of Situation-Specific Theories. In E.-O. Im & A. I. Meleis (Eds.), *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing* (1st ed., pp. 339–350). Springer US.

- Im, E.-O., & Meleis, A. I. (2021). Situation-Specific Theories: Philosophical Roots, Properties, and Approach. In E.-O. Im & A. I. Meleis (Eds.), *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing* (1st ed., pp. 13–28). Springer.
- Kim, H. S. (1994). Practice theories in nursing and a science of nursing practice. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 8(2).
- Lasiuk, G., & Ferguson, L. (2005). From practice to midrange theory and back again: Beck's theory of postpartum depression. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 127–136.
- Lor, M., Backonja, U., & Lauver, D. R. (2017). How could nurse researchers apply theory to generate knowledge more efficiently? *J Nurs Scholarsh.*, 49(5), 580–589. <https://doi.org/doi:10.1111/jnu.12316>.
- McKenna, H. (1997). *Nursing Theories and Models*. Routledge.
- McKenna, H., Pajnkihar, M., & Murphy, F. (2014). *Fundamentals of nursing models, theories and practice* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Ltd.
- Meleis, A. I. (1992). Directions for Nursing Theory Development in the 21st Century. *Nursing Science Quarterly*, 5(3).
- Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). Nursing Theory and the Discipline of Nursing. In M. E. Parker & M. C. Smith (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (3rd ed., pp. 1–15). F.
- A. Davis Company.
- Risjord, M. (2010). *Nursing knowledge: science, practice, and philosophy* (M. Risjord (ed.); 1st ed.). Blackwell Publishing.

- Saifan, A., Devadas, B., Daradkeh, F., Abdel-Fattah, H., Aljabery, M., & Michael, L. M. (2021). Solutions to bridge the theory-practice gap in nursing education in the UAE: a qualitative study. *BMC Medical Education*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02919-x>
- Scheel, M. E., Pedersen, B. D., & Rosenkrands, V. (2008). Interactional nursing – a practice-theory in the dynamic field between the natural, human and social sciences. *Scand J Caring*, 22.
- Smith, M. C. (2018). Disciplinary Perspectives Linked to Middle Range Theory. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (4th ed., pp. 3–14). Springer Publishing Company, LLC.
- Ulbrich, S. L. (1993). Nursing Practice Theory of Exercise as Self-care. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 65–70.

Profil Penulis



Ns. Ni Luh Putu Dewi Puspawati, S.Kep., M.Kep.

Penulis adalah seorang dosen tetap divisi Keperawatan Medikal Bedah di STIKes Wira Medika Bali. Penulis menempuh pendidikan sarjana keperawatan dan Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Pendidikan Magister Keperawatan ditempuh di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan penulis berhasil lulus dengan predikat cum laude. Penulis dalam kesehariannya selain melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi juga mengemban tugas sebagai Ketua Program Studi Keperawatan STIKes Wira Medika Bali mulai tahun 2018 hingga sekarang. Auditor mutu internal STIKes Wira Medika Bali serta sebagai Ketua tim pengembang program Merdeka Belajar Kampus Merdeka di STIKes Wira Medika Bali. Penulis juga merupakan pengajar Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan dari tahun 2016 hingga saat ini. Penulis aktif menulis soal Uji Kompetensi Ners Indonesia (UKNI) dan pada tahun 2019 mendapat penghargaan penulis soal UKNI lulus panel expert nasional. Penulis juga menjadi reviewer soal Uji Kompetensi Nasional dari tahun 2021-sekarang. Saat ini penulis bertugas sebagai koordinator penyelenggaraan program pertukaran pelajar virtual Angkatan ke-III antara STIKes Wira Medika Bali dengan beberapa universitas di Thailand, Jepang dan Belgia.

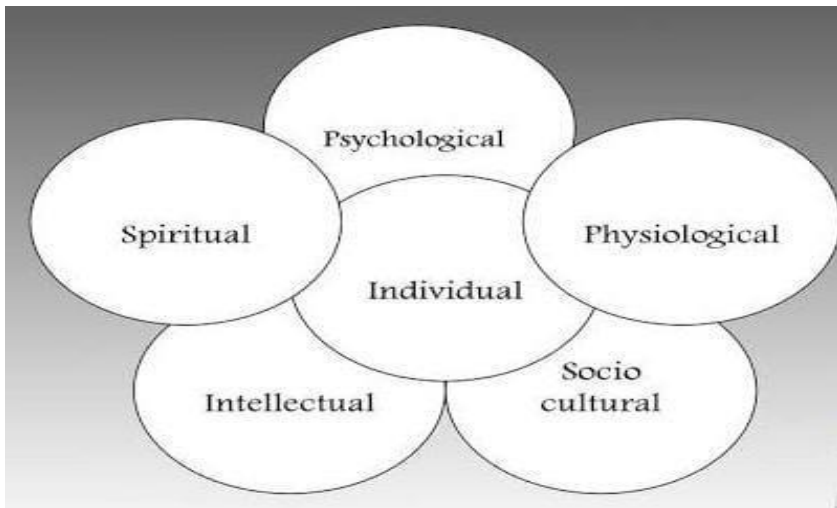
Email Penulis: puspa_wika@yahoo.com

KONSEP *HOLISTIC CARE*

Dewi Nur Sukma Purqoti, S.Kep., Ners., M.Kep
STIKES Yarsi Mataram

Latar Belakang

Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan baik biologis, psikologis, spiritual dan sosial disebut dengan Keperawatan holistik, dimana individu dipandang sebagai makhluk yang utuh yang memiliki keempat dimensi tersebut (Potter & Perry, 2005). Penerapan konsep holistik sudah mulai digalakkan di semua bidang ranah Kesehatan serta sudah diaplikasikan dalam kegiatan pemberian asuhan. Tidak hanya bidang keperawatan tapi bidang ilmu kedokteranpun sudah menerapkan konsep holistik yang memandang pengaruh beberapa faktor seperti budaya, sosial, dan psikologis menjadikan individu sebagai makhluk yang kompleks. (Winnick, 2006; Berg, 2005 dalam Azizatunnisa, 2012). Alangkah baiknya bila keperawatan holistik dalam layanan kesehatan baik dari segi ilmu maupun praktik untuk dikuasai oleh para perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan. (Asmadi, 2005 dalam Sulisno, 2012).



Gambar 1. Dimensi keperawatan Holistik

Sumber : Pendekan holistic Dossey, 2008

Pemberian asuhan Keperawatan holistik haruslah memperhatikan ke empat dimensi yang sudah disebutkan, dikarenakan dimensi yang satu dengan yang lain saling berhubungan. Ketidakmampuan untuk mengimplementasikan faktor lain memiliki signifikansi terhadap faktor lainnya. Ide ini sejalan dengan premis WHO bahwa kesehatan ditunjukkan dengan sehatnya jasmani, rohani, dan ketenteraman hidup sehingga tidak terfokus pada problem kehidupan. Tentunya, untuk mengimplementasikan ide WHO, dibutuhkan gagasan, ilmu, dan bentuk nyata keperawatan pada pasien. Ilmu yang dimaksud membahas usaha penunaian ide melalui pola faktor tertentu (Asmadi, 2005 dalam Sulisno, 2012).

Pengertian Holistik Care: Holism, Humanism

Kata “Holism” dan “Holistik” berakar kata dari “Oλοσ-holos” (bahasa Yunani kuno) dengan interpretasi sederhana sebagai segenap, semata, sekalian, atau sarwa. Keperawatan Holistik didefinisikan sebagai asas keperawatan yang merelasikan kecakapan dan sains

menggunakan penjabaran, naluri, dan interaksi antara jasmani, rohani, dan karakter seseorang. Keperawatan holistik bermaksud guna mereduksi dan menghindari kesakitan pada seseorang. Ide ini secara khusus meningkatkan optimalisasi dan propaganda kesehatan, menghindari seseorang dari penyakit, hingga membantu untuk mendapatkan kesentosaan dan ketenteraman.

Dalam keperawatan holistik apabila terjadi ketidakseimbangan antara tiap dimensi maka akan mempengaruhi dan berdampak negatif pada seluruh fungsi kesehatannya. Dalam pemberian asuhan keperawatan holistik dibutuhkan tenaga perawat yang dinamakan perawat holistik. Seorang perawat holistik harus membantu tanpa pamrih untuk mengurus dan menelaah keadaan pasien tanpa desakan sehingga terhindari dari gangguan psikis dan intelektual guna mempercepat pemulihan. Keperawatan Holistik mengedepankan revolusi penalaran dan tipe-tipe pelayanan kesehatan. Revolusi diinterpretasikan sebagai pergerakan dari statis menjadi dinamis, yang diejawentahkan dalam perilaku untuk segera pulih. Penerapan pada empat dimensi menjadi dasar dalam Keperawatan Holistik yaitu dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual yang bersifat tunggal dan bersangkut paut sehingga sulit untuk didiferensiasi. Keperawatan Holistik mempercayai bahwa setiap penyakit tidak hanya dapat disembuhkan hanya melihat dari masalah fisik namun keperawatan holistik melihat dari semua aspek dimensi individu untuk menyelesaikan permasalahan yang dialami. Keperawatan ini menonjolkan koherensi dimensi kehidupan sebagai yang diejawentahkan dalam keadaan fisik, jiwa, kemasyarakatan, dan kerohanian yang bersangkut paut. Keperawatan holistik adalah sebuah fragmen dari kesatuan model keperawatan.

Setidaknya ada enam jenis ilmu pada model keperawatan dari sosial politik, pribadi, keindahan, adab, heuristik, dan ketidakadaan (Dossey, 2008 dalam Azizatunnisa, 2012). Ilmu keperawatan pribadi menjunjung pada integrasi antara pemahaman dan kesadaran diri. Ilmu ini tidak didapat melalui pendidikan melainkan pengalaman pada terapi komplementer.

Pasien tentunya membutuhkan keadaan lingkungan yang sesuai baik internal (dalam diri perawat) maupun eksternal (rumah sakit) yang dapat disiapkan oleh perawat holistik. Sebagai contoh, setelah berpengalaman selama lima puluh tahun, Florence Nightingale akhirnya mencetuskan misi global kesehatan melalui integrasi dan keperawatan holistik serta healing for humanity (Dossey, 2008 dalam Azizatunnisa, 2012). Keutuhan penggambaran diri manusia baik psikis maupun rohani tanpa membeda-bedakan keduanya menjadi definisi sederhana untuk holistik yang diejawantahkan dalam kepribadian seperti:

1. Personalitas yang konvensional ditandai dengan adanya kesatuan, penyatuan, harmoni, dan integritas pada normalitas.
2. Terdapat keinginan yang mendorong, yakni aktualisasi diri (self actualization). Orang yang berjuang tanpa henti (continuous) untuk merelisasikan potensi inheren yang dimilikinya pada ranah maupun terbuka baginya.
3. Terdapat tiga jenis organisme yang sulit untuk diketahui karena tertutupan
4. Rendahnya pengaruh dari luar sehingga membuat pribadi semakin sehat.
5. Studi secara intensif terhadap personal tertentu akan lebih efektif jika dibandingkan terhadap banyak orang.

Dengan adanya model holistik, proses penyembuhan tubuh secara natural membutuhkan campur tangan dari terapi-terapi sederhana yang tentunya lebih murah dan tidak berbahaya (tanpa invasi dan tanpa obat). Tidak ayal, terapi-terapi tersebut tetap membutuhkan pengobatan konvensional, sebagai contoh, relaksasi melalui pernafasan ketika penggantian perban maupun saat persalinan.

Teori Humanisme

Berfokus pada aspek positif pada diri individu meliputi kemampuan yang dimiliki serta potensi yang ada pada individu merupakan bentuk Pendekatan humanisme. Kemampuan positif masuk didalamnya berupa kemampuan manajemen emosi yang positif. Emosi adalah bentuk reaksi terhadap suatu peristiwa, berupa rasa senang, sedih, kecewa dan sebagainya, karakteristik sangat kuat ini yang tampak pada aliran humanism. Belajar adalah bagian dari metode manifestasi dan konkretisasi diri secara optimal. Ancangan ini bermaksud untuk menggali jati diri agar dapat dimaksimalkan baik secara interpersonal maupun keinginan lain seperti menikmati hidup dan kekayaan. Pengembangan melalui faktor positif ini memiliki peran utama dalam meningkatkan kesejahteraan individu. Pendekatan humanism berfokus pada pengenalan diri untuk mengkonkretkan kapasitas diri. Humanisme berupaya untuk memandu keadaan diri untuk terus belajar sehingga paham mengenai waktu dan cara untuk belajar baik secara afeksi, kognisi, maupun psikomotorik dengan beberapa prinsip. Prinsip Pembelajaran Humanisme:

1. Seseorang memiliki naluri untuk belajar
2. Materi harus punya kedekatan yang dirasakan agar mudah dipahami

3. Alterasi persepsi dapat dipengaruhi karena belajar
4. Tugas memiliki tingkat kesulitan rendah.
5. Dengan kesulitan rendah akan memudahkan dalam pencarian kaidah
6. Pembelajaran akan memiliki faedah jika dilakukan secara sungguh-sungguh
7. Perlunya andil siswa dalam belajar
8. Makna mendalam didapatkan bila siswa ikut andil
9. Menjaga diri sendiri dapat meningkatkan keyakinan
10. Proses dalam belajar berpengaruh pada faktor sosial

Sejarah Keperawatan Holistik

Keperawatan holistik bersumber dari integrasi antara pengalaman, keadaan mental, dan sikap pasien maupun perawat serta ilmu keperawatan tradisional maupun modern yang berfokus pada kenyamanan (Cowling, 2000 dalam Sadiq, 2019). Pada awalnya, Jan Christiaan Smuts dalam bukunya “Holism and Evolution” memperkenalkan holisme yang kemudian populer pada 1970-an sebagai bentuk integrasi antara keperawatan, kompetensi, dan pengetahuan. Padahal, ide mengintegrasikan jasmani, rohani, dan ketenteraman sudah ada sejak lama bahkan hingga 5000 tahun lalu, antara di Cina maupun India.

Praktisi holistik mensimulasikan dasar hidup sehat melalui keseimbangan jiwa dan raga serta pikiran yang sejalan dengan alam. Socrates merupakan salah satu praktisi holistik, dia hidup 4 abad sebelum kelahiran Kristus. Ungkapan Socrates adalah menyatakan individu sebagai makhluk yang utuh yang tidak bisa terpisahkan dari keempat dimensi yang ada.

Teori keperawatan holistik bermula dari gagasan Florence Nightingale pada tahun 1820-1910, ia menyakatkan bahwa lingkungan sangat memberikan peran dalam proses penyembuhan yang terdiri dari asupan nutrisi, kebersihan lingkungan serta terpenuhinya status ventilasi yang baik.

Filosofi Utama pada Keperawatan Holistik

1. Falsafah dan Edukasi, menitikberatkan pada kebutuhan akan kedua hal tersebut dalam keperawatan.
2. Holistik Etik, Teori Keperawatan dan Riset, menitikberatkan pada etika dan ilmu kompeten yang sesuai pada keperawatan.
3. Holistik *Nurse Save Care*
Keteguhan untuk menjaga diri agar tetap sehat dalam melakukan perawatan pada pasien.
4. Holistik *Communication, Therapeutic Environment and Cultural Competency*. Memfokuskan pada pemanfaatan ilmu dan praktik terapi baik pada bentuk, problem, lingkungan, dan kebutuhan guna mempercepat pemulihan pasien.

Macam-Macam Cabang Penyembuhan Holistik-Holistik tradisional

Tradisional atau pengobatan alternatif dimana proses penyembuhan difokuskan dari alam, termasuk didalamnya adalah akupunktur, ayurveda, urography, pranic healing, apitherapy, akupresur, herbal, dan lain-lain.

1. Holistik Modern

Penggabungan antara teknik penyembuhan tradisional/kuno dengan teknologi dan sains modern yang memanfaatkan alam dengan prinsip holisme. Holistik modern berawal sekitar 200 tahun yang lalu dengan adanya homeopathy. Contoh holistik modern adalah homeopathy, hipnotis, naturopathy modern, osteopathy, ananopathy, psikologi, dan sebagainya.

2. Holistik Modern Ananopathy

Ananopati mengintegrasikan metode keperawatan secara tradisional/kuno dengan teknologi dan ilmu pengetahuan modern untuk tidak hanya mengobati, tetapi juga menyembuhkan. Pengobatan dengan ananopati berfokus pada akar penyakit, bukan gejalanya. Perhatikan orangnya secara keseluruhan, bukan hanya penampilannya. Teknik yang digunakan didasarkan pada penerapan hukum alam, hukum sebab akibat, modifikasi pola makan dan gaya hidup, penggunaan bahan-bahan alami yang diterapkan sesuai alam dan ilmu pengetahuan modern. Ananopati ditinjau dari pelaksanaannya bersifat sebagai berikut: yaitu:

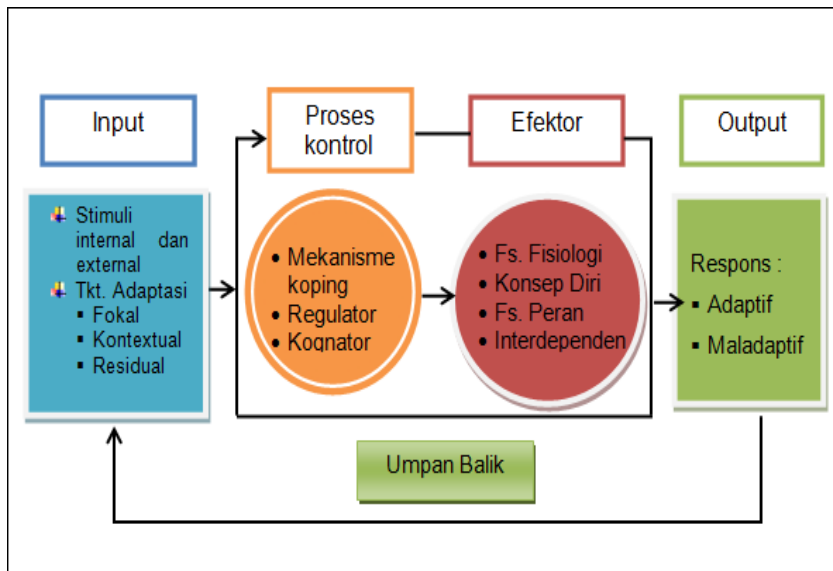
- a. Sederhana, disebut sederhana disebabkan pengobatan ini tidak membutuhkan obat kimiawi.
- b. Cerdik, artinya memberikan informasi kepada pasien agar pasien mampu berfikir lebih kreatif tidak hanya bersifat pintar.
- c. Bijaksana, mengajarkan berperilaku bijak dengan dasar moral dan kesesuaian.

Teknik Pengobatan dan Penerapan Keperawatan Holistik

Penerapan keperawatan holistic sudah banyak dilakukan terlihat dari beberapa penelitian yang berkembang diantaranya sebagai berikut: Penelitian yang dilakukan oleh Dwidiyanti, 2014 menyatakan Intervensi keperawatan Holistik Program SOWAN ini memiliki efek yang efektif pada kemandirian fisik dan psikologis, sosial dan mental pasien tuberkulosis paru. Kartu kesehatan independen adalah kartu pemantauan untuk pandangan holistik masalah pasien, penelitian lain juga menyatakan dalam penelitian yang sudah dilakukan didapatkan gambaran pengkajian keperawatan holistik menunjukkan hasil aspek biologis kategori aplikatif 76%, aspek psikologis kategori aplikatif 91%, aspek sosial kategori aplikatif 76%, aspek spiritual kategori tidak aplikatif 59% dan aspek budaya kategori aplikatif dan tidak aplikatif dengan persentase 50%. (Sadiq, 2019).

Berbagai model teori keperawatan yang mendasari penerapan keperawatan holistik salah satunya yang disajikan oleh Callista Roy dalam konsep adaptasi. Roy menyatakan bahwa individu dilihat secara holistik, ditinjau dari semua dimensi yang ada, dimensi fisik, psikis, sosialkultural, dan spiritual yang tidak dapat dipisahkan anatara satu dengan yang lain. Apabila satu dimensi terganggu akan mempengaruhi dimensi lainnya. Adapun Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan model roy sebagai berikut: (1) fisik, terdiri dari sembilan kelompok, yaitu aktivitas istirahat, nutrisi, eliminasi, cairan dan elektrolit, oksigenasi dan sirkulasi, sistem endokrin, perlindungan kulit, sensori rasa serta fungsi gerak, (2) konsep diri, terdiri dari physical self dan personal self, (3) fungsi peran, ditekankan pada psikososial dalam menjalankan peran individual dan sosial, dan (4) interdependen, terkait dengan

keseimbangan antara ketergantungan dan kemandirian dalam menerima sesuatu untuk dirinya.



Gambar 2. Model adaptasi Callista Roy

Sumber : Supinganto.,dkk 2022

Metode Pengobatan Holistik yang di Kembangkan dengan Terapi

1. Pengaturan Pola hidup dan Pola makan dengan gizi dan kebutuhan berimbang
2. Stimulasi Otak dengan tehnik perangsangan alamiah
3. Silaturahmi Doktrin
4. Pancaran Bio energy (Pranaisasi)
5. Rileksasi, dengan konsep Meditasi Penyembuhan

Daftar Pustaka

- Asmadi, N. S. (2008). Konsep dasar keperawatan. EGC
- Azizatunnisa, N., & Suhartini, S. (2012). Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Dalam Pelayanan Keperawatan Holistik Di Indonesian Holistic Tourist Hospital. *Jurnal Keperawatan Diponegoro*, 1(1), 140-148.
- Dwidiyanti, M. (2014). Intervensi Keperawatan Holistik Program SOWAN Melalui Target Sehat mandiri pada Pasien TB paru. In *Prosiding Seminar Nasional & Internasional* (Vol.2, No. 1).
- Fitrina, N. Y., Kep, M., Albyn, N. D. F., Martini, N. M., Kep, M., Hamu, A. H., ... & Kp, S. (2022). *Paliatif Care dan Home Care*. Media Sains Indonesia.
- Lestari, L. (2018). Buku Falsafah dan Teori Keperawatan.
- Mariano, C. (2013). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), pp.165-188
- Mukhoirotin, M., Efendi, S., Limbong, M., Hidayat, W., Rumerung, C. L., Sihombing, R. M., ... & Lubbn, S. (2021). *Pengantar Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Mundakir, S. K., Laksita Barbara, M. K., Yoga Firmansyah, A., & Rachmat Wihanda, A. (2018). Pendekatan Model Asuhan Keperawatan Holistik Sebagai Upaya Peningkatan Kepuasan Dan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit.
- Potter & Perry. (2005). Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep, Proses Dan Praktik Edisi 4. Jakarta : EGC
- Rachmawati, N. BUKU HOLISTIK NURSING. *BUKU HOLISTIK NURSING*.

- Sadiq, K., Wahid, A., & Hafifah, I. (2019). Deskripsi Pelaksanaan Pengkajian Keperawatan Holistik di IGD RSUD Ulin Banjarmasin. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan*, 7(2), 82-90.
- Salbiah, “Konsep Holistik dalam Keperawatan Melalui Pendekatan Model Adaptasi Sister Callista Roy“, dalam *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara*, Vol. 02, No. 01, Mei, 2006, 34-38.
- Sulisno, M. (2012). Pengetahuan Perawat Tentang Konsep Keperawatan Holistik. *Jurnal Keperawatan Diponegoro*, 1(1), 157-162.

Profil Penulis



**Dewi Nur Sukma Purqoti, S.Kep.,
Ners., M.Kep**

Lahir di Dusun Pancordao, Desa Aik Darek Kecamatan Batukliang Kabupaten Lombok Tengah, Provinsi Nusa Tenggara Barat pada tanggal 30 Mei 1987, Lulus D3 Keperawatan pada tahun 2008 di AKPER Yarsi Mataram yang saat ini menjadi STIKES YARSI Mataram, sebelum melanjutkan studi profesi Ners dan lulus pada tahun 2013 di STIKES Yarsi Mataram, ia pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Islam Siti Hajar Mataram dari tahun 2008-2010 dan pada tahun 2017 ia sukses menyelesaikan pendidikan strata dua (S2) keperawatan peminatan keperawatan medikal bedah di Universitas Muhamadiyah Jakarta dengan judul thesis pengaruh Konseling Spiritual Terhadap kemampuan adaptasi psikologis pasien stroke. Dari tahun 2018 ia fokus meneliti tentang kasus-kasus paliatif. Dia juga aktif dalam organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI) NTB. Selain itu ia pun aktif melaksanakan pengabdian kepada masyarakat sebagai bentuk tanggung jawabnya sebagai seorang dosen.

Email Penulis: purqotidewi87@gmail.com

KONSEP BERUBAH

Betie Febriana, S.Kep., Ns., M.Kep
UNISULA Semarang

Perubahan adalah komponen penting dari praktik keperawatan. Agen perubahan adalah orang yang membawa perubahan yang berdampak pada pelayanan keperawatan. Agen perubahan bisa saja seorang kepala perawat, staf perawat atau seseorang yang bekerja bersama perawat. Teori perubahan digunakan untuk membawa perubahan terencana dalam keperawatan. Perawat harus memiliki pengetahuan tentang teori perubahan dan memilih teori perubahan yang tepat karena setiap kondisi yang butuh perubahan tidak selalu membutuhkan teori yang sama.

Definisi Berubah

Perubahan berarti membuat sesuatu yang berbeda. Sifatnya dapat direncanakan atau tidak direncanakan. Perubahan yang tidak direncanakan membawa hasil yang tidak dapat diprediksi, sedangkan perubahan yang direncanakan adalah urutan kejadian yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Definisi perubahan atau berubah telah banyak dikemukakan oleh banyak pakar. Brooten (1978) mendefinisikan bahwa berubah merupakan proses yang menyebabkan perubahan pola perilaku individu atau institusi.

Pendapat lain menyatakan bahwa berubah adalah cara seseorang bertumbuh, berkembang dan beradaptasi. Perubahan dapat positif atau negatif terencana atau tidak terencana. Perubahan adalah proses membuat sesuatu yang berbeda dari sebelumnya (Sullivan dan Decker, 2001). Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa Perubahan adalah proses dinamis dimana yang terjadi pada tingkah laku dan fungsi seseorang, keluarga, kelompok atau komunitas. Dapat disimpulkan bahwa perubahan merupakan proses dinamis perilaku dan fungsi baik individu atau kelompok yang dapat bersifat negative atau positif, terencana atau tidak yg berbeda dari sebelumnya.

Menurut Lascaster (1982), terdapat tiga sifat dari konsep perubahan, yaitu.

1. Perubahan bersifat berkembang

Perubahan ini bersifat seperti proses perkembangan secara umum baik pada individu, kelompok maupun masyarakat. Perkembangan dimulai dari kondisi yang paling dasar atau pondasi menuju kondisi yang matang atau optimum, seperti halnya perkembangan makhluk hidup seperti manusia yang memiliki perubahan fisik seiring bertambahnya usia dengan tingkat perkembangan tertentu. Misalnya perkembangan pada masa bayi menuju *toddler*.

2. Perubahan bersifat spontan

Perubahan ini bersifat spontan karena dia memberikan respon terhadap suatu kondisi yang bersifat natural di luar kehendak manusia, yang tidak dapat diprediksi sehingga sulit untuk diantisipasi seperti perubahan alam, bencana, sakit. Hal ini akan menimbulkan terjadinya perubahan secara tiba tiba atau tidak terencana pada individu maupaun masyarakat bahkan system pada negara.

Misal perubahan akibat pandemik yang melanda suatu negeri.

3. Perubahan bersifat direncanakan

Pada umumnya, perubahan ada karena direncanakan, perubahan dengan sifat ini memiliki tujuan dan fase yang lebih jelas dan terarah. Seperti seorang perawat yang menghendaki agar pengetahuannya bertambah maka dia merencanakan untuk studi lanjut atau mengikuti seminar ataupun pelatihan tertentu. Lingkup yang lebih luas, semisal pengembangan asuhan keperawatan dengan memakai teori tertentu yang sesuai dengan kondisi yang ingin dicapai.

Teori Perubahan

1. Teori perubahan menurut para ahli

Teori perubahan dalam keperawatan terbagi menjadi 3 macam. Teori ini bisa digunakan oleh mahasiswa kesehatan dalam materi perubahan. Setiap teori memiliki kekurangan dan kelebihan yang bisa dijadikan pembandingan dalam mengaplikasikannya. Adapun teori tersebut akan disajikan sebagai berikut:

a. Teori Kurt Lewin

Teori Kurt Lewin memiliki beberapa kelebihan atau kekuatan saat kita menggunakannya. Adapun kekuatannya sebagai berikut :

- 1) Mudah dipahami. Beberapa paradigma perubahan memerlukan pelatihan ekstensif untuk dikuasai, dan individu dapat dengan cepat tersesat dalam lautan singkatan.

Teori perubahan Lewin relative sederhana, dengan tiga tahap utama untuk dijalankan dan beberapa prosedur didalamnya.

- 2) Berkonsentrasi pada aspek perilaku. Psikologi perilaku model perubahan Kurt Lewin masuk ke inti dan mengarahkan orang untuk menentang atau mendukung perubahan. Penekanan teori ini pada individu konsisten dengan banyak model perubahan lain yang memprioritaskan komponen manusia dari perubahan.
- 3) Teorinya masuk akal. Banyak orang yang memahami penalaran Unfreeze, movement, dan refreeze melalui model perubahan Kurt Leewin. Kesederhanaannya memungkinkan orang untuk mendapatkan pengetahuan yang lebih mendalam tentang manajemen perubahan secara keseluruhan tanpa terjebak dalam istilah teknis atau metode yang rumit (Burnes, 2004).

Sedangkan untuk kelemahan dari teori ini sebagai berikut :

- 1) Teori Kurt Lewin tidak cukup dalam memberikan hal detail. Beberapa ahli teori keperawatan percaya bahwa paradigma manajemen perubahan Lewin sangat sederhana. Langkah-langkah dalam setiap fase juga dapat dijelaskan dengan berbagai cara.
- 2) Terlalu kaku dan tidak sesuai dengan zaman kontemporer. Beberapa orang mengkritik tahap *freeze* model Kurt Lewin sebagai terlalu tidak fleksibel karena “membekukan” perilaku yang hanya perlu dicairkan lagi ditahun-

tahun mendapat karena seberapa cepat kemajuan teknologi dan memaksa organisasi untuk berubah agar sering mengikuti. Mereka percaya bahwa tahap akhir harus lebih permisif.

- 3) Bersifat konfrontatif. Dengan fokus menjaga keseimbangan selama proses Unfreezing. Model tiga langkah Lewin mungkin dipandang sebagai konfrontatif. Beberapa pendapat bahwa alih-alih mempromosikan suasana yang berubah, itu terlalu berfokus pada dua kekuatan yang saling bertentangan yang berjuang untuk keuntungan yang luar biasa (Burnes, 2004).

b. Teori Everett Rogers

Teori Everett Rogers memiliki beberapa kelebihan atau kekuatan saat kita menggunakannya. Adapun kekuatannya sebagai berikut:

- 1) Penerapan teori difusi perubahan adalah salah satu kekuatan utamanya.
- 2) Serangkaian penelitian yang luas dibanyak disiplin ilmu telah menggunakan gagasan itu sebagai paradigma, hasil serupa telah diperoleh diseluruh dewan, dari studi jurnalisme hingga komunikasi kesehatan, memverifikasi proses perubahan (Hunt, 2019).

Sedangkan untuk kelemahan dari teori ini sebagai berikut :

- 1) Tidak berasal dari kesehatan masyarakat dan tidak dirancang untuk secara khusus berhubungan dengan adaptasi perilaku inovatif atau kemajuan kesehatan.

- 2) Tidak mendorong kerangka kerja kolaboratif untuk mengimplementasikan program kesehatan masyarakat
- 3) Lebih efektif dengan adopsi perilaku daripada dengan penghentian atau pencegahan perilaku (Hunt, 2019).

c. Teori Lipitt

Kelebihan dan kekurangan dari Lipitt tidak menganggap modelnya sebagai serangkaian fase yang harus diselesaikan secara berurutan. Dia berpendapat bahwa beberapa dapat bertepatan, dan beberapa fase mungkin menjadi campur aduk. Konsep Lipitt berbeda secara signifikan dari model Lewin dan model lainnya dimana berbagai langkah atau fase harus diikuti secara berurutan (Szabla et al., 2017).

2. Teori perubahan adopsi

Selain teori perubahan dari Kurt Lewins, Roger dan Lipitt terdapat juga fase-fase perubahan yang sebagian besar mengadopsi teori perubahan dari ketiga teori diatas. Adapun teori ini menekankan pada mereka yang terpengaruh oleh perubahan, dengan fokus pada keterampilan komunikasi, membangun hubungan baik, strategi pemecahan masalah, dan membangun mekanisme untuk umpan balik dan disajikan dalam kategori fase perubahan (Kritsonis, 2005; Lehman, 2008).

a. Fase Perubahan

Ronald Havelock (1973) juga memodifikasi model perubahan Lewin untuk memasukkan enam fase perubahan dari perencanaan ke pemantauan. Diyakini bahwa Havelock mengembangkan lebih lanjut model unfreezing-change-refreezing untuk

mengatasi dua kekuatan sosial yang mendapatkan momentum di masyarakat pada saat itu: “ledakan pengetahuan ilmiah, dan meningkatnya harapan para pembuat kebijakan, pemerintah, bisnis dan masyarakat. bahwa pengetahuan ilmiah harus berguna bagi masyarakat” (Havelock, 1973). Havelock berpendapat bahwa mengadaptasi model perubahan Lewin untuk memasukkan pembangunan pengetahuan, yang berfokus pada integrasi teori yang sistematis daripada pendekatan yang terputus-putus, akan merespons secara lebih efektif situasi kehidupan nyata dalam mengelola perubahan (Estabrooks et al., 2006).

Menurut Havelock terdapat enam fase model perubahan, diantaranya:

- 1) Membangun hubungan. Havelock menganggap langkah pertama sebagai tahap "pra-kontemplasi" dimana kebutuhan untuk perubahan dalam sistem ditentukan.
- 2) Mendiagnosis masalah. Selama fase kontemplasi ini, agen perubahan harus memutuskan apakah perubahan diperlukan atau diinginkan. Kadang-kadang, proses perubahan dapat berakhir karena agen perubahan memutuskan bahwa perubahan tidak diperlukan atau tidak sepadan dengan usaha.
- 3) Memperoleh sumber daya untuk perubahan. Pada langkah ini, kebutuhan akan perubahan dipahami dan proses pengembangan solusi dimulai ketika agen perubahan mengumpulkan sebanyak mungkin informasi

yang relevan dengan situasi yang membutuhkan perubahan.

- 4) Memilih jalur untuk solusi. Jalur perubahan dipilih dari opsi yang tersedia dan kemudian diimplementasikan.
- 5) Menetapkan dan menerima perubahan. Individu dan organisasi seringkali resisten terhadap perubahan, sehingga perhatian yang cermat harus diberikan untuk memastikan bahwa perubahan tersebut menjadi bagian dari perilaku rutin yang baru. Strategi komunikasi yang efektif, strategi respon staf, pendidikan, dan sistem pendukung harus disertakan selama implementasi.
- 6) Pemeliharaan dan pemisahan. Agen perubahan harus memantau sistem yang terpengaruh untuk memastikan perubahan berhasil distabilkan dan dipelihara. Setelah perubahan menjadi normal baru, agen perubahan dapat memisahkan diri dari peristiwa perubahan (Tyson, 2010).

b. Teori Difusi Inovasi

Teori lima langkah Rogers menjelaskan bagaimana seorang individu melanjutkan dari memiliki pengetahuan tentang suatu inovasi untuk mengkonfirmasi keputusan untuk mengadopsi atau menolak ide (Kritsonis, 2005; Wongliglimpiyarat & Yuberk, 2005). Sebuah fitur yang membedakan teori Rogers adalah bahwa bahkan jika agen perubahan tidak berhasil mencapai perubahan yang diinginkan, perubahan itu dapat dibangkitkan dilain waktu, waktu yang lebih tepat atau dalam bentuk yang lebih tepat (Kritsonis, 2005).

Roger juga menekankan pentingnya menyertakan orang-orang kunci (yaitu, pembuat kebijakan) yang tertarik untuk mewujudkan inovasi, memanfaatkan kekuatan kelompok, dan mengelola faktor-faktor yang menghambat proses. Lima tahapan teori Rogers adalah sebagai berikut:

1) Pengetahuan

Individu pertama kali dihadapkan pada suatu inovasi tetapi tidak memiliki informasi tentang inovasi tersebut.

2) Persuasi

Individu tertarik pada inovasi dan secara aktif mencari informasi dan detail terkait.

3) Keputusan

Individu mempertimbangkan perubahan dan mempertimbangkan keuntungan dan kerugian dari penerapan inovasi.

4) Implementasi

Individu menerapkan inovasi dan menyesuaikan inovasi dengan situasi. Selama tahap ini individu juga menentukan kegunaan inovasi dan dapat mencari informasi lebih lanjut tentang hal itu.

5) Konfirmasi

Individu menyelesaikan keputusan untuk terus menggunakan inovasi (Rogers, 1995).



Gambar 1. Proses teori Rogers

“Lima Langkah Proses Keputusan Inovasi” oleh Sonia Udod dan Joan Wagner”

Teori difusi inovasi Rogers menjelaskan bagaimana, mengapa, dan pada tingkat apa ide-ide baru diambil oleh individu. Rogers mendefinisikan lima kategori pengadopsi inovasi. Inovator bersedia mengambil risiko; mereka antusias dan berkembang dalam perubahan. Mereka memainkan peran kunci dalam difusi inovasi dengan memperkenalkan ide-ide baru dari sistem eksternal (Rogers, 1995). (Rogers, 1995). Pengadopsi awal digambarkan sebagai lebih bijaksana dalam pilihan adopsi dari pada inovator. Mereka berhati-hati dalam mengadopsi perubahan. Mayoritas terlambat terdiri dari individu-individu yang memiliki tingkat skeptisisme yang tinggi dalam hal mengadopsi suatu perubahan. Terakhir, laggards adalah mereka yang terakhir mengadopsi perubahan atau inovasi. Mereka biasanya memiliki keengganan untuk berubah dan cenderung berfokus pada tradisi dan menghindari tren (Rogers, 1995).

Tabel 1. “Tabel perbandingan Model dan Teori Perubahan Tradisional” (Sonia & Joan, n.d.).

Model dan Teori Perubahan Tradisional	Proses
Proses Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian 2. Perencanaan 3. Penerapan 4. Evaluasi
Lewin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencairkan 2. Pergerakan 3. Pembekuan ulang
Lippitt, Watson & Westley	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis masalah 2. Menilai motivasi dan kapasitas untuk berubah 3. Menilai motivasi dan sumber daya agen perubahan 4. Pilih tujuan perubahan progresif 5. Pilih peran agen perubahan yang sesuai 6. Pertahankan perubahan 7. Putuskan hubungan membantu
Havelock	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membangun hubungan 2. Diagnosis masalah 3. Dapatkan sumber daya 4. Pilih solusinya 5. Dapatkan penerimaan 6. Pertahankan dan Pisahkan
Rogers	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan 2. Bujukan 3. Keputusan 4. Penerapan 5. Konfirmasi

Prinsip dan Strategi Berubah

Menurut Lipitt terdapat 7 proses strategi yang bisa dilakukan sebagai bentuk implementasi perubahan (Lipitt et al., 1958) diantaranya :

1. Mengidentifikasi perlunya perubahan dan mengidentifikasi masalah
2. Menilai motivasi dan kapasitas untuk perubahan dalam hubungan
3. Klarifikasi, mendiagnosis masalah dengan system pasien
4. Membuat rute alternative
5. Mewujudkan niat dalam tindakan untuk menghasilkan perubahan
6. Stabilisasi perubahan
7. Hubungan terminal

Menurut model klasik yang dikembangkan oleh Bennis, Benne dan Chinn (1960), terdapat tiga strategi dapat digunakan untuk memfasilitasi perubahan. Karakteristik agen perubahan dan jumlah perlawanan yang dihadapi akan menentukan strategi mana yang harus digunakan (Bennis et al., 1960). Adapun strategi untuk berubah menurut Sullivan (2012) diantaranya:

1. Strategi *power-coercive*

Strategi ini didasarkan pada penerapan kekuasaan melalui otoritas yang sah. Sedikit usaha yang digunakan oleh pemimpin perawat untuk menegakkan perubahan, dan staf tidak memiliki kemampuan untuk mengubah jalannya proses perubahan.

Strategi pemaksaan kekuasaan dapat digunakan ketika perubahan sangat penting, waktu terbatas, ada tingkat resistensi yang tinggi, dan mungkin ada sedikit atau tidak ada peluang untuk mencapai konsensus organisasi.

2. Strategi empiris-rasional

Strategi ini mengasumsikan bahwa memberikan pengetahuan adalah persyaratan yang paling kuat untuk perubahan. Strategi ini mengasumsikan bahwa orang-orang rasional dan akan bertindak demi kepentingan mereka sendiri ketika mereka memahami bahwa perubahan akan menguntungkan mereka. Ini dapat bekerja dengan baik jika perubahan itu dianggap wajar atau bermanfaat bagi individu.

3. Strategi normatif-reedukatif

Strategi ini mengasumsikan bahwa individu bertindak sesuai dengan norma dan nilai sosial yang mempengaruhi penerimaan mereka terhadap perubahan. Pemimpin perawat berfokus pada motivator perilaku individu seperti peran, sikap, perasaan, dan hubungan interpersonal mereka sebagai cara yang efektif untuk menerapkan perubahan dalam lingkungan perawatan kesehatan (Sullivan, 2012).

Selain strategi yang disebutkan oleh Sullivan (2012), terdapat juga strategi lain yang bisa digunakan saat menghadapi masalah menurut Austinn dan Classen (2008), Bowers (2011) dan Yukl (2013) diantaranya :

1. Pahami bahwa penolakan adalah bagian alami dari proses tetapi harus ditangani secara konstruktif agar perubahan dapat berkembang.

2. Pelajari mengapa seseorang menolak perubahan. Mungkin resistensi mungkin terkait dengan kurangnya pemahaman tentang bagaimana proses perubahan berlangsung, yang membutuhkan dukungan kemampuan mereka untuk menyesuaikan diri dengan perubahan.
3. Hubungkan beberapa cara lama bekerja dengan perubahan baru sebagai cara untuk menjembatani yang lama dengan yang baru dan membawa beberapa keakraban dengan praktik baru (Austin & Claassen, 2008).
4. Identifikasi orang-orang yang mau mencoba praktik baru, yang dapat mengurangi kemungkinan penolakan dari orang lain saat perubahan diperkenalkan (Bowers, 2011).
5. Bantu staf dalam mengidentifikasi dan menilai bagaimana perubahan akan mempengaruhi praktik mereka (yaitu, membantu mereka untuk mengambil alih kepemilikan atas perubahan tersebut) untuk memastikan bahwa perubahan tersebut diterima dan dipertahankan.
6. Komunikasikan visi yang jelas tentang manfaat yang akan diperoleh dari perubahan. Komunikasi yang terstruktur dan transparan membantu partisipasi dan keterlibatan staf (Yukl, 2013).

Tahap-Tahap dalam Perubahan

1. Tahap-tahap menurut Kurt Lewi's

Menurut Lewi's terdapat tiga tahapan dalam teori perubahan keperawatan yaitu *unfreezing, change, dan refreezing*. Adapun tahapan-tahapan tersebut memiliki penjelasan sebagai berikut:

a. Unfreezing

Unfreezing adalah tahap pertama, yang melibatkan proses menemukan metode untuk membantu individu melepaskan pola perilaku lama dan memfasilitasi individu dalam mengatasi resistensi dan konformitas kelompok (Kritsonis, 2005).

Pada tahap ini, ketidakseimbangan terjadi untuk mengganggu sistem, sehingga memungkinkan untuk mengidentifikasi kekuatan pendorong untuk perubahan dan kemungkinan kekuatan penahan yang menentangnya. Perubahan yang berhasil pada akhirnya melibatkan penguatan kekuatan pendorong dan pelemahan kekuatan penahan (Shirey, 2013). Hal ini dapat dicapai dengan menggunakan tiga metode sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan kekuatan pendorong yang mengarahkan perilaku menjauh dari situasi atau keseimbangan yang ada
- 2) Mengurangi kekuatan penahan yang secara negatif mempengaruhi gerakan menjauh dari keseimbangan saat ini, atau
- 3) Menggabungkan dua metode pertama

b. Bergerak atau berubah

Pada tahap ini melibatkan proses perubahan pikiran, perasaan, dan/atau perilaku. Menurut Lewin (1951) terdapat tiga tindakan yang dapat membantu dalam gerakan:

- 1) Meyakinkan orang lain bahwa status quo tidak menguntungkan dan mendorong orang lain untuk melihat masalah dengan perspektif baru.

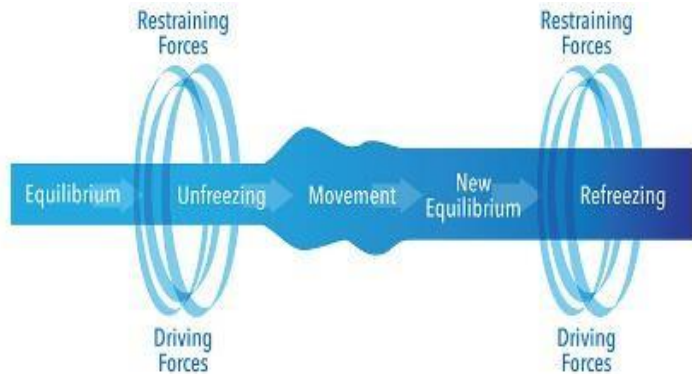
- 2) Bekerja dengan orang lain untuk menemukan informasi baru yang relevan yang dapat membantu mempengaruhi perubahan yang diinginkan.
- 3) Terhubung dengan pemimpin yang kuat yang juga mendukung perubahan (Kritsonis, 2005).

Tahap kedua ini seringkali paling sulit karena fakta bahwa ada tingkat ketidakpastian dan ketakutan yang terkait dengan perubahan (Shirey, 2013). Oleh karena itu, penting untuk memiliki tim yang mendukung dan komunikasi yang jelas untuk mencapai perubahan yang diinginkan.

c. Refreezing

Refreezing melibatkan penetapan perubahan sebagai kebiasaan baru. Tahap ketiga diperlukan untuk memastikan bahwa perubahan yang diterapkan (pada tahap kedua) akan “menempel” dari waktu ke waktu (Kritsonis, 2005). Keberhasilan pada tahap ini akan menciptakan keadaan ekuilibrium baru yang dikenal sebagai norma baru atau tingkat ekspektasi kinerja yang lebih tinggi (Shirey, 2013).

Meskipun model Lewin tentang perubahan terkenal dan diterima secara luas dalam pengaturan perawatan kesehatan, sering dikritik karena terlalu sederhana dan linier. Perubahan seringkali tidak dapat diprediksi dan kompleks, dan seorang pemimpin yang efektif harus menyadari banyak model perubahan.



Gambar 2. Tahapan perubahan Kurt Lewis

2. Tahap-tahap menurut Roger's

Menurut Roger's terdapat 5 tahap perubahan yang dimodifikasi dari teori Lewi's. Adapun 5 tahap perubahan sebagai berikut:

- a. Kesadaran
- b. Minat
- c. Evaluasi
- d. Implementasi
- e. Adopsi (Weedmark, 2019).

3. Tahap-tahap menurut sumber lain

Selain tahap-tahap yang sudah disebutkan diatas, terdapat juga tahao-tahap menurut Lippitt, Watson, dan Westley (1958). Tahapan ini lebih fokus pada peran dan tanggung jawab agen perubahan daripada proses perubahan itu sendiri Teori mereka memperluas model perubahan Lewin menjadi proses tujuh langkah dan menekankan partisipasi mereka yang terpengaruh oleh perubahan selama langkah-langkah perencanaan (Lipitt et al., 1958).

Adapun Tujuh langkah model atau tahap perubahan menurut Lipitt, et al., (1958) yang direncanakan meliputi:

- a. Mendiagnosis masalah
- b. Menilai motivasi dan kapasitas untuk perubahan dalam system
- c. Menilai sumber daya dan motivasi agen perubahan
- d. Menetapkan tujuan dan strategi perubahan
- e. Menentukan peran agen perubahan
- f. Mempertahankan perubahan
- g. Secara bertahap mengakhiri hubungan membantu ketika perubahan menjadi bagian dari budaya organisasi (Lipitt et al., 1958).

Reaksi Terhadap Perubahan

1. Reaksi perubahan menurut Roger's berdasarkan kategori staff

Menurut Roger's (1995) terdapat berbagai tingkat dimana anggota staf akan menerima perubahan melalui proses difusi inovasi. Selama perencanaan pra-perubahan, agen perubahan harus menilai staf departemen mereka untuk menentukan staf mana yang termasuk dalam setiap kategori. Roger's menggambarkan berbagai kategori staf sebagai inovator, pengadopsi awal, mayoritas awal, mayoritas akhir, dan lamban. Adapun deskripsinya sebagai berikut:

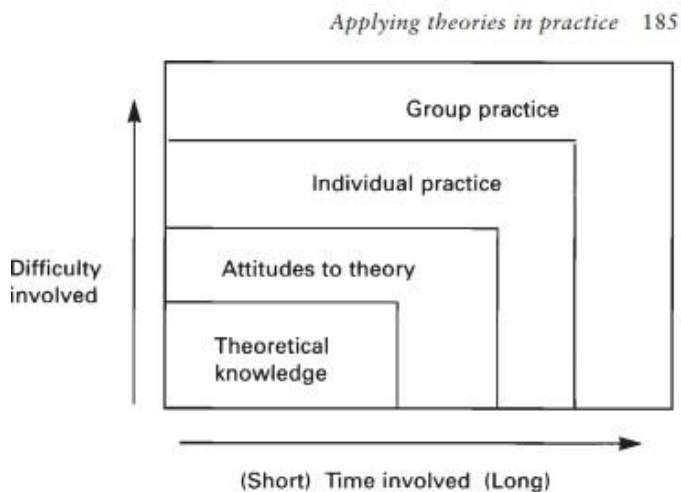
- a. Inovator: bergairah tentang perubahan dan teknologi; sering menyarankan ide-ide baru untuk perubahan departemen.

- b. Pengadopsi awal: kepemimpinan opini tingkat tinggi di departemen; disegani oleh teman sebaya.
 - c. Mayoritas awal: Lebih suka status quo; bersedia mengikuti pengguna awal ketika diberitahu tentang perubahan yang akan datang.
 - d. Mayoritas terlambat: Skeptis terhadap perubahan tetapi pada akhirnya akan menerima perubahan setelah mayoritas menerima; rentan terhadap peningkatan tekanan social.
 - e. Laggard: Tingkat skeptisisme yang tinggi; secara terbuka menolak perubahan (Rogers, 1995).
2. Reaksi perubahan menurut sumber lain

Reaksi perubahan sangat beragam, selain sumber dari Roger's terdapat juga beberapa faktor dapat mempengaruhi reaksi terhadap perubahan menurut sumber yang lain. Tidak jarang staf menyatakan bahwa mereka tidak terlibat dalam pengambilan keputusan mengenai perubahan dalam praktik mereka dan, sebagai akibatnya, sangat resisten terhadap perubahan. Meskipun tidak semua orang akan menerima perubahan, individu merespons pada kontinum yang berkisar dari kurangnya antusiasme hingga sabotase terbuka (Gaudine & Lamb, 2015).

Perlawanan mungkin melibatkan kerugian pribadi, perasaan tidak mampu, kurangnya kompetensi, dan kurangnya kepercayaan diri untuk tampil (Austin & Claassen, 2008). Pemimpin yang dapat membantu anggota secara psikologis memiliki perubahan lebih mungkin untuk melihat inisiatif perubahan berkelanjutan dan tertanam dalam praktik. Adapun faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kegagalan mempertahankan perubahan diagnosis yang tidak lengkap diantaranya:

- a. Memulai terlalu cepat
- b. Semangat misionaris untuk 'rasa bulan ini'
- c. Kehilangan sponsor senior
- d. Kurangnya kemudi dari kelompok pengarah
- e. Berjalan terlalu cepat bagi orang untuk menyerap konsekuensinya
- f. Tuntutan untuk hasil jangka pendek yang tidak realistis
- g. Gagal mengevaluasi manfaat saat terjadi
- h. Tidak memantau batas
- i. Gagal mendapatkan 'pemain kunci' dalam komitmen yang benar dan mendukung
- j. Kurangnya keterlibatan orang-orang yang terkena dampak perubahan
- k. Tidak cukup sumber daya yang dialokasikan untuk mempertahankan perubahan (McKenna, 1997).



Gambar 3. Bagan Praktik Perubahan Teori (McKenna, 1997)

Ekologi Perubahan

1. Konsep perubahan dalam keperawatan

a. Konsep perubahan menurut Lewins

Menurut Lewins (1951) Konsep perubahan dalam keperawatan terbagi menjadi 3 bagian, yaitu kekuatan pendorong, menahan dan keseimbangan. Adapun penjelasannya sebagai berikut :

1) Kekuatan pendorong

Kekuatan pendorong bergerak dijalur yang menghasilkan perubahan. Mereka mempromosikan transformasi dengan mendorong pasien kearah yang diinginkan. Kekuatan keseimbangan adalah suatu kondisi dimana kekuatan pendorong sama dengan kekuatan penahan, dan tidak ada perubahan. Hal Itu dapat ditinggikan atau diturunkan karena perubahan gaya penggerak dan penahan (Lewin, 1951).

2) Kekuatan menahan

Kekuatan penahan adalah mereka yang melawan kekuatan pendorong. Mereka menghambat perubahan dengan mendorong pasien ke jalur lain. Mereka juga menyebabkan pergesaran keseimbangan yang enggan berubah.

3) Kekuatan keseimbangan

Keseimbangan adalah suatu kondisi dimana kekuatan pendorong sama dengan kekuatan penahan, dan tidak ada perubahan.

Itu dapat ditinggikan atau diturunkan karena perubahan gaya penggerak dan penahan (Lewin, 1951).

b. Konsep perubahan menurut sumber lain

Menurut Salanders dan Dietz-Omar (1991) mengatakan bahwa pengenalan adalah teori awal keperawatan yang mewakili perubahan dalam orientasi filosofis dari perawat (Salanders & Diets Omar, 1991).

Sebelumnya, Wright (1988) berpendapat bahwa perubahan akan terjadi dalam setiap pengaturan dimana teori keperawatan sedang diadopsi (Wright, 1985). Pada otoritas Robinson (1990), adopsi teori keperawatan pada dasarnya adalah awal dari perubahan radikal. Hal ini merupakan panggilan eksplisit untuk mengubah praktik. Itulah sebabnya, tentu saja, begitu banyak pendukung penggunaan teori dalam praktek adalah mereka yang berada di garis depan perubahan. Mereka peduli dengan praktik keperawatan yang mereka tawarkan dan terus-menerus mencari cara untuk memperbaikinya (Robinson, 1990).

Oleh karena itu, tidak mengherankan bahwa literatur yang berhubungan dengan pengenalan teori keperawatan ke dalam praktik klinis cenderung ikuti berbagai teori dan strategi perubahan yang digariskan di atas. Namun, pandangan Robinson hanya dapat diterima dengan reservasi tertentu. Saya berpendapat bahwa, tanpa hak pemahaman dan perencanaan, adopsi teori berbasis praktek tidak akan menjadi awal dari perubahan radikal (McKenna, 1997).

Penerapan Proses Berubah pada Berbagai Isu dalam Perkembangan Keperawatan

1. Implementasi pada kasus keperawatan

a. Pemimpin perawat

Pemimpin perawat harus memastikan operasi sehari-hari unit mereka dalam sistem perawatan kesehatan yang berkembang pesat. Pemimpin perawat sering dipanggil untuk menjadi agen perubahan dan sering bertanggung jawab atas keberhasilan suatu proyek.

Namun literatur menunjukkan bahwa para pemimpin terus berjuang dengan perubahan meskipun frekuensi mereka terlibat dalam memimpin perubahan (Gilley et al., 2009). Agen perubahan adalah individu yang memiliki kekuatan legitimasi formal atau informal dan bertujuan untuk mengarahkan dan memandu perubahan (Sullivan, 2012). Orang ini mengidentifikasi visi dan alasan untuk perubahan dan merupakan panutan bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Perilaku pemimpin perawat mempengaruhi tindakan staf yang berkontribusi terhadap perubahan (Drucker, 1999; Yukl, 2013). Banyaknya perubahan yang dihadapi pemimpin perawat membutuhkan cara berpikir baru tentang memimpin perubahan dan beradaptasi dengan cara kerja baru. Selain itu, para pemimpin bekerja sama dengan penyedia perawatan garis depan untuk mengidentifikasi perubahan yang diperlukan di tempat kerja yang akan meningkatkan proses kerja dan perawatan pasien.

Dengan demikian, pemimpin perawat harus memiliki keterampilan yang diperlukan untuk mempengaruhi perilaku manusia, termasuk kemampuan pengawasan, kecerdasan, kebutuhan untuk berprestasi, ketegasan, dan ketekunan untuk memandu proses (Gilley et al., 2009). Manajemen perubahan yang efektif membutuhkan pemimpin untuk memiliki pengetahuan tentang proses, alat, dan teknik yang diperlukan untuk meningkatkan hasil (Shirey, 2013).

b. Proses Keperawatan Sebagai Proses Perubahan

Proses perubahan dapat dikaitkan dengan proses keperawatan dan dijelaskan oleh (Sullivan, 2012) dalam empat langkah, diantaranya:

1) Penilaian atau identifikasi masalah

Langkah pertama memerlukan identifikasi masalah. Langkah ini melibatkan pengumpulan dan analisis data. Menentukan masalah memungkinkan individu yang terpengaruh oleh perubahan yang diusulkan untuk memiliki pemahaman yang jelas dan akurat tentang masalah tersebut.

2) Pengumpulan data sesuai kebutuhan

Langkah kedua setelah masalah diidentifikasi, agen perubahan mengumpulkan data eksternal dan internal sesuai kebutuhan (misalnya, kuesioner kepuasan pasien, survei staf). Analisis kritis data mendukung kebutuhan akan perubahan, dimana agen perubahan menentukan resistensi, mengidentifikasi solusi potensial, dan mulai

mengembangkan konsensus mengenai perubahan. Menilai iklim politik dengan menentukan siapa yang akan mendapat manfaat dari perubahan, mengakses sumber daya, dan memiliki kredibilitas dengan dan rasa hormat dari staf akan meningkatkan kemampuan pemimpin untuk meningkatkan kekuatan pendorong dan mengurangi kekuatan penahan (Lewin, 1951). Sullivan (2012) merekomendasikan untuk mengubah data menjadi tabel atau grafik, sehingga memudahkan administrasi dan penyedia garis depan untuk memahami, dan mungkin menerima, perubahan tersebut (Sullivan, 2012).

Perencanaan membutuhkan partisipasi staf yang akan terpengaruh oleh perubahan. Hubungan antar staf dapat diubah jika struktur, aturan, dan praktik dimodifikasi. Hal ini pada gilirannya mengubah persyaratan tenaga kerja, yang kemudian dapat mengarah pada perekrutan orang baru dengan keterampilan, pengetahuan, sikap, dan motivasi yang berbeda (Sullivan, 2012). Hal ini diantisipasi bahwa resistensi kurang akan dihadapi jika staf terlibat pada tahap perencanaan, karena sikap, cara berpikir, dan perilaku perlu bergeser untuk mengakomodasi cara kerja yang baru.

Weiss dan Tappen (2015) merekomendasikan tiga taktik yang dapat digunakan untuk mencairkan anggota atau staf, diantaranya:

- a) Berbagi informasi adalah cara untuk membantu staf memahami alasan perubahanyang diusulkan.

- b) Diskonfirmasi keyakinan yang dipegang saat ini adalah cara untuk menunjukkan bahwa tujuan saat ini dari sistem target tidak memadai, tidak benar, atau tidak efisien dan oleh karena itu perlu dimodifikasi.
- c) Memberikan keamanan psikologis adalah taktik yang meminimalkan risiko dengan memberikan keamanan yang memadai kepada staf (Weiss & Tappen, 2015).

Taktik ini sangat berharga karena menimbulkan rasa aman dan memfasilitasi kemampuan anggota untuk mempercayai dan menerima perubahan. Ketiga taktik ini mengurangi kecemasan tentang perubahan. Menetapkan tanggal target dan kerangka waktu untuk menentukan kemajuan dan memberikan kesempatan bagi anggota untuk memberikan umpan balik akan mendukung perubahan (Weiss & Tappen, 2015).

3) Tahap implementasi

Rencana dimasukkan ke dalam tindakan. Agen perubahan mengatur nada untuk iklim yang positif dan mendukung, dan metode digunakan untuk terus membujuk anggota menuju perubahan (memberikan informasi, pelatihan, membantu perubahan personel). Strategi digunakan untuk mengubah dinamika kelompok untuk mendorong anggota bertindak berdasarkan keputusan kelompok.

4) Evaluasi

Indikator dipantau untuk menentukan apakah tujuan telah tercapai, dan apa, jika ada, hasil yang tidak diinginkan terjadi dan bagaimana menanggapi konsekuensi yang tidak diinginkan. Setelah hasil yang diinginkan tercapai, agen perubahan mengakhiri peran dengan mendelegasikan tanggung jawab kepada anggota. Kebijakan dan prosedur mungkin diperlukan untuk menstabilkan perubahan sebagai bagian dari praktik sehari-hari. Pemimpin, sebagai pemberi energi dan pendukung, terus memperkuat perilaku melalui umpan balik yang berkelanjutan (Sullivan, 2012).

c. Peran Pemimpin Perawat Dalam Mengelola Perubahan Organisasi

Peran pemimpin perawat sebagai agen perubahan bersifat kompleks dan bervariasi, dan mewakili tantangan kepemimpinan yang signifikan. Perubahan organisasi yang inovatif dapat dikelola secara efektif dengan strategi dan alat kepemimpinan yang telah terbukti (MacPhee, 2007). Agen perubahan memiliki dua tanggung jawab utama: mengubah diri sendiri dan membangun kapasitas orang lain. Stefancyk, dkk (2013) memperkenalkan gagasan pelatih perubahan, yang dibangun di atas peran tradisional seorang pemimpin perawat. Seorang pelatih atau pemimpin perubahan menggunakan perilaku pembinaan yang mencakup bimbingan, fasilitasi, dan inspirasi. Pemimpin menggunakan panduan untuk menetapkan ekspektasi perilaku untuk kinerja staf dan memberikan umpan balik tentang kinerja dalam proyek perubahan.

Sebagai fasilitator, pelatih perubahan mendorong staf untuk berbagi dalam pengambilan keputusan, sehingga menciptakan dan memelihara budaya yang mendukung masukan dari orang lain, memfasilitasi pemikiran kreatif, dan meningkatkan proses menemukan solusi terbaik untuk mengatasi tantangan. Pemimpin mengambil peran inspirasional, mengekspresikan kepercayaan diri dan mengakui staf sebagai memberikan kontribusi yang berarti untuk proses perubahan (STefancyk et al., 2013).

Membangun kemitraan dengan staf yang mencakup komunikasi dua arah, baik secara internal maupun eksternal, sangat penting untuk membangun kepercayaan dan kerja tim (Gilley et al., 2009; Yukl, 2013). Strategi komunikasi dapat mencakup menginformasikan mereka yang terpengaruh oleh perubahan bagaimana perubahan akan mempengaruhi pekerjaan mereka, dan memberikan informasi pada waktu yang tepat untuk membantu mereka membuat keputusan yang efektif. Sarjana perawat (MacPhee, 2007; Morjikian et al., 2007; STefancyk et al., 2013) menyarankan bahwa mengembangkan kepercayaan adalah komponen komunikasi yang efektif, dan hal ini dapat dicapai dengan menunjukkan kemampuan untuk didekati, membangun hubungan baik, mendengarkan, dan menyatakan kembali pendapat orang lain (bahkan ketika pemimpin tidak setuju dengan pendapat tersebut). Mendengarkan staf juga berarti menyadari kelelahan perubahan, suatu kondisi yang dialami oleh individu yang mengalami perubahan tak henti-hentinya dan luar biasa di lingkungan kerja mereka (Bowers, 2011).

Keterampilan dan perilaku kepemimpinan dan manajemen dapat secara positif mempengaruhi pelaksanaan inisiatif perubahan (Gilley et al., 2009).

Panggilan untuk bertindak berarti pemimpin tahu kapan strategi untuk perubahan perlu diubah untuk mendorong pengikut yang efektif. Menavigasi struktur organisasi yang kompleks melalui jaringan kekuasaan formal dan informal adalah dasar untuk menyiapkan panggung untuk perubahan yang sukses. Kelincahan organisasi mengharuskan pemimpin untuk mengetahui dan memahami cara kerja organisasi dan terbiasa dengan kebijakan, praktik, dan prosedur utama (Gilley et al., 2009).

Daftar Pustaka

- Austin, M. ., & Claassen, J. (2008). Impact of organizational change on organizational culture. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 5, 321–359. https://doi.org/10.1300/J394v05n01_12
- Bennis, W., Benner, K., & Chinn, R. (1960). Bennis, W Benner, K Chinn, R. <https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
- Bowers, B. (2011). Managing change by empowering staff. *Nursing Times*, 107, 19–21. <https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change. *Journal of Management Studies*, 41, 977–1002. https://books.google.co.id/books?id=E_NoJzUp1dcC&pg=PA34&dq=change+theory+kurt+lewin&hl=ban&sa=X&ved=2ahUKEwiE4ufj2_35AhWURWwGHe3jDaYQ6AF6B-AgFEAI#v=onepage&q=change theory kurt lewin&f=true
- Drucker, P. (1999). *Management challenges for the 21st century*. Harper Collins.
- Estabrooks, C. ., THompson, D. ., Lovely, J. J. ., & Hofmeyer, A. (2006). guide to knowledge translation theory. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 25–36. <https://doi.org/10.1002/chp.48>

- Gaudine, A., & Lamb, M. (2015). Nursing leadership and managing working in Canadian health care organizations. Toronto.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
- Gilley, A., Gilley, J. W., & McMillan, H.. (2009). Organizational change: Motivation, communication, and leadership effectiveness. *Performance Improvement Quarterly*, 21, 75–94.
<https://doi.org/10.1002/piq.20039>
- Havelock, R. (1973). The change agent's guide to innovation in education. *Educational Technologi*.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
- Hunt, E. (2019). Principles of Professional role development. Springer, 107–118.
<https://studycorgi.com/nursing-change-theory-and-the-diffusion-of-innovation-model/>
- Kritsonis, A. (2005). Comparison of change theories. *International Journal of Scholarly Academic Intellectual Diversity*, 8, 1–7.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>

Lehman, K. L. (2008). Change Management: magic or mayhem. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24, 176–184.

<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>

Lewin, K. (1951). Field theory in social sciences.

<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>

Lippitt, R., Watson, J., & Westley, B. (1958). The dynamics of planned change. <https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>

MacPhee, M. (2007). Strategies and tools for managing change. *The Journal of Nursing Administration*, 37, 405–413.

<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>

McKenna, H. (1997). *Nursing Theories and Models*.

Morjikian, R., Kimball, B., & Joynt, J. (2007). The nurse executive's role in implementing new care delivery models. *The Journal of Nursing Administration*, 37, 399–404.

Robinson, K. (1990). Nursing models: the hidden costs. *Surgical Nurse*, 3, 11–14.

- Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). Free Press.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
- Salenders, L., & Diets Omar, M. (1991). 'Making nursing models relevant for the practising nurse. *Nursing Practice*, 4, 5–23.
- Shirey, M. (2013). Lewin's theory of planned change as a strategic resource. *Journal Nursing Administration*, 43, 69–72.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31827f20a9>
- Sonia, A. U., & Joan, W. (n.d.). *Common Change Theories and Application to Different Nursing Situations*.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
- STefancyk, A., Hancock, B., & Meadows, M.. (2013). The nurse manager: Change agent, change coach? *Nursing Administration Quarterly*, 37, 13–17.
- Sullivan, E. . (2012). *Effective leadership and management in nursing*.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursingsituations/>

- Szabla, D. B., Pasmore, W. A., Barnes, M. A., & Gipson, A. N. (2017). *The Palgrave Handbook of Organizational Change Thinkers*.
<https://link.springer.com/referencework/10.1007/978-3-319-52878-6>
- Tyson, B. (2010). Havelock's theory of change.
<http://www.brighthubpm.com/change-management/86803-havelocks-theory-of-change/>
- Weedmark, D. (2019, June). Organizational Change Theory. <https://bizfluent.com/how-5859277-change-organizational-structure-due-merger.html>
- Weiss, S. ., & Tappen, R.. (2015). *Essentials of nursing leadership and management*. Philadelphia.
- Wongliglimpiyarat, J., & Yuber, N. (2005). In support of innovation management and Roger's Innovation Diffusion Theory. *Government Information Quarterly*, 22,411–422.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursing-situations/>
- Wright, S.. (1985). 'It's all right in theory. *Nursing Times*, 81, 19–20.
- Yukl, G. (2013). *Leading in organizations*.
<https://leadershipandinfluencingchangeinnursing.pressbooks.com/chapter/chapter-9-common-change-theories-and-application-to-different-nursingsituations/>

Profil Penulis



Betie Febriana, S.Kep., Ns., M.Kep
Ketertarikan penulis terhadap Keperawatan jiwa dimulai sejak menempuh sarjana di Universitas Indonesia 2007 silam. Hal ini yang mendasari penulis melanjutkan studi magister peminatan jiwa di universitas Brawijaya yang selesai tahun 2016.

Penulis mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan jiwa terutama bullying. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga organisasi profesi. Penulis juga terlibat menjadi reviewer nasional soal ujian kompetensi jiwa. Penulis yang dulu aktif di kelembagaan mahasiswa (sebagai wakil ketua Bem fakultas, ketua keputrian masjid UI, dll) saat ini juga aktif mengisi seminar dan kajian keislaman remaja dan mahasiswa baik di kampus dan luar kampus.

Email Penulis: betie.febriana@gmail.com

KONSEP SISTEM DALAM KEPERAWATAN

Ns. Dicky Endrian Kurniawan, M.Kep.
Universitas Jember

Definisi Konsep Sistem

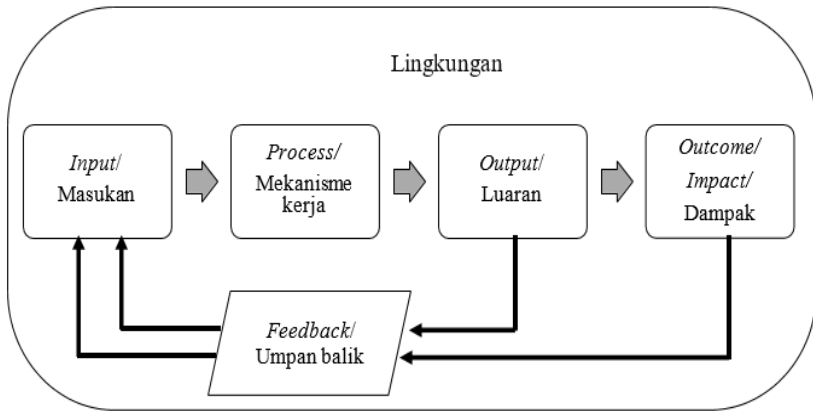
Istilah sistem sering digunakan dalam berbagai bidang ilmu. Istilah sistem berasal dari bahasa Yunani yaitu “*systema*” yang dapat didefinisikan sebagai suatu keseluruhan yang utuh dan terdiri dari bermacam-macam bagian. Jika merujuk pada beberapa pendapat, sistem dapat didefinisikan sebagai gabungan dari elemen-elemen yang saling dihubungkan oleh suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi dalam upaya menghasilkan sesuatu yang telah ditetapkan. Sistem juga didefinisikan sebagai merupakan suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1998). Pendapat lain menyebutkan bahwa sistem juga merupakan suatu struktur konseptual yang terdiri dari fungsi-fungsi yang saling berhubungan yang bekerja sebagai satu unit organik untuk mencapai keluaran yang diinginkan secara efektif dan efisien (Mc Manama, 2010).

Bagian-bagian yang bermacam-macam dalam sistem disebut sebagai unsur atau elemen yang saling berkaitan dan saling mempengaruhi. Untuk mencapai tujuan tertentu, masing-masing unsur atau elemen tersebut harus melakukan kegiatan bersama-sama atau disebut struktur sistem. Tujuannya yaitu untuk menyelesaikan tugas tertentu. Dalam proses kegiatannya, suatu sistem akan membutuhkan jaringan kerja atau prosedur-prosedur yang saling berhubungan atau disebut dengan proses. Oleh karena itu, suatu sistem dapat bergerak jika ada struktur dan prosesnya.

Sistem didefinisikan berbeda-beda seiring perkembangan jaman, tergantung dimana sistem tersebut dikembangkan atau digunakan dalam konteks atau ilmu yang menyertainya. Seperti halnya dalam keperawatan, sistem keperawatan berarti suatu proses pelayanan keperawatan yang melibatkan berbagai elemen, seperti perawat, pasien atau klien, sarana dan prasarana, standar asuhan, standar prosedur operasional, hingga mutu pelayanan keperawatan atau kepuasan pasien.

Komponen Sistem dalam Keperawatan

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa sistem merupakan suatu kumpulan dari beberapa bagian atau unsur yang saling mempengaruhi dan bekerja bersama-sama untuk mencapai tujuan, maka unsur-unsur tersebutlah yang akan mengikuti prosedur kerja. Hubungan dari keterkaitan unsur dan prosedur kerja tersebut dapat dijelaskan melalui Gambar 1.



Gambar 1. Model Umum Hubungan Unsur-unsur dalam Sistem

Berikut ini merupakan unsur-unsur dalam sistem yang mempengaruhi dan berkelanjutan, diantaranya:

1. *Input*

Input atau masukan merupakan bagian atau elemen dari sistem yang diperlukan agar suatu sistem berfungsi. Masukan ini merupakan bahan atau seperangkat elemen yang akan melakukan kegiatan dalam suatu sistem.

2. *Process*

Proses merupakan bagian yang terdapat dalam suatu sistem yang berfungsi sebagai prosedur kerja dan memiliki tujuan untuk mengubah masukan menjadi luaran yang telah direncanakan. Secara sederhana, proses ini adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh input agar tujuan sistem dapat tercapai. Untuk mencapai tujuan yang direncanakan, maka dalam proses inilah suatu sistem dapat dikendalikan atau dikontrol. Berbagai upaya dapat dilakukan untuk mengoptimalkan kinerja sistem melalui upaya meminimalkan dampak faktor penghambat dan memanfaatkan peluang yang baik.

3. *Output*

Output atau luaran merupakan bagian dari sistem yang dihasilkan oleh prosedur kerja atau hasil dari berlangsungnya proses yang telah direncanakan oleh sistem.

4. *Impact/Outcome*

Impact atau *outcome* merupakan dampak yang akan terjadi ketika suatu sistem bekerja dan menghasilkan luaran, baik itu dampak positif maupun negatif. Dampak positif merupakan akibat yang sesuai atau diharapkan dari suatu luaran atas berlangsungnya proses dalam sistem. Sedangkan dampak negatif merupakan akibat yang tidak sesuai atau tidak diharapkan dari luaran atas berlangsungnya proses dalam sistem.

5. *Feedback*

Feedback atau umpan balik merupakan bagian dari suatu sistem yang merupakan luaran sekaligus sebagai masukan kembali oleh sistem. Umpan balik ini merupakan suatu proses perbaikan atau koreksi diri dalam sistem untuk menentukan tindak lanjut yang akan dilakukan berikutnya dalam sistem tersebut. Misalnya, jika dampak yang dihasilkan belum sesuai atau belum mencapai tujuan, maka luaran akan kembali menjadi masukan untuk diperbaiki dalam proses berikutnya.

6. *Environment*

Environment merupakan lingkungan di luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem yang sedang bekerja, namun memiliki pengaruh yang terhadap sistem. Lingkungan ini akan mempengaruhi bagaimana sistem tersebut berjalan dengan baik atau menjadi tidak efektif.

Lingkungan di luar sistem dapat menjadi fakto pendukung ataupun penghambat suatu sistem, namun tidak bisa dikelola oleh sistem tersebut.

Ciri-Ciri Sistem

Suatu sistem dapat disebut sistem jika memiliki beberapa ciri suatu sistem. Banyak ciri sistem yang dikemukakan oleh para pakar. Apabila disederhanakan, sistem memiliki ciri-ciri berikut ini:

1. Sistem memiliki suatu tujuan atau sasaran yang jelas.

Sistem secara alami memiliki suatu tujuan, karena sistem akan bergerak atau melakukan proses jika memiliki tujuan. Sehingga suatu sistem dibentuk karena dan bekerja untuk tujuan tertentu.

2. Sistem memiliki pengaturan diri dan penyesuaian diri.

Pengaturan diri merupakan suatu prosedur kerja dari sistem untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Prosedur kerja dapat juga dikendalikan oleh bagian yang terlibat dalam sistem tersebut. Sehingga sistem tersebut dapat menyesuaikan diri terhadap keberhasilan atau kegagalannya dalam mencapai tujuan. Termasuk didalamnya, sistem akan mampu beradaptasi jika ada ada pengaruh dari luar.

3. Sistem bersifat terbuka dan dapat berinteraksi dengan lingkungannya.

Adanya interaksi dengan lingkungan menjadikan sistem memiliki sifat yang terbuka dan tertutup. Sistem memiliki sifat terbuka jika sistem dapat dipengaruhi atau mempengaruhi lingkungan sekitar yang berada di luar sistem. Sistem memiliki sifat tertutup jika sistem tidak dipengaruhi atau tidak mempengaruhi lingkungan sekitarnya.

Oleh karena itu, setiap sistem perlu memiliki sifat yang terbuka agar dapat terus bergerak dan menyesuaikan terhadap perubahan yang terjadi.

4. Sistem terbentuk dari 2 atau lebih subsistem.

Subsistem merupakan bagian dari sistem yang lebih kecil. Artinya, suatu sistem dapat dibentuk dari sistem yang lebih kecil. Secara sederhana bahwa setiap elemen yang ada dalam sistem merupakan sistem juga. Subsistem yang membentuk suatu sistem dapat saling bergantung dan saling mempengaruhi.

5. Sistem merupakan kesatuan yang bulat dan utuh.

Elemen-elemen yang ada di dalam sistem tidak dapat dipisah-pisahkan karena memiliki perannya masing-masing dan bekerja secara harmonis untuk mencapai suatu tujuan atau sasaran. Setiap elemen akan menjadi satu kesatuan yang utuh di dalam suatu sistem sehingga setiap elemen tidak boleh diabaikan. Pengabaian satu atau lebih elemen dalam sistem akan berdampak pada keberhasilan suatu sistem dalam mencapai tujuan.

6. Setiap elemen saling berinteraksi dan berhubungan.

Seperti yang telah dijelaskan bahwa setiap elemen tidak boleh diabaikan karena semua elemen dalam sistem saling berinteraksi dan berhubungan untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan.

7. Sistem memiliki kemampuan bertransformasi.

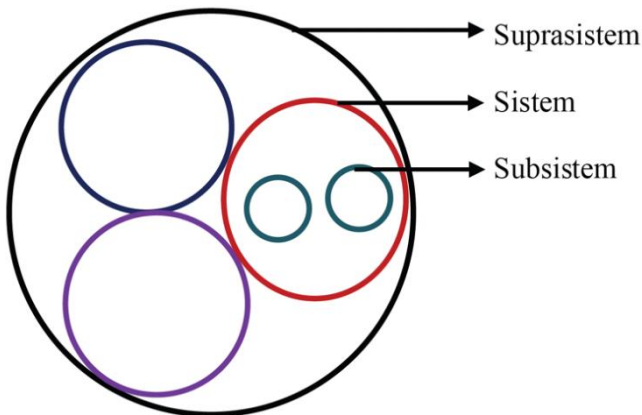
Setiap sistem dapat menyesuaikan dengan setiap perubahan yang terjadi. Jika luaran belum mencapai tujuan, maka luaran tersebut akan menjadi masukan kembali. Jika suatu sistem tidak dapat mencapai tujuan, maka sistem harus memiliki inovasi. Inovasi dibutuhkan agar dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

Inovasi dapat disesuaikan dengan setiap luaran yang telah dihasilkan pada setiap kegiatan. Kemampuan merubah luaran menjadi masukan dalam bentuk inovasi inilah yang dimaksud dengan kemampuan transformasi dari suatu sistem.

Perbedaan Sistem, Subsystem dan Suprasistem

Berdasarkan penjelasan ciri-ciri sistem, suatu sistem yang utuh dapat dibentuk dari sistem yang lebih kecil. Sederhananya bahwa setiap elemen yang ada dalam sistem merupakan sistem yang saling saling bergantung dan saling mempengaruhi. Oleh karena itu, suatu sistem memiliki tingkatan yang digambarkan pada Gambar 2. di bawah ini.

Suprasistem Sistem Subsystem



Gambar 2. Ilustrasi Sistem yang Utuh dan Tingkatannya.

Gambar 2 di atas mengilustrasikan bahwa suatu sistem akan menjadi subsystem atau suprasistem didasarkan pada posisinya. Jika melihat suatu perspektif dari suatu sistem terkecil atau elemen terkecil, maka sistem disebut sebagai subsystem. Sementara itu, jika dilihat dari perspektif yang lebih luas atau lebih besar, maka sistem disebut sebagai suatu suprasistem.

Sehingga subsistem merupakan bagian kecil atau elemen yang membangun suatu sistem.

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

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

Suprasistem merupakan sistem yang mempunyai hubungan dan cakupan yang lebih luas dari sistem-sistem dalam pelayanan kesehatan. Jika suatu sistem menjadi bagian dari sistem lain yang lebih besar dan lebih tinggi tingkatannya, maka sistem yang lebih besar tersebut dikenal sebagai suprasistem. Sebagai contohnya, jika unit-unit atau instalasi-instalasi yang ada di dalam rumah sakit disebut sebuah sistem, maka keseluruhan pelayanan kesehatan dan manajemen di rumah sakit berkedudukan sebagai suprasistemnya.

Suprasistem ini menjadi bagian pengambil kebijakan dan penentu dalam pencapaian pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien agar mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien optimal.

Penerapan Sistem dan Pendekatan Sistem dalam Pelayanan Keperawatan

Menurut Undang-Undang No. 38 Tahun 2014, "Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat." Sedangkan "Pelayanan 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." Oleh karena itu, jika dilihat dari perspektif sistem, keperawatan tersusun atas empat elemen, yaitu:

1. Ilmu dan kiat sains keperawatan yang diterapkan,
2. Berorientasi pada pelayanan, yang bertujuan untuk membantu mengatasi masalah kesehatan klien,
3. Klien dalam keperawatan yaitu individu, keluarga, kelompok, dan komunitas, serta
4. Ada 3 tingkatan pelayanan keperawatan (pencegahan primer, sekunder, dan tersier) dengan pendekatan proses keperawatan.

Sistem dalam keperawatan merupakan suatu kesatuan dari elemen keperawatan yang saling terkait untuk mencapai tujuan yang ditetapkan secara efektif dan efisien. Untuk memahami bahwa pelayanan keperawatan merupakan suatu sistem, maka sistem keperawatan memiliki struktur yang kompleks, terbuka, dinamis, serta memiliki fungsi pengambilan keputusan dan umpan baliknya.

Oleh karena itu, pelayanan keperawatan pada klien dapat menggunakan pendekatan suatu sistem.

Pencapaian tujuan dalam keperawatan dapat dilakukan dalam proses keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu proses pengambilan keputusan klinis yang sistematis dan berkesinambungan (Kurniawan dkk., 2019). Sistematis disini merupakan proses mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi atau pelaksanaan tindakan, dan evaluasi. Jika ditinjau dari sudut pandang pendekatan sistem, maka proses keperawatan dapat dikatakan sebagai suatu sistem, dimana masukannya adalah pengkajian dan diagnosis keperawatan, sedangkan prosesnya adalah perencanaan dan implementasi, serta luarannya adalah evaluasi, sedangkan dampaknya adalah mutu dari pelayanan keperawatan.

Pendekatan sistem merupakan penerapan prosedur logis & rasional dari kesatuan komponen yang saling terkait untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Pendekatan sistem dalam keperawatan merupakan suatu metode analisis, desain, dan manajemen untuk mencapai tujuan, yaitu menyelesaikan masalah klien. Penggunaan pendekatan sistem dapat membantu perawat untuk memahami dan menganalisis fenomena yang terjadi dalam pelayanan keperawatan, sehingga perawat dapat memberikan pelayanan yang aman kepada kliennya (WHO, 2012). Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan pendekatan sistem dapat meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan klinis dan menurunkan risiko terjadinya cedera klien (Leveson dkk., 2020).

Sebagai suatu pendekatan untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan klien, sistem memiliki beberapa keuntungan, diantaranya:

1. Masukan dapat diatur dan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan keperawatan,
2. Proses dapat diarahkan untuk mencapai luaran atau tujuan yang telah ditetapkan,
3. Luaran keperawatan ditentukan agar dapat diukur dengan tepat dan obyektif, serta
4. Umpan balik dapat didapatkan dari hasil evaluasi dan/atau pada setiap tahap pelaksanaan proses keperawatan.

Berikut ini merupakan contoh penerapan pendekatan sistem dalam proses keperawatan (Meyer & O'Brien-Pallas, 2010):

1. Masukan, merupakan elemen yang terdiri dari manusia (baik pasien ataupun perawat), material (seperti alat dan bahan perawatan), sumber daya keuangan, dan informasi (seperti kondisi ruangan pasien dan standar asuhan).
2. Proses, merupakan elemen pelayanan atau asuhan, seperti intervensi keperawatan
3. Luaran, merupakan elemen yang terdiri dari pencapaian tujuan, teratasinya masalah atau tidak.
4. Dampak, merupakan elemen yang berisi kemanfaatan bagi klien dan keluarganya.
5. Umpan balik, elemen sistem baik yang positif atau negatif, baiknya adalah jasa pelayanan perawat dan tingginya mutu akreditasi, sedangkan negatifnya adalah rendahnya mutu organisasi atau instansi pelayanan.

Pendekatan sistem selain diterapkan dalam proses keperawatan, juga digunakan oleh beberapa pakar keperawatan dalam mengembangkan teori keperawatan.

Para pakar keperawatan menggunakan pendekatan sistem untuk memberikan makna pada perawat dalam memahami suatu fenomena yang terjadi dalam proses keperawatan. Sebagai contoh teori atau model keperawatan yang menggunakan pendekatan sistem yaitu "Model Sistem Konseptual" dari Betty Neuman, "Manusia yang Seutuhnya" dari Martha E. Rogers, "Model Adaptasi" dari Sister Callista Roy, "Sistem Konseptual dan Teori Pencapaian Tujuan" dari Imogene M. King, "Teori Defisit Perawatan Diri" dari Dorothea E. Orem, dan "Model Sistem Perilaku" dari Dorothy E. Johnson (Alligood, 2017).

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2017). *Pakar teori keperawatan dan karya mereka* (Edisi 8 Volume 1), terjemahan. Singapura: Elsevier Pte Ltd.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar teori keperawatan dan karya mereka* (Edisi 8 Volume 2), terjemahan. Singapura: Elsevier Pte Ltd.
- Awad, E. M., & Ghaziri, H. M. (2007). *Knowledge management*. India: Dorling Kindersley Pvt. Ltd.
- Azwar, A. (1998). *Pengantar administrasi kesehatan* (Edisi 2). Jakarta: PT. Binarupa Aksara.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2022). *Kozier & Erb's Fundamental of nursing: Concepts, process, and practice* (Edisi 11). United Kingdom: Pearson Education Limited.
- Awad, E. M. (1979). *Systems analysis and design*. Illinois, USA: Richard D. Irwin Inc.
- Kurniawan, D. E., Afandi, A. T., Purwandari, R., Rifai, A., Ardiana, A., & Nur, K. R. M. (2019). *Proses dan dokumentasi keperawatan: Pendekatan konsep dan praktik*. Bondowoso, Indonesia: KHD Production.
- Leveson, N., Samost, A., Dekker, S., Finkelstein, S., & Raman, J. (2020). A Systems approach to analyzing and preventing hospital adverse events. *J Patient Saf.*, 16(2):162-167.doi: 10.1097/PTS.0000000000000263.
- Luhmann, N. (2013). *Introduction to systems theory*. United Kingdom: Polity Press.
- Mc. Manama, J. (2010). *Design dan perencanaan sistem informasi*. Jakarta: Luxima

- Meyer, R. M., & O'Brien-Pallas, L. L. (2010). Nursing Services Delivery Theory: an open system approach. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2828–2838. doi: 10.1111/j.1365- 2648.2010.05449.x
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (Edisi 10). St. Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- Shrode, W. A., & Voich, J. D. (1974). *Organization and management: Basic system concepts*. Kuala Lumpur, Malaysia: Irwin Book Co.
- Undang-undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. (12 September 2022) Diakses dari <https://jdih.kemenkopmk.go.id/>
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: foundations, development, applications*. New York: George Braziller, Inc.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Systems and the effect of complexity on patient care*. (12 September 2022) Diakses dari <https://cdn.who.int/>

Profil Penulis



**Ns. Dicky Endrian Kurniawan,
M.Kep.**

Mengawali pendidikan keperawatan pada tahun 2007 di Program Studi Diploma III Keperawatan Akademi Kesehatan Rustida Banyuwangi hingga tahun 2010. Mendapatkan kesempatan untuk studi Sarjana Keperawatan dan Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang hingga tahun 2014. Di tahun yang sama melanjutkan studi di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dan lulus tahun

2016. Setelah lulus, mengawali karir sebagai tenaga pendidik di Laboratorium Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember, hingga saat ini. Saat ini tergabung secara aktif di kelompok riset-pengabdian masyarakat (KeRis-DiMas) *Center of Fundamental Nursing Studies (CFUNS)* yang berfokus pada keperawatan dasar, manajemen keperawatan, dan keperawatan HIV AIDS. Selain menjadi tenaga pendidik, juga aktif menjadi *managing editor* di *Nursing and Health Sciences Journal (NHSJ)*, serta *editor* dan *reviewer* di jurnal nasional maupun internasional. Hasil penelitian dan pengabdian masyarakat serta publikasi baik buku ataupun artikel jurnal dapat dilihat di Google Scholar, SINTA (ID SINTA: 6007111), Scopus (ID Scopus: 57211793590), maupun *Web of Science*.

Email Penulis: dickyendrian@unej.ac.id

REVIEW THEORY FLORENCE NIGHTINGALE

Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes
Universitas Nusa Nipa

Tujuan Teori *Florence Nightingale*

Florence Nightingale (1859) menyatakan bahwa keperawatan dilihat sebagai tindakan nonkuratif yaitu membuat klien dalam kondisi terbaik secara alami, melalui penyediaan lingkungan yang kondusif untuk terjadinya proses *reparative*. Sedangkan intervensi keperawatan menurut Florence Nightingale adalah membuat pasien dalam kondisi yang paling baik secara alamiah. Konsep model Florence Nightingale berfokus pada lingkungan yang diadaptasi dari konsep Murray dan Zentner yang menyatakan bahwa lingkungan dapat mencegah, menekan dan mendorong suatu penyakit, kecelakaan atau kematian, yang merupakan kondisi eksternal dan mempunyai pengaruh yang berdampak pada kehidupan dan perkembangan. Fokus konsep sentral ini adalah adanya 5 hal esensial dalam menjaga kesehatan yaitu udara segar, air bersih, saluran pembuangan yang efisien, kebersihan, cahaya/ventilasi. Nightingale juga merasa perawat harus menggunakan nalar sehat untuk meraih kondisi-kondisitersebut tetapi harus disertai dengan ketekunan, observasi dan kecerdasan.

Nightingale menganggap seseorang yang dirinya ingin sehat maka perawat, alam dan orang tersebut harus bekerja sama agar proses *reparative* dapat berjalan.

Florence Nightingale merupakan salah satu pendiri yang meletakkan dasar-dasar teori keperawatan yang melalui filosofi keperawatan yaitu dengan mengidentifikasi peran perawat dalam menemukan kebutuhan dasar manusia pada klien serta pentingnya pengaruh lingkungan dalam perawatan orang sakit yang dikenal teori lingkungannya. Model konsep Florence Nightingale memposisikan lingkungan adalah sebagai fokus asuhan keperawatan, dan perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit model konsep ini dalam upaya memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran. Orientasi pemberian asuhan keperawatan/tindakan keperawatan lebih di orientasikan pada yang adekuat, dengan dimulai dari pengumpulan data dibandingkan dengan tindakan pengobatan semata, upaya teori tersebut dalam rangka perawat mampu menjalankan praktik keperawatan mandiri tanpa tergantung dengan profesi lain.

Penulis kontemporer mulai menggali hasil pekerjaan Florence Nightingale sebagai sesuatu yang mempunyai potensi menjadi teori dan model konseptual dari keperawatan Meleis 1985, Torres 1986, Marriner-Tomey 1994, Chinn and Jacobs 1995, Meleis 1985 mencatat bahwa konsep Nightingale menempatkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan dan perhatian dimana perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit merupakan upaya awal untuk memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran. Konsep Nightingale menempatkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan dan perhatian dimana perawat tidak perlu memahami seluruh proses penyakit merupakan upaya awal untuk memisahkan antara profesi keperawatan dan kedokteran.

Tujuan dari teori Nightingale adalah untuk memfasilitasi proses penyembuhan tubuh dengan memanipulasi lingkungan klien. Lingkungan klien dimanipulasi untuk mendapatkan ketenangan, nutrisi, kebersihan, cahaya, kenyamanan, sosialisasi dan harapan yang sesuai. Teori keperawatan berperan dalam membedakan keperawatan dengan disiplin ilmu lain dan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memperkirakan dan mengontrol hasil asuhan atau pelayanan keperawatan yang dilakukan. Nightingale tidak memandang perawat secara sempit yang hanya sibuk dengan masalah pemberian obat dan pengobatan tetapi lebih berorientasi pada pemberian udara, lampu, kenyamanan lingkungan, kebersihan, ketenangan dan nutrisi yang adekuat. Nightingale 1860, Torress 1986. Melalui observasi dan pengumpulan data Nightingale menghubungkan antara status kesehatan klien dengan faktor lingkungan dan sebagai hasil yang menimbulkan perbaikan kondisi hygiene dan sanitasi selama perang Crimean.

Tujuan dari teori Nightingale berperan dalam membedakan keperawatan dengan disiplin ilmu lain dan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memperkirakan dan mengontrol hasil asuhan atau pelayanan keperawatan yang dilakukan dan untuk memfasilitasi proses penyembuhan tubuh dengan memanipulasi lingkungan klien.

Latar Belakang Penggagas Teori Florence Nightingale

Era modern keperawatan ialah era perkembangan sistematis dari keperawatan menuju kepada keperawatan sebagai profesi. Bermula dari pandangan dan pernyataan dari Florence Nightingale yang mempunyai visi yang sangat maju tentang keperawatan dalam perkembangan teori keperawatan (Kusnanto, 2004).

Teori keperawatan berperan dalam membedakan keperawatan dengan disiplin ilmu lain dan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memperkirakan, dan mengontrol hasil asuhan atau pelayanan keperawatan yang dilakukan. Teori keperawatan digunakan untuk menyusun suatu model konsep dalam keperawatan sehingga model keperawatan ini mengandung arti aplikasi dari struktur keperawatan itu sendiri yang memungkinkan perawat untuk menerapkan cara mereka bekerja dalam batas kewenangan sebagai perawat. Konsep Keperawatan merupakan ide untuk menyusun suatu kerangka konseptual atau model keperawatan. Model konseptual keperawatan merupakan suatu cara untuk memandang situasi dan kondisi pekerjaan yang melibatkan perawat di dalamnya. Model konseptual keperawatan memperlihatkan petunjuk bagi organisasi dimana perawat mendapatkan informasi agar mereka peka terhadap apa yang terjadi pada suatu saat dengan apayang terjadi pada suatu saat juga dan tahu apa yang harus perawat kerjakan.

Pandangan model konsep dan teori ini merupakan gambaran dari bentuk pelayanan keperawatan yang akan diberikan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia berdasarkan tindakan dan lingkup pekerjaan dengan arah yang jelas dalam pelayanan keperawatan. Dalam keperawatan terdapat beberapa model konsep keperawatan berdasarkan pandangan ahli dalam bidang keperawatan, yang memiliki keyakinan, dan nilai yang mendasarinya, tujuan yang hendak dicapai serta pengetahuan dan keterampilan yang ada. Dan salah satunya adalah “Model Konsep dan Teori Keperawatan Florence Nightingale”.

Uraian Teori *Florence Nightingale*

Nightingale merupakan seorang pelopor ilmu keperawatan yang lahir pada tanggal 12 Mei tahun 1820 di *Florence, Italia*. Ia meninggal pada usia yang ke-90 tahun pada tanggal 13 Agustus tahun 1910 di London Inggris. *Florence* dibesarkan dalam keluarga yang berada, namanya diambil dari kota kelahirannya. Pada tahun 1851, ia mengikuti pelatihan keperawatan untuk pertama kalinya di *Kaiserwuth, Jerman*. *Nightingale* merupakan pelopor perawat di RS. St. Thomas Hospital di London. Pada saat terjadinya perang *Crimea*, *Nightingale* menjadi pejabat negara Inggris agar dapat memberikan asuhan keperawatan di RS Militer Scutari Turki. Kemudian *Florence Nightingale* dikenal dengan sebutan “Bidadari Berlampu (*The Lady of The Lamp*)” karena jasanya yang tanpa kenal takut mengumpulkan korban dalam perang *Crimea*. *Florence* dikenal sebagai sosok seorang wanita yang pantang menyerah dalam merawat pasien dan berjiwa penolong serta ia memiliki peran yang sangat penting dalam perkembangan ilmu keperawatan.

Model Konsep dan Teori Keperawatan Menurut *Florence Nightingale*

Dalam model konsepnya, *Florence Nightingale* memposisikan lingkungan sebagai fokus utama asuhan keperawatan sehingga perawat tidak harus memahami seluruh proses penyakit. Model konsep ini sebagai upaya memisahkan antara profesi keperawatan dengan kedokteran. Pada umumnya asuhan keperawatan yang diberikan lebih di orientasikan pada pemberian udara, lampu, kebersihan, kenyamanan lingkungan, ketenangan dan nutrisi yang adekuat (vitamin dan mineral diberikan dalam jumlah yang cukup), dengan dimulai dari pengumpulan data yang dibandingkan dengan tindakan pengobatan semata.

Upaya dari teori ini dalam rangka perawat agar mampu menjalankan praktik mandiri tanpa tergantung dengan profesi lain.

Tiga Lingkungan Utama Dalam Teori Florence Nightingale

1. Lingkungan Fisik (*Physical Environment*)

Menurut Florence Nightingale lingkungan dasar yang alami berhubungan dengan ventilasi dan udara. Lingkungan fisik yang bersih akan sangat mempengaruhi pasien dimanapun pasien itu berada, baik itu di dalam ruangan harus bebas dari debu, bau-bauan, dan asap. Demikian juga dengan tempat tidur harus bersih, ruangan hangat, udara bersih dan tidak lembab.

Dibuatnya lingkungan ini sampai dengan sedemikian rupa agar dapat memudahkan perawatan bagi orang lain maupun dirinya sendiri. Baik itu luas dan tinggi tempat tidur harus memberikan keleluasaan bagi pasien untuk beraktivitas. Kamar tidur harus mendapatkan penerangan yang cukup, jauh dari kebisingan dan bau limbah. Posisi pasien ditempat tidur harus diatur dengan sedemikian rupa agar mendapatkan ventilasi yang cukup.

2. Lingkungan Psikologi (*Psychology Environment*)

Menurut Florence Nightingale kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stres fisik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Karena hal itu pasien diharuskan menjaga rangsangan fisiknya. Mendapatkan makanan dan sinar matahari yang cukup, sertamelakukan aktivitas manual yang dapat merangsang semua faktor untuk dapat mempertahankan emosinya.

Komunikasi yang terjalin dengan pasien dipandang dalam suatu konteks lingkungan secara menyeluruh, komunikasi tidak boleh dilakukan secara terburu-buru atau terputus-putus.

Komunikasi terkait pasien yang dilakukan dokter dengan keluarga sebaiknya dilakukan dilingkungan pasien dan kurang baik dilakukan diluar lingkungan pasien atau jauh dari pendengaran pasien. Jangan memberikan harapan yang terlalu muluk dan menasehati secara berlebihan tentang kondisi penyakitnya. Selain itu, membicarakan tentang kondisi lingkungan tempat dia tinggal, atau menceritakan hal-hal yang menyenangkan akan memberikan rasa nyaman bagi pasien.

3. Lingkungan Sosial (*Social Environment*)

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

Hasil atau Temuan dari Penggagas Teori *Florence Nightingale*

Nightingale menggunakan penalaran induktif untuk mendapatkan intisari kesehatan, penyakit dan Keperawatan dari pengamatan dan pengalamannya. Pendidikan masa kecilnya, terutama dalam filsafat dan matematika, telah berkontribusi dalam kemampuan berpikir logis dan penalaran induktifnya, misalnya pengamatannya tentang kondisi di rumah sakit scutari menuntunnya yang terkontaminasi, kotor dan gelapakan menyebabkan penyakit. Dia tidak hanya mencegah penyakit berkembang di lingkungan seperti itu, tetapi juga memvalidasi hasil dengan pencatatan yang cermat. Dari pelatihannya sendiri, pengalaman yang singkatnya sebagai seorang pengawas di London, dan pengalamannya di Krimea, dia membuat pengamatan dan menetapkan prinsip-prinsip untuk pelatihan perawat dan perawatan pasien.

Aplikasi Teori *Florence Nightingale* dalam Praktik Keperawatan

Model Konseptual keperawatan dalam Keperawatan Komunitas Keperawatan Komunitas adalah suatu bentuk pelayanan yang didasarkan ilmu & kiat keperawatan ditujukan terutama pada kelompok risti (kalangan dengan risiko tinggi) dalam upaya meningkatkan status kesehatan komunitas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta tidak mengabaikan care & rehabilitasi keperawatan.

Menurut WHO (1974), keperawatan komunitas mencakup keperawatan kesehatan keluarga (nurse health family) juga kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas, membantu masyarakat mengidentifikasi masalah kesehatannya sendiri, serta memecahkan masalah

kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan yang ada pada mereka sebelum mereka meminta bantuan kepada orang lain. Tujuan keperawatan komunitas adalah kemandirian komunitas dalam pemeliharaan kesehatan, pelayanan keperawatan harus berkelanjutan. Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh komunitas/masyarakat termasuk kalangan, kelompok khusus dan atau yg berisiko.

Ciri-ciri praktik keperawatan di komunitas yakni a) Bersifat umum & komprehensif b) Asuhan yang diberikan berlanjut/berkesinambungan c) Pada semua kondisi sebat-sakit & semua siklus tumbang. Manusia berfokus pada upaya pencegahan penyakit & peningkatan kesehatan, berfokus pada sasaran kalangan, kelompok risti di komunitas, melibatkan klien dan sebagai mitra dalam asuhan dimana pemberian intervensi lebih banyak bersifat mandiri secara profesional, bekerjasama dengan profesi lain atau institusi lain yang terkait dalam mengatasi masalah. Prinsip-prinsip kesehatan komunitas pada praktik keperawatan komunitas adalah kemanfaatan, otonomi dan keadilan.

Perbedaan Keperawatan di Rumah Sakit dengan Keperawatan Komunitas

1. Fokus pasien di RS
2. Pelayanan keperawatan bersifat kejadian kasus (episodik)
3. Bekerja pada unit-unit tertentu
4. Bekerja pada RS/institusi
5. Menerima instruksi untuk pengobatan
6. Merencanakan & melaksanakan pelayanan keperawatan yang bersifat individu

7. Observasi terbatas pada interaksi kalangan & indikator kesehatan
8. Hubungan terbatas yaitu hanya dengan profesi lain di rumah sakit.

Model Konsep Lingkungan *Florence Nightingale* (1859) dalam Keperawatan Komunitas

Model ini menekankan pengaruh lingkungan terhadap klien yang dikenal dengan istilah *environmental model*. Model konsep Florence menempatkan lingkungan sebagai fokus asuhan keperawatan dan perawat komunitas berupaya memberikan bantuan asuhan keperawatan berupa pemberian udara bersih dan segar, penerangan (lampu) yang tepat, kenyamanan lingkungan, mengatur kebersihan, keamanan dan keselamatan serta pemberian nutrisi (gizi) yang adekuat, yang pelaksanaannya diupayakan secara mandiri tanpa bergantung pada profesi lain. Kesehatan dilihat dari fungsi interaksi antara keperawatan, manusia, dan lingkungan. Misalnya, lingkungan yang kotor tidak baik untuk kesehatan, sedangkan lingkungan yang bersih dapat mengurangi penyakit.

1. Lingkungan fisik (*physical environment*)

Lingkungan fisik merupakan lingkungan dasar/alami yang berhubungan dengan ventilasi dan udara. Faktor tersebut mempunyai efek terhadap lingkungan fisik yang bersih yang selalu akan mempengaruhi pasien dimanapun dia berada didalam ruangan harus bebas dari debu, asap, bau-bauan. Tempat tidur pasien harus bersih, ruangan hangat, udara bersih, tidak lembab, bebas dari bau-bauan.

2. Lingkungan psikologi (*psychologi enviroment*).

Lingkungan psikologi Florence Nightingale melihat bahwa kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stress fsiik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Oleh karena itu ditekankan kepada pasien menjaga rangsangan fisiknya. Mendapatkan sinar matahari, makanan yang menarik dan aktivitas manual dapat merangsang semua faktor untuk membantu pasien dalam mempertahankan emosinya.

3. Lingkungan sosial (*social environment*).

Lingkungan sosial. Observasi dari lingkungan sosial terutama hubungan yang spesifik, kumpulan data-data yang spesifik dihubungkan dengan keadaan penyakit, sangat penting untuk pencegahan penyakit. Dengan demikian setiap perawat harus menggunakan kemampuan observasi dalam hubungan dengan kasus-kasus secara spesifik lebih darisekedar data-data yang ditunjukkan pasien pada umumnya.

Aplikasi Teori Florence Nightingale Berkaitan dengan Konsep Keperawatan

1. Individu/manusia memiliki kemampuan besar untuk perbaikan kondisinya dalam menghadapi penyakit.
2. Keperawatan bertujuan membawa/mengantar individu pada kondisi terbaik untuk dapatmelakukan kegiatan melalui upaya dasar untuk mempengaruhi lingkungan.
3. Sehat/sakit. Fokus pada perbaikan untuk sehat
4. Masyarakat/lingkungan. Melibatkan kondisi eksternal yang mempengaruhi kehidupan dan perkembangan individu, fokus pada ventilasi, suhu, bau, suara dan cahaya.

Aplikasi Teori *Florence Nightingale* Berkaitan dengan Proses Keperawatan Komunitas

1. Pengkajian / pengumpulan data

Data pengkajian Florence Nightingale lebih menitikberatkan pada kondisi lingkungan (lingkungan fisik, psikis dan sosial). Pada analisa data, data di kelompokkan berdasarkan lingkungan fisik, sosial dan mental yang berkaitan dengan kondisi klien yang berhubungan dengan lingkungan keseluruhan. Masalah difokuskan pada hubungan individu dengan lingkungan misalnya :

- a. Kurangnya informasi tentang kebersihan lingkungan.
- b. Pembuangan sampah
- c. Pencemaran lingkungan
- d. Komunikasi sosial, dll

2. Diagnosa keperawatan

Berbagai masalah klien yang berhubungan dengan lingkungan antara lain:

- a. Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap efektivitas asuhan.
- b. Penyesuaian terhadap lingkungan. Implementasi Upaya dasar merubah/mempengaruhilingkungan yang memungkinkan terciptanya kondisi lingkungan yang baik yang mempengaruhi kehidupan, pertumbuhan dan perkembangan individu.
- c. Evaluasi. Mengobservasi dampak perubahan lingkungan terhadap kesehatan individu. Adaptasi menunjukkan penyesuaian diri terhadap kekuatan yang melawannya.

Teori kebutuhan menurut Maslow pada dasarnya mengakui pada penekanan teori Florence Nightingale, sebagai contoh kebutuhan oksigen dapat dipandang sebagai udara segar, ventilasi dan kebutuhan lingkungan yang aman berhubungan dengan saluran udara yang baik dan air yang bersih.

Akhirnya, beberapa penulis telah menganalisis peran Nightingale dalam gerakan kesetaraan, terutama dalam konteks pengembangan teori feminis. Meskipun dia telah dikritik karena tidak aktif berpartisipasi dalam gerakan ini, Nightingale menunjukkan dalam sebuah surat kepada John Stuart Mill bahwa dia bisa melakukan pekerjaan untuk perempuan dengan cara lain (Woodham-Smith, 1951). Esainya berjudul *Cassandra* (Nightingale 1852) mencerminkan dukungan terhadap konsep yang sekarang dikenal sebagai feminis. Para sarjana terus mengkaji dan menganalisis perannya dalam gerakan feminis pada era modern ini (Dossey, 2000; Hektor, 1994; Hollyday & Parker, 1997; Selanders, 2010; Welch, 1990). Selanders (2010) berpendapat kuat bahwa keyakinannya sebagai seorang feminis adalah integral bagi perkembangan keperawatan profesional modern.

Teori Nightingale telah digunakan untuk memberikan pedoman umum kepada semua perawat karena dia memperkenalkannya lebih dari 150 tahun yang lalu. Meskipun beberapa kegiatan yang dia gambarkan tidak lagi relevan, universalitas dan kelanggengan dari konsepnya tetap relevan. Perawat semakin menyadari sebuah komponen penting dari praktik Keperawatan. Burnos Bolton dan Goodenough dan Weir-Hughes semua telah menulis tentang pengukuran hasil-hasil pasien dan metode-metode peningkatan kualitas didasarkan pada gagasan pengamatan Nightingale.

Konsep hubungan perawat, pasien dan lingkungan tetap berlaku disemua tata cara Keperawatan saat ini. Oleh karena itu mereka memenuhi kriteria kerumunan. Prinsip-prinsip Keperawatan Nightingale tetap sebagai dasar Keperawatan saat ini. Aspek lingkungan dari teorinya yaitu ventilasi, kehangatan, ketenangan, diet dan kebersihan tetap menjadi komponen integral dari asuhan Keperawatan. Sebagai perawat yang melakukan praktik di abad kedua puluh satu, relevansi konsepnya berlanjut; pada kenyataanya, mereka telah meningkatkan relevansi sebagai masyarakat global yang menghadapi masalah baru dalam pengendalian penyakit. Meskipun sanitasi modern dan pengolahan air telah mengendalikan sumber dan pengolahan air telah mengendalikan sumber tradisional penyakit dengan cukupberhasil di Amerika Serikat, air yang terkontaminasi akibat perubahan lingkungan ataupun pengenalan kontamin yang tidak biasa menjadi masalah kesehatan dalam banyak masyarakat. Meskipun beberapa alasan Nightingale telah dimodifikasi atau dibantah oleh kemajuan media dan penemuan ilmiah, banyak dari konsepnya telah mengalami tes waktu dan kemajuan media penemuan ilmiah, banyak dari konsepnya telah mengalami tes waktu dan kemajuan teknologi. Hal ini jelas bahwa banyak dari teorinya masih relevan untuk Keperawatan masa kini. Konsep dari tulisan Nightingale dari komentar public hingga penelitian ilmiah, terus disebut-sebut dalam literature Keperawatan. Nightingale mencurahkan tenaganya tidak hanya untuk pengembangan keperawatan sebagai suatu kejuruan profesi, bahkan lebih dari itu untuk mengatasi masalah social pada tingkat lokal, nasional, dan intenasional dalam upaya meningkatkan lingkungan hidup masyarakat miskin dan untuk menciptakan perbaikan sosial.

Untuk tingkat yang luar biasa, tulisan Nightingale mengarahkan perawat untuk mengambil tindakan atas nama pasien dan perawat. Arahan ini mencakup area praktik, penelitian dan pendidikan. Prinsip-prinsipnya adalah untuk membentuk praktik Keperawatan yang paling spesifik. Dia mendesak perawat untuk berbicara ke para dokter dengan bukan pendapat anda, meskipun disampaikan dengan baik-baik, tapi fakta anda. Demikian pula, ia menyarankan bahwa, jika anda tidak bisa mendapatkan kebiasaan pengamatan dengan salah satu cara atau yang lain, anda sebaiknya menyerah menjadi perawat, mungkin profesi ini bukan panggilan untuk anda, namun kemurahan hati dan kesadaran bisa menjadikan anda sebagai perawat.

Pandangan Nightingale tentang kemanusiaan konsisten dengan teorinya tentang Keperawatan. Dia percaya pada kemanusiaan yang kreatif dan universal dengan potensial dan kemampuan untuk tumbuh dan berubah. Prinsip-prinsip dasar Nightingale tentang pengaturan lingkungan dan Perawatan pasien dapat diterapkan dalam tata cara keperawatan kontemporer. Meskipun terbuka untuk dikritik, teori dan prinsip-prinsipnya masih relevan dengan identitas professional dan praktik Keperawatan.

Sebagaimana orang membaca *Notes on Nursing*, kalimat dan pengamatan yang dilakukan oleh Nightingale dapat memiliki makna besar bagi dunia keperawatan saat ini. Florence Nightingale mendefinisikan keterampilan, perilaku dan pengetahuan yang diperlukan untuk keperawatan professional. Sisa-sisa deskripsi ini melayani profesi keperawatan dengan baik pada hari ini, meskipun asal-usulnya mungkin tidak diketahui oleh perawat masa sekarang. Karena perubahan ilmiah dan sosial yang terjadi di dunia, beberapa pengamatan Nightingale telah disanggah, hanya untuk menemukan masalah analisis yang lebih dekat bahwa keyakinan, filosofi dan

pengamatan yang mendasarnya masih terus berlaku. Nightingale tidak sadar berusaha untuk mengembangkan apa yang dianggap sebagai teori Keperawatan.

Perawat, baik mahasiswa maupun praktisi, akan bijaksanam untuk menjadi akrab dengan tulisan asli Nightingale dan untuk meninjau banyak buku dan dokumen yang tersedia sampai sekarang. Jika anda telah membaca *Notes On Nursing*, membacanya ulang akan mengungkapkan ide-ide baru dan inspiratif serta memberikan sekilas rasa masam humornya. Logika dan akal sehat yang terwujud dalam tulisan-tulisan Nightingale berfungsi untuk merangang pemikiran produktif bagi perawat serta individual dan profesi Keperawatan. Meniru kehidupan Nightingale adalah cara menjadi warga negara yang baik dan pemimpin yang baik dalam masyarakat, negara dan dunia. Adalah benar bahwa Nightingale seharusnya terus diakui sebagai pendiri keperawatan modern yang brilian dan kreatif dan ahli teori keperawatan yang pertama. Apa yang akan dikatakan, mungkin dia akan menetapkan tujuan logika, serta mengungkapkan analisis dan kritik.

Satu abad setelah kematian kematian Nightingale komunitas Keperawatan di seluruh dunia memberi perhatian khusus untuk hidup dan karyanya. Secara khusus untuk, *Journal of Holistic Nursing*, menerbitkan beberapa artikel. Dari catatan khusus artikel Beck, mengidentifikasi tujuh rekomendasi untuk praktik keperawatan abad ke-21, berdasarkan filosofi Nightingale yang menyerukan panggilan yang lantang untuk para perawat di seluruh dunia untuk meniru kerja Nightingale. Prinsip-prinsip Nightingale tentang pelatihan perawat menyediakan kerangka universal untuk sekolah pelatihan perawat rintisan, dimulai dengan St. Thomas Hospital dan King's Collega Hospital di London menggunakan model pelatihan perawat Nightingale, berikut tiga sekolah

percobaan yang didirikan di Amerika Serikat pada tahun 1873.

1. Bellevue Hospital di New York
2. New Haven Hospital di Connecticut
3. Massachusetts Hospital di Boston

Pengaruh sistem pelatihan ini dan banyak dari prinsip-prinsipnya masih terbukti dalam program keperawatan saat ini. Meskipun Nightingale menganjurkan kemerdekaan sekolah perawat dari sebuah rumah sakit untuk memastikan bahwa mahasiswa tidak terjebak dalam tenaga kerja cadangan rumah sakit sebagai bagian dari pelatihan mereka selama bertahun-tahun. Nightingale percaya bahwa seni keperawatan tidak bisa diukur dengan tujuan lisensi, tapi dia menggunakan metode pengujian, termasuk studi kasus catatan untuk para calon keperawatan di St.Thomas Hospital.

Jelas Nightingale memahami bahwa praktik yang baik hanya dapat diakibatkan dari pendidikan yang baik. Pesan ini bergema di seluruh tulisannya tentang Keperawatan. Sejarahwan Nightingale Joanne Farley nerespons kepada mahasiswa keperawatan modern dengan mencatat bahwa pelatihan adalah untuk mengajarkan seorang perawat mengetahui tugasnya.

Daftar Pustaka

- Alex, B. (1995). Florence Nightingale: Perempuan dengan lentera dalam perang. Jakarta: Gunung Mulia
- Basil, M. (1987). Florence Nightingale: The Lady of the lamp. Bethany House Publisher.
- Duennes, M. (2011). Florence Nightingale, Healing Touch And The Year Of The Nurse. *Energy Magazine*, 48.
- Firdaus, Teguh, Rahmat. (2015). Peranan Florence Nightingale Dalam Praktik Keperawatan Modern Inggris 1837-1856.

Profil Penulis



Wilhelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes

Lahir di Kota Maumere Kabupaten Sikka Pulau Flores, Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah seorang pengajar yang telah memiliki jabatan Asisten Ahli pada Universitas Nusa Nipa di Maumere. Penulis baru menyelesaikan Program Pasca Sarjana tahun 2107 di Universitas Indonesia Timur-Makassar dengan mengambil magister kesehatan lingkungan. Penulis kini sebagai dosen tetap yayasan pada Universitas Nusa Nipa Indonesia di Maumere, sejak tahun 2012 dan sudah banyak membuat pengabdian kepada masyarakat sebagai bentuk dari salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis juga telah membuat buku dan mendapatkan HaKI atas penerbitan beberapa buku berISBN diantaranya buku *Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Rumah Tangga* tahun 2020, *Promosi Kesehatan* dan *Merdeka Belajar Kampus Merdeka* tahun 2021. Ketertarikan penulis akan membuat buku bertemakan Review Theori Florence Nightingale, mengingat riwayat dan latar belakang Florence Nightingale sangat menggugah penulis dalam kehidupan sehari-hari sebagai seorang perawat yang peka terhadap lingkungan.

Email Penulis: wilhelmusnongbaba@gmail.com

REVIEW THEORY DOROTHEA E. OREM

Ns. Theresia Anita Pramesti, S.Kep., M.Kep.
STIKes Wira Medika Bali

Tujuan Teori Dorothea E. Orem

Profesi keperawatan sebagai pelayanan profesional dalam aplikasinya sudah seharusnya dilandasi oleh dasar keilmuan keperawatan yang kokoh. Perawat diharapkan mampu berfikir logis, dan kritis dalam menelaah dan mengidentifikasi fenomena respon manusia, oleh karena itu penggunaan teori dan model keperawatan sebagai dasar dalam praktik keperawatan harus selalu dilakukan. Teori ini mempunyai pandangan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri, akan tetapi pada situasi tertentu kemampuan itu tidak bisa dilakukan. Salah satu teori keperawatan yang berfokus padapemandirian klien adalah *Self Care Deficit Nursing Theory (SCDTN)* yang diperkenalkan oleh Dorothea Orem pada tahun 1971 pada bukunya yang berjudul *Nursing: Concepts of Practice*. Teori ini mempunyai pandangan bahwa setiap orang mempunyai kemampuan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya secara mandiri, akan tetapi pada situasi tertentu kemampuan itu tidak bisa dilakukan.

Teori Orem menjelaskan bagaimana individu memenuhi kebutuhannya apapun kondisinya dan apabila kebutuhan tersebut terpenuhi dengan baik maka tidak akan ditemukan masalah, sebaliknya apabila seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhannya maka dapat dikatakan

seseorang tersebut mengalami *deficit*. Teori Orem dengan tegas mencoba mengoptimalkan kemampuan alami setiap klien dalam memenuhi kebutuhannya. Peran perawat dalam pandangan teori ini digambarkan sebagai *self care agency* yaitu agen yang mampu membantu klien dalam mengembalikan perannya. Teori ini mampu memberikan gambaran tentang bentuk asuhan yang harus diberikan pada klien pada keadaan tertentu, dimana antara klien dan perawat harus memiliki pemahaman tentang pandangan *self-care*. Proses asuhan keperawatan lebih bertumpu pada pelayanan terapeutik yang mandiri dengan melibatkan setiap individu agar mampu melakukannya secara mandiri.

Sistem yang dibangun dari tiga teori utama ini mampu menghasilkan kolaborasi pelayanan keperawatan yang unik, tidak hanya dari prosesnya, tapi juga dari hasilnya yang dapat membuat klien mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan penyakitnya. Model ini pada awalnya berfokus pada individu kemudian edisi kedua tahun 1980 dikembangkan pada *Multiperson's Units* (keluarga, kelompok dan komunitas) dan pada edisi ketiga sebagai lanjutan dari tiga hubungan konstruksi teori yang meliputi: *Teori Self Care*, *Teori Self Care Deficit* dan *Teori Nursing System*.

Latar Belakang Penggagas Teori Dorothea E. Orem

Dorothea Elizabeth Orem dilahirkan di Baltimore, Maryland tahun 1914 dari seorang ibu rumah tangga yang gemar membaca dan ayahnya yang bekerja sebagai pegawai konstruksi yang suka memancing. Orem, merupakan satu dari penggagas teori keperawatan terkemuka di Amerika, mengawali karir keperawatannya pada awal tahun 1930-an dengan menempuh pendidikan diploma keperawatan di *Providence Hospital School of Nursing, Washington DC*.

Dia melanjutkan pendidikan keperawatannya dan menerima gelar sarjana (BSN Ed) pada tahun 1939 dari Catholic University of America (CUA). Pada tahun 1946, Orem menerima gelar master dalam pendidikan keperawatan (MSN Ed) dari universitas yang sama.

Orem memperoleh gelar kehormatan doctor dari beberapa institusi, antara lain *Doctor of Science* dari Georgetown University (1976), *Honorary Doctor of Science*, Incarnate Word College di San Antonio, Texas (1980); *Doctor of Humane Letters*, Illinois Wesleyan University, Bloomington, Illinois (1988); *Doctor Honoris Causae*, *University of Missouri-Columbia* (1998). Orem juga pernah mendapatkan penghargaan dari *Catholic University of America Alumni Achievement Award for Nursing Theory* (1980); *Linda Richards Award*, *National League for Nursing* (1991); dan *Honorary Fellow of the American Academy of Nursing* pada 1992. Pada tahun 1998, Orem dianugerahi *Doctor of Nursing Honoris Causa* dari *University of Missouri* (Hartweg & Fleck, 2010).

Pengalaman awal Orem di bidang keperawatan dimulai saat dirinya bekerja di *Providence Hospital*, Detroit, USA pada tahun 1940—1949. Orem bekerja sebagai staf keperawatan di ruang operasi, perawat pribadi (di rumah dan rumah sakit), staf perawatan pada unit *Medical Surgical* anak dan dewasa, *supervisor* instalansi gawat darurat, dan kepala departemen keperawatan. Orem juga pernah mengajar ilmu biologi dan menjadi Direktur Sekolah Perawat. Setelah meninggalkan Detroit, Orem bekerja di Divisi Rumah Sakit dan Institusi Pelayanan Dewan Kesehatan Negara Bagian Indiana selama 8 tahun, yaitu pada tahun 1949-1957. Tugas Orem pada lembaga ini adalah untuk meningkatkan kualitas keperawatan di rumah sakit umum di seluruh negara bagian Amerika.

Tugas tersebut yang kemudian membuat Orem mulai mengembangkan pemahamannya tentang praktik keperawatan (Alligood, 2014).

Pada tahun 1957, Orem pindah ke Washington DC dan bekerja di Kantor Pendidikan, Departemen Kesehatan, Pendidikan, dan Kesejahteraan Amerika Serikat sebagai konsultan kurikulum. Orem terlibat dalam sebuah proyek pelatihan untuk meningkatkan kemampuan perawat praktisi dari tahun 1958-1960. Keterlibatannya dalam proyek itu akhirnya merangsang keingintahuan Orem terkait pertanyaan: “Apakah masalah pokok Keperawatan itu?”. Berawal dari pertanyaan tersebut, pada tahun 1959, Orem menulis buku dengan judul *Guides for Developing Curricula for the Educational of Practical Nurses* sebagai upaya dalam menjawab pertanyaan tersebut (Berbiglia & Banfield, 2017). Tahun 1960-1970 dia bekerja sebagai asisten professor Pendidikan Keperawatan di Catholic University of America (CUA), kemudian menjabat sebagai Dekan Sekolah Keperawatan dan *Profesor Associate* di Pendidikan Keperawatan. Orem melanjutkan mengembangkan konsep keperawatan dan perawatan diri (*self-care*) di CUA. Proses pematangan konsep ini dilakukan sendiri dan kadang bersama oranglain juga, salah satunya bersama Group Konferensi Pengembangan Keperawatan (NDCG) yang berkontribusi untuk pengembangan teori. Anggota dari NDCG merupakan gabungan dari anggota Komite Model Keperawatan di CUA dan Group Peningkatan Keperawatan. Selamaproses upaya kolaboratif ini, Orem memberikan kepemimpinan intelektualnya (Alligood, 2017). Pada tahun 1970, Orem meninggalkan CUA dan memulai perusahaan konsultannya sendiri.

Orem memulai pengembangan teori keperawatan dengan memunculkan arti keperawatan dan mengidentifikasi situasi saat seorang klien membutuhkan perawat.

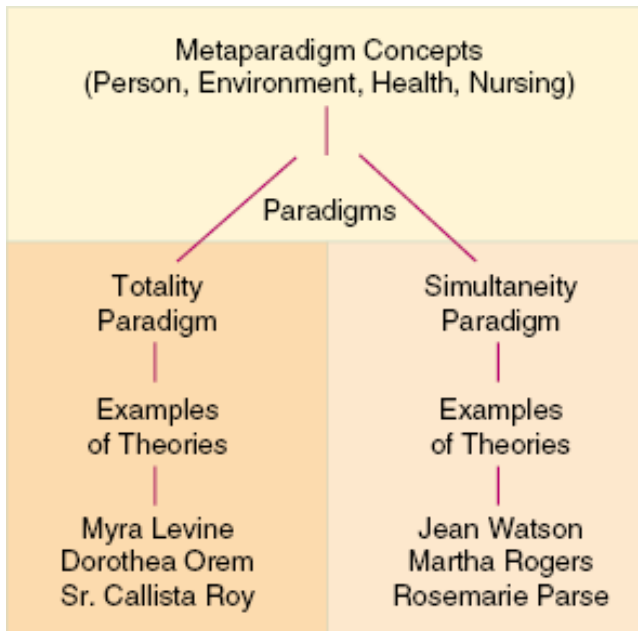
Orem kemudian mempunyai kesimpulan bahwa pada seseorang saat seseorang tersebut tidak bisa merawat dirinya sendiri, saat itulah seseorang tersebut membutuhkan tindakan keperawatan. Tahun 1971 Orem menerbitkan bukunya untuk pertama kalinya yaitu *Nursing: Concepts of Practice*, dimana dalam buku tersebut Orem memunculkan theory *Self Care Deficit Nursing Theory* (SCDTN). Dasar dari SCDTN adalah pandangan bahwa manusia sebagai makhluk yang dinamis dan unik yang eksis di lingkungannya, yang berproses untuk menjadi manusia berkualitas dan yang memiliki keinginan bebas sama seperti kualitas manusia yang penting lainnya. Orem lebih detail menjelaskan pandangan tentang “*person/manusia*”, dimana perspektif tentang manusia sebagai *agen* membentuk basis teori, termasuk semua orang yang terlibat dalam keperawatan yaitu perawat, pasien dan keluarga. Orem juga menjadi editor untuk *Nursing Development Conference Group (NDCG)* ketika mereka mempersiapkan dan kemudian merevisi *Concepts Formalization in Nursing: Process and Product* (NDCG 1973, 1979). Pada tahun 2004, *International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS)* memproduksi dan mendistribusikan cetak ulang dari edisi kedua. Buku edisi keperawatan selanjutnya yaitu *Nursing : Concepts of Practice* dipublikasikan tahun 1980, 1985, 1991, 1995 dan 2001.

Tahun 1984 Orem pensiun dan menetap di Savannah, Georgia dan melanjutkan bekerja, sendiri atau bersama koleganya dalam perkembangan *Self-Care Defisit Nursing Theory* (SCDNT). Pada hari Jumat, 22 Juni 2007, Dorothea E. Orem meninggal pada usia 92 tahun di Skidaway Island, Georgia. Tulisan tentang *Self-Care, Dependent-Care & Nursing* (SCDCN) yang dipublikasikan dalam jurnal resmi IOS merupakan persembahan dari rekan-rekan dekat Orem.

Uraian Teori Dorothea E. Orem

Teori keperawatan yang dikembangkan oleh Orem, *Self-Care Defisit Nursing Theory* (SCDNT), menyatakan bahwa Keperawatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang diselenggarakan untuk memberikan perawatan secara langsung kepada orang-orang yang memiliki kebutuhan perawatan akibat adanya gangguan kesehatan atau kepada mereka yang secara alamiah membutuhkan perawatan kesehatan. Teori keperawatan *Self-Care* defisit sebagai grand teori keperawatan terdiri dari empat teori terkait yaitu teori sistem keperawatan (*nursing sistem*), teori defisit perawatan diri (*self-care defisit*), teori perawatan diri (*self-care*), dan teori ketergantungan perawatan (*nursing dependent care*). Pada awalnya, hanya ada tiga teori spesifik yang dijelaskan dalam SCDNT, yaitu teori sistem keperawatan, teori defisit perawatan diri, dan teori perawatan diri. Teori ini kemudian ditambah dengan teori ketergantungan perawatan dengan alasan teori ini dapat menggambarkan pengembangan SCDNT dan dianggap setara dengan teori perawatan diri.

Dalam teorinya, Orem menetapkan empat konsep yang pada akhirnya bersama teori keperawatan yang lain membentuk metaparadigma keperawatan, yaitu: human being, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.



Gambar 1. Perkembangan Ilmu Keperawatan - Konsep Metaparadigma Keperawatan

1. *Human being* (manusia)

Human being dalam pandangan Orem digambarkan sebagai seorang individu, agen, pengguna beberapa simbol tertentu, organisme, dan sebagai obyek. Manusia sebagai seorang individu yang memiliki hak untuk dapat hidup berdampingan dengan manusia lain, mempunyai privasi, dan hak untuk berubah tanpa harus membahayakan dirinya sendiri maupun orang lain. Individu dilihat sebagai agen maksudnya adalah seseorang tersebut dianggap dapat membawa sebuah perubahan kondisi yang sebelumnya belum pernah ada di lingkungan. *Human being* sebagai pengguna simbol artinya individu tersebut dilihat sebagai seseorang yang dapat menerjemahkan kepada orang lain tentang identitas dirinya, untuk dapat menyampaikan ide, dan mengkomunikasikan ide serta informasi yang mereka punyai dengan menggunakan

simbol tertentu. Pandangan sebagai organism memiliki maksud bahwa individu dilihat sebagai suatu unit yang tumbuh dan berkembang yang mempunyai karakteristik biologis homo sapiens. Individu dilihat sebagai obyek artinya bahwa seseorang tersebut dapat menjadi sasaran dari kekuatan alam saat diri mereka tidak dapat mempertahankan diri dari kekuatan tersebut. Kemampuan individu untuk bertahan dari kekuatan alam dapat terjadi karena individu itu sendiri ataupun karena kondisi lingkungan (Alligood, 2014).

Klien dalam pandangan teori Orem digambarkan sebagai individu atau kelompok yang tidak mampu mempertahankan *self-care* untuk hidup dan sehat, pemulihan dari sakit/trauma atau koping dan efeknya secara terus menerus.

2. Lingkungan

Konsep lingkungan yang berkaitan dengan *self-care* maksudnya adalah tatanan dimana klien tidak dapat memenuhi kebutuhan keperluan *self-care* dan perawat termasuk di dalamnya tetapi tidak spesifik. Orem melihat lingkungan dalam dua dimensi yaitu, yang pertama adalah lingkungan fisik, kimia, dan biologi, dan yang kedua adalah lingkungan sosialekonomi. Dimensi yang pertama melihat lingkungan lebih kepada kondisi cuaca, polutan, bakteri, hewan peliharaan, dan sebagainya. Dimensi yang kedua melihat lingkungan lebih kepada aspek keluarga, komunitas, gender, usia, budaya, kebiasaan, dan sebagainya.

3. Kesehatan

Aspek kesehatan diartikan oleh Orem sebagai suatu keadaan fisik, mental, dan social seorang individu, bukan hanya bebas dari penyakit dan ketidak

mampuan. Berkaitan dengan Teori Orem, maka keadaan sehat merupakan kondisi dimana individu atau kelompok mampu memenuhi tuntutan *self-care* yang berperan untuk mempertahankan dan meningkatkan integritas struktural fungsi dan perkembangannya.

4. Keperawatan

Keperawatan diterjemahkan oleh Orem sebagai suatu seni bagaimana seorang perawat memberikan bantuan pada klien dengan ketidakmampuan. Keperawatan mencakup tindakan perawat yang ditujukan kepada individu atau kelompok dengan tujuan mempertahankan atau merubah kondisi mereka maupun lingkungannya. Berdasarkan hal tersebut, apabila dikaitkan dengan teori Orem, maka dapat dikatakan bahwa keperawatan adalah suatu pelayanan yang dengan sengaja dipilih atau kegiatan yang dilakukan untuk membantu individu, keluarga. dan kelompok masyarakat dalam mempertahankan *self-care* yang mencakup integritas struktural, fungsi dan perkembangan.

Hasil atau Temuan dari Pengagas Teori Dorothea E. Orem

Teori keperawatan defisit perawatan diri (SCDNT) merupakan teori umum yang terdiri dari empat teori yang terkait sebagai berikut:

1. Teori Perawatan Diri, yang menjelaskan mengapa dan bagaimana seseorang merawat diri mereka sendiri.
2. Teori Ketergantungan Perawatan, yang menjelaskan bagaimana anggota keluarga dan/atau teman-teman memberikan perawatan untuk orang yang ketergantungan secara social.

3. Teori Defisit Perawatan Diri, yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa seseorang dapat dibantu melalui keperawatan.
4. Teori Sistem Keperawatan, yang menggambarkan dan menjelaskan hubungan yang harus dilakukan dan dipelihara untuk menghasilkan keperawatan.

Teori ini mempunyai beberapa elemen konsep yaitu *self care*, *agency/agen*, dan keperawatan. Dalam teorinya orem menetapkan empat konsep yang pada akhirnya bersama teori keperawatan yang lain membentuk metaparadigma keperawatan, yaitu: human being, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan.

1. Teori Perawatan Diri

Perawatan diri terdiri dari aktivitas dimana orang dewasa berinisiatif dan memperlihatkan, dalam periode waktu, kepentingan mereka dalam minat mempertahankan hidup, berfungsi secara sehat, melanjutkan perkembangan pribadi dan kehidupan melalui pemenuhan kebutuhan yang diketahui untuk peraturan perkembangan dan fungsional (Alligood, 2017).

Definisi lain mengenai perawatan diri adalah suatu pelaksanaan kegiatan yang diprakarsai dan dilakukan oleh individu itu sendiri untuk memenuhi kebutuhan guna mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya sesuai keadaan, baik sehat maupun sakit. Perawatan diri adalah fungsi pengaturan manusia dimana manusia harus menampilkan sendiri untuk mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Perawatan diri adalah sistem tindakan. Teori ini memandang bahwa seorang individu akan selalu menginginkan adanya keterlibatan dirinya terhadap perawatan diri, dan bahwa individu tersebut juga mempunyai keinginan

untuk dapat merawat dirinya secara mandiri. Kebutuhan seorang individu untuk terlibat dan merawat dirinya sendiri inilah yang disebut sebagai *self-care therapeutic demand* atau disebut juga *self-care requisites*. *Self-care* merupakan sesuatu yang dapat dipelajari dan kemampuan individu untuk menentukan tindakan yang diambil sebagai respon dari adanya kebutuhan. Penggabungan konsep *self-care*, *self-care demand* dan *self-care agency* memberikan pondasi untuk memahami kebutuhan tindakan dan keterbatasan tindakan individu yang mungkin mendapat keuntungan dari keperawatan. Perawatan diri sebagai fungsi pengaturan manusia berbeda dengan tipe pengaturan fungsi dan perkembangan manusia lainnya seperti pengaturan neuroendokrin. Perawatan diri harus dipelajari dan harus sengaja dilakukan dengan berkelanjutan dan berkecocokan dengan syarat pengaturan individu. Syarat ini berhubungan dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan, status kesehatan, status perkembangan atau kesehatan spesifik yang diharapkan masa mendatang, tingkat pengeluaran energi, dan faktor lingkungan. Teori perawatan diri juga dikembangkan menjadi teori perawatan ketergantungan dimana tujuan, metode, dan hasil perawatan orang lain ditampilkan (Alligood, 2014).

a. Kebutuhan Perawatan Diri (*self-care requisites*)

Kebutuhan perawatan diri diformulasikan dan diekspresikan kedalam mengenai tindakan yang ditampilkan yang diketahui sebagai atau dianggap perlu dalam pengaturan aspek-aspek perkembangan dan fungsional manusia, terus-menerus atau dengan kondisi tertentu. *Self-care requisites* terdapat tiga macam yaitu:

universal self-care requisites, developmental self-care requisites, dan health deviation self-care requisites.

1) *Kebutuhan perawatan diri universal (universal self-care requisites)*

Adalah kebutuhan yang ada pada setiap manusia dan berkaitan dengan fungsi kemanusiaan dan proses kehidupan, biasanya mengacu pada kebutuhan dasar manusia: kebutuhan dasar setiap manusia yaitu kebutuhan akan: udara, makanan, air, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat, keseimbangan untuk menyendiri dan berinteraksi social, bebas dari ancaman, dan pengembangan pribadi dalam kelompok sesuai dengan kemampuan masing-masing individu.

2) *Kebutuhan perawatan diri sesuai perkembangan (developmental self-care requisites)*

Terbagi atas tiga bagian yaitu: syarat kondisi yang memerlukan suatu pengembangan, keterlibatan dalam pengembangan diri, perlindungan terhadap kondisi dan situasi kehidupan yang mengancam pengembangan diri (Alligood, 2006). Kebutuhan ini terjadi berhubungan dengan tingkat perkembangan individu dan lingkungan dimana tempat mereka tinggal, yang berkaitan dengan perubahan hidup seseorang atau tingkat siklus kehidupan.

3) Kebutuhan perawatan diri saat mengalami gangguan kesehatan (*health deviation self-care requisites*)

Ada pada orang yang sakit atau terluka, yang mempunyai bentuk spesifik dari kondisi patologis atau gangguan, termasuk defek dan ketidakmampuan, dan yang sedang dalam proses pengobatan dan perawatan. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan-kebutuhan yang menjadi nyata karena sakit atau ketidakmampuan yang menginginkan perubahan perilaku dalam *self care*.

Penyakit/cedera tidak hanya mempengaruhi struktur dan mekanisme fisiologikal/psikologikal tertentu, tapi juga fungsi manusia secara menyeluruh. Saat fungsi integrasi secara serius dipengaruhi (retardasi mental berat, status koma atau autisme), perkembangan individu secara serius juga rusak secara temporer atau permanen. Dalam status kesehatan abnormal, kebutuhan perawatan diri timbul baik dari keadaan sakitnya dan juga tindakan yang dilakukan dalam diagnosis atau pengobatan.

b. *Therapeutic Self-Care Demands*

Keseluruhan tindakan keperawatan yang diperlukan dalam kurun waktu tertentu untuk memenuhi semua kebutuhan perawatan diri khususnya dalam keadaan demikian disebut *therapeutic self-care demand*. Untuk memenuhi *therapeutic self-care demand* digunakan 2 metode yaitu:

- 1) Mengontrol atau mengatur factor yang diidentifikasi dalam kebutuhan, aspek pengaturan fungsi manusia (ketercukupan air, udara, makanan).
- 2) Memenuhi elemen aktifitas dari kebutuhan (memelihara, promosi, preventif, dan provision).

c. *Self-Care Agency* dan *Dependent Care Agent*

Kemampuan kompleks yang didapat individu dewasa untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan untuk mengatur perkembangan dan fungsinya disebut *self-care agency*. *Self-care agency* dapat berubah setiap waktu dipengaruhi oleh kondisi kesehatan seorang individu. Ketika terjadi ketidakseimbangan antara *self-care agency* dengan *therapeutic self-care demand*, maka terjadilah *self-care deficit*. Seseorang yang mempunyai kemampuan untuk melakukan tindakan *self-care* disebut sebagai agen. Seorang manusia dewasa yang dapat menerima dan memenuhi tanggung jawab untuk mengetahui dan memenuhi *therapeutic self-care demand* orang lain yang secara socialtergantung padanya atau untuk mengatur perkembangan dan latihan *self-care agency* orang tersebut disebut dengan *dependent-care agent*.

2. Teori Ketergantungan Perawatan

Teori ketergantungan perawatan menjelaskan bagaimana modifikasi sistem perawatan diri kemudian diarahkan kepada orang yang secara sosial tergantung dan membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. Bantuan untuk pemenuhan perawatan diri diperlukan untuk orang-orang yang secara sosial tergantung dan tidak

mampu memenuhi permintaan perawatan dirinya. Konsep perawatan diri dan ketergantungan perawatan dipandang sejajar dalam banyak hal, dengan perbedaan utamanya adalah ketika memenuhi kebutuhan perawatan dirinya dibantu oleh orang lain. Kebutuhan ketergantungan perawatan diperkirakan akan semakin bertambah seiring dengan penambahan penduduk dengan usia lanjut dan penambahan jumlah orang yang hidup dengan kondisi penyakit kronis atau kondisi kecacatan.

Ketergantungan perawatan mengacu pada perawatan yang diberikan kepada seseorang yang karena usia atau faktor tertentu lainnya, tidak mampu melakukan perawatan diri sendiri yang dibutuhkan untuk mempertahankan hidup, memfungsikan kesehatan, melanjutkan pengembangan pribadi dan kesejahteraan.

3. Teori Defisit Perawatan Diri (*Self-care Deficit*)

Ide sentral dari teori defisit perawatan diri ini adalah bahwa persyaratan individu untuk keperawatan berkaitan dengan subyektifitas individu terhadap keterbatasan tindakan perawatan kesehatan. Keterbatasan ini membuat mereka tidak mampu seluruhnya atau sebagian untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhan untuk perawatan mereka.

Defisit perawatan diri adalah istilah yang mengekspresikan hubungan antara kemampuan tindakan individu dan kebutuhan mereka akan perawatan. Defisit perawatan diri adalah konsep abstrak yang jika diekspresikan dalam istilah keterbatasan tindakan, memberikan pedoman pemilihan metode untuk membantu dan memahami peran pasien dalam perawatan diri (Alligood, 2017).

Self-care Defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum dimana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan *self-care*nya secara terus menerus. *Self-care defisit* dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, kebutuhan yang melebihi kemampuan, adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan *self-care*, baik secara kualitas maupun kuantitas.

Sewaktu ada keinginan untuk mengasuh dirinya sendiri dan seseorang itu mampu untuk menemukan keinginannya, maka *self-care* itu dimungkinkan. Tetapi bila keinginan itu lebih besar dari kapasitas individual atau kemampuan untuk menemukannya, terjadilah ketidakseimbangan dan ini dikatakan sebagai *self-care deficit*.

a. *Nursing Agency*

Kemampuan yang telah berkembang dari seorang perawat yang memperkuat mereka sebagai perawat dalam legalitasnya untuk bertindak, mengetahui dan menolong manusia dengan hubungan tertentu untuk memenuhi *therapeutic self-care demands* mereka dan untuk mengatur atau melatih *self-care agency* mereka disebut sebagai *nursing agency*.

b. *Nursing Design*

Dalam teori deficit perawatan dirinya, Orem juga menyebutkan istilah *nursing design*, yaitu fungsi profesional saat sebelum maupun setelah diagnosa keperawatan dan resep, yang memungkinkan perawat, dengan dasar penilaian praktis tentang kondisi pasien, untuk mensintesis

elemen situasional konkrit kedalam hubungan sesuai unit struktur operasional. Tujuan rancangan keperawatan untuk memberikan panduan untuk mencapai tujuan keperawatan.

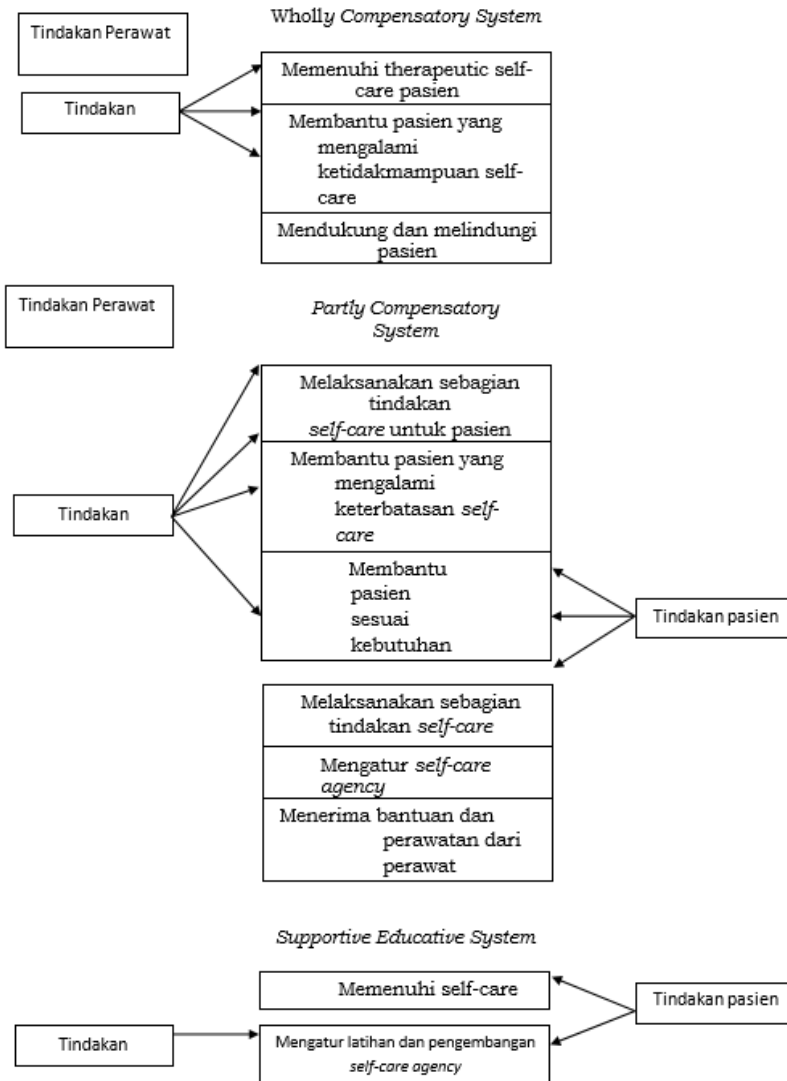
4. Teori Sistem Keperawatan

Sistem keperawatan adalah rangkaian tindakan praktikal yang dilakukan perawat dengan berkoordinasi dengan tindakan pasien untuk memenuhi komponen *therapeutic self-care demands* pasien mereka dan untuk melindungi dan mengatur latihan atau perkembangan *self-care agency* pasien. Komponen dari *self-care* dan *self-care defisit* tergabung dalam teori sistem keperawatan. Teori sistem keperawatan inilah yang menghubungkan antara tindakan dan peran perawat dengan tindakan dan peran pasien (Hartweg & Fleck, 2010).

Teori sistem keperawatan ingin menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu tindakan manusia; sistem keperawatan adalah sistem tindakan yang direncanakan dan dihasilkan oleh perawat. Sistem keperawatan tersebut dihasilkan melalui pengalaman mereka merawat orang dengan penurunan kesehatan atau ketidakmampuan berhubungan dengan kesehatan dalam merawat diri sendiri, atau orang yang mengalami ketergantungan. Teori sistem keperawatan mengemukakan bahwa keperawatan adalah tindakan manusia (*human action*); sistem keperawatan adalah sistem tindakan yang dibentuk (dirancang dan diproduksi) oleh perawat melalui penerapan *nursing agency* mereka untuk individu dengan keterbatasan kesehatan dalam perawatan diri atau *dependent care* (Alligood, 2014).

Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut yaitu metode membantu (*helping methods*). Dari perspektif keperawatan, metode membantu adalah rangkaian bertahap daritindakan, dimana jika dilakukan akan mengatasi atau menggantikan keterbatasan individu dalam hal kesehatan. Perawat menggunakan semua metode, memilih dan menggabungkannya dalam hubungannya dengan tindakan yang diperlukan oleh individu sedang dalam perawatan dan keterbatasan tindakan pemeliharaan kesehatan tersebut, seperti bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing dan mengarahkan orang lain, Memberi dukungan fisik/psikologi, memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan personal, dan mengajarkan atau mendidik pada orang lain.

Teori Sistem Keperawatan merupakan teori yang menguraikan secara jelas bagaimana kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi oleh perawat atau pasien sendiri.



Gambar 2. *Basic Nursing Sistem (from Orem, D. E. (2001). Nursing: Concept of Practice(6th Ed). St.Louis: Mosby)*

Gambar 2 diatas memperlihatkan dasar sistem keperawatan yang dikelompokkan berdasarkan hubungan antara tindakan perawat dan pasien.

Sistem keperawatan dapat dibuat untuk individu, untuk orang yang membutuhkan perawatan dependen, untuk kelompok dengan anggota memiliki *therapeutic self-care demands* atau memiliki kesamaan keterbatasan untuk terlibat dalam *self-care* atau untuk keluarga atau kelompok lainnya.

a. Sistem Bantuan Secara Penuh (*Wholly Compensatory Sistem*).

Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan bantuan secara penuh pada pasien dikarenakan ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan perawatan secara mandiri yang memerlukan bantuan dalam pergerakan, pengontrolan, dan ambulasi serta adanya manipulasi gerakan. Contoh: pemberian bantuan pada pasien koma.

b. Sistem Bantuan Sebagian (*Partially Compensatory Sistem*).

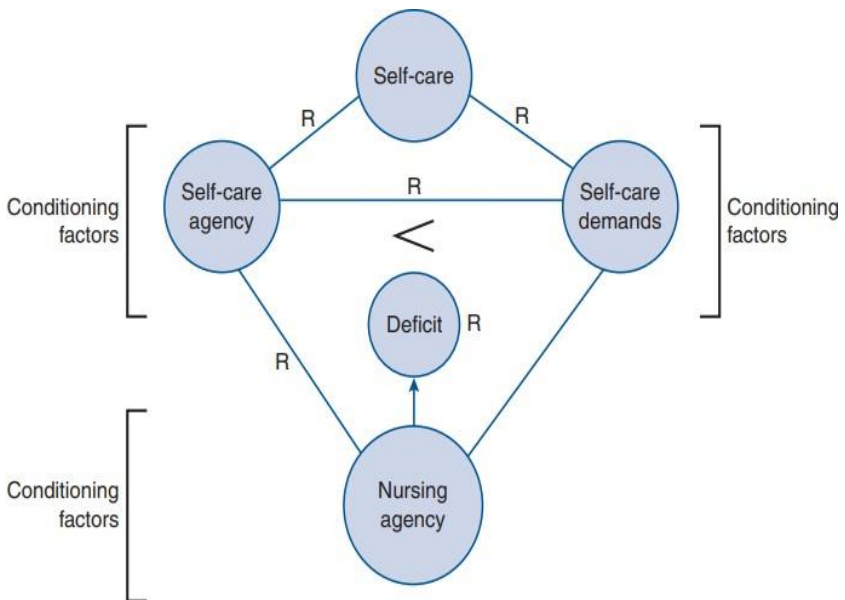
Merupakan sistem dalam pemberian perawatan diri sendiri secara sebagian saja dan ditujukan kepada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal. Contoh: perawatan pada pasien post operasi abdomen dimana pasien tidak memiliki kemampuan untuk melakukan perawatan luka.

c. Sistem Supportif dan Edukatif (*Supportive-Educative Sistem*).

Merupakan sistem bantuan yang diberikan pada pasien yang membutuhkan dukungan pendidikan dengan harapan pasien mampu memerlukan perawatan secara mandiri. Sistem ini dilakukan agar pasien mampu melakukan tindakan keperawatan setelah dilakukan pembelajaran.

Contoh: pemberian sistem ini dapat dilakukan pada pasien yang memerlukan informasi pada pengaturan kelahiran.

Orem menciptakan konsep umum tentang keperawatan. Konsep umum tersebut memungkinkan pemikiran induktif dan deduktif dalam keperawatan. Bentuk dari teori disajikan dalam berbagai model yang dikembangkan oleh Orem dan ahli lain. Orem mendeskripsikan model dan pentingnya model tersebut untuk pengembangan dan pemahaman terhadap realitas yang ada. Model tersebut mengarahkan menuju mengetahui kerangka proses operasional atau menjadi operasional dalam menghasilkan sistem keperawatan, sistem perawatan bagi individu, unit perawatan dependen atau komunitas yang diasuh oleh perawat (Alligood, 2014).



Gambar 3. Kerangka Konseptual Keperawatan. R, *Relationship*; <, *deficit Relationship*, saat ini ataumendatang.
(Dari Orem, D.E (2001). *Nursing Concepts of practice* (6th ed., p. 491), St.Louis: Mosby.)

Asumsi dasar pada teori umum ini diformulasikan selama awal 1970-an dan pertama kali dipaparkan pada tahun 1973 di Marquette University School of Nursing. Orem mengidentifikasi lima premis yang mendasari teori umum keperawatan, yaitu sebagai berikut:

- a. Manusia membutuhkan masukan secara kontinyu dan disengaja untuk dirinya sendiri dan lingkungannya supaya tetap hidup dan berfungsi sesuai dengan sifat alaminya sebagai manusia.
- b. Agen Manusia (*Human agency*), yaitu kemampuan manusia yang dilatih untuk dapat bertindak dengan sengaja, dalam mengidentifikasi kebutuhan dan membuat masukan yang dibutuhkan serta dilaksanakan dalam bentuk perawatan untuk diri sendiri dan orang lain.
- c. Manusia dewasa mengalami penderitaan-penderitaan dalam bentuk keterbatasan tindakan dalam melaksanakan perawatan untuk diri sendiri dan melibatkan orang lain dalam hal mempertahankan kehidupan yang berkesinambungan dan masukan fungsi keteraturan.
- d. Agen manusia (*human agency*) dilatih dan diuji dalam menemukan, mengembangkan, serta menyampaikan cara dan sarana dalam mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan untuk diri sendiri dan orang lain.
- e. Kelompok (*Group*) manusia yang memiliki hubungan yang terstruktur dalam mengelompokkan tugas dan mengalokasikan tanggung jawab dalam memberikan perawatan kepada anggota kelompok yang mengalami keterbatasan hidup sehat serta untuk

mendapatkan pertolongan yang diperlukan baik untuk dirinya maupun orang lain.

Aplikasi Teori Dorothea E. Orem dalam Praktik Keperawatan

Teori keperawatan Orem, *Self-Care Deficit Nursing Theory* (SCDNT), telah banyak diaplikasikan dalam berbagai bidang keperawatan, baik dalam praktik pemberian asuhan keperawatan maupun dalam menyusun kurikulum dalam pendidikan keperawatan. Pemanfaatan teori ini dalam bidang penelitian juga telah banyak menghasilkan hasil penelitian yang beragam dengan hasil yang memuaskan.

Aplikasi teori ini bahkan telah diterapkan di Inggris pada *National Health Service Direct (NHS)* yaitu pelayanan kesehatan secara online. Website NHS memberikan saran, leaflet, bahkan pilihan-pilihan lain yang dapat membantu seorang klien untuk mengenali kebutuhannya akan kesehatan dan mencari tahu tentang kesehatan dirinya sendiri yang merupakan bagian dari *self-care agency* (NHS, 2010). Lembaga *International Orem Society for Nursing Science and Scholarship* (IOS) yang bertujuan untuk mengembangkan dan mendistribusikan teori SCDNT ke seluruh dunia didirikan pada tahun 1991 di Missouri USA. Lembaga ini juga mengadakan kongres tahunan di Bangkok, Thailand yang berisi presentasi ilmiah tentang penerapan teori Orem tersebut di berbagai tatanan (IOS, 2016). Dokumentasi pertama penggunaan Teori Orem sebagai dasar untuk kerangka praktek ditemukan dalam gambaran perawat manajer klinik di Rumah Sakit John Hopkins tahun 1973 (Alligood, 2014). Penggunaan teori SCDNT telah dilakukan dalam berbagai bidang, salah satunya dalam praktik kesehatan dan keperawatan pada khususnya. Pada tahun 1998, telah diberitakan bagaimana penggunaan teori ini di Jerman.

Pada tahun 1987, *Newark Beth Israel* adalah salahsatu rumah sakit perawatan akut yang pertama dimana para praktisinya merancang rujukan perawatan dan sistem dokumentasi dari Teori Orem. Banyak literatur yang menyatakan bahwapenggunaan SCDNT telah dilakukan dalam beberapa populasi yang secara ethnic dan budaya berbeda. Sebuah publikasi tentang studi awal telah memperlihatkan rekonstruksi teori yang memfokuskan pada kemampuan *self-care* dan keperawatan yang diperlukan untuk manajemen diabetes melitus. Situasi klinis atau masalah kesehatan yang telah diteliti dengan menggunakan SCDNT atau komponen SCDNT termasuk semua kelompok usia, gender spesifik, keluarga, isu onkologi, tunawisma, konsep psikiatri, isu kehamilan, promosi kesehatan, perawatan primer dan konsep terkait penyakit spesifik. *Binghamton General Hospital* menggunakan teori Orem sebagai bagian dari proses orientasi perawat baru lulus. Teori Orem telah digunakan untuk mendefinisikan dan menggambarkan berbagai peran perawat dalam multipel seting. Peran perawat klinis spesialis, peran manajer kasus, peran praktek tingkat lanjut dan peran perawat primer didokumentasikan sebagai peran yang memiliki penggalian makna melalui aplikasi teori (Hartweg & Fleck, 2010).

Pemanfaatan teori Orem dalam bidang pendidikan keperawatan juga telah banyak dilaporkan. Berdasarkan data dari *International Orem Society*, setidaknya 45 sekolah keperawatan telah memakai SCDNT sebagai basis kurikulum mereka. *The Sinclair School of Nursing, University of Missouri* di Kolombia telah menggunakan SCDNT sebagai kerangka kurikulum dan pengajaran sejak 1978. Teori digunakan pada seluruh level kurikulum dan pendidikan berkelanjutan.

Beberapa institusi pendidikan di Amerika Serikat diketahui telah menggunakan teori SCDNT sebagai kerangka kurikulum pembelajarannya, antara lain *Illiinois Wesleyan University*, *University of Tennessee* di Chattanooga, *Oakland University*, *College of Saint Benedict*, *Oklahoma City University*, *Anderson College*, *University of Toledo*, *Alcorn State University*, dan *Southern University Baton Rouge*. Pengaruh SCDNT masih berlanjut di tingkat internasional, hal ini dibuktikan dengan terus adanya penjabaran *Nursing Concept of Practice* dalam beberapa bahasa (Spanyol pada tahun 1993, Jerman pada tahun 2002, dan Jepang pada tahun 2005) dan perkembangan praktik yang berbasis SCDNT baik dalam pendidikan maupun penelitian di seluruh dunia (Berbiglia & Banfield, 2017). Terdapat beberapa laporan mengenai penggunaan SCDNT Orem dalam pengembangan pendekatan pengukuran klinis, seperti karya mayor pertama yang diteliti oleh Horn dan Swain (1978). Mereka mengembangkan kriteria tindakan perawatan yang berfokus pada *universal self-care requisites* dan *health deviation self-care requisites*, dan sampai sekarang hasil dari karya ini masih relevan dan berguna. Pada tahun 1989, Moore dan Gaffney (1989) mengembangkan kuesioner *dependent care agen* untuk mengukur aktivitas perawatan yang dilakukan oleh ibu-ibu untuk anak mereka. Graff, Thomas, Hollingsworth, Cohen dan Rubin pada tahun 1992 mengembangkan form pengkajian diri post operatif menggunakan konsep Orem bahwa perawat membantu pasien dalam perawatan diri.

Pada tahun 1996, Riley mengembangkan skala tindakan perawatan diri untuk pasien penyakit paru obstruksi menahum (PPOM). *Denyes self-care agency instrument* (DSCAI) dan *Denyes Self-care Practice Instrument* (DSCPI) yang dikembangkan pada tahun 1980 juga berguna dalam praktek klinis.

Instrumen telah juga dikembangkan pada tahun 2000 oleh Webwer tentang perawatan diri wanita, pada tahun 2001 oleh Ahrens tentang inventori perawatan diri pasien gagal jantung, pada tahun 2003 oleh Pipatananond & Hanucharurnkul untuk meneliti pasien psikiatri dan hambatan pemberi layanan, dan pada tahun 2003 oleh Ailinger, Lasus & Braun pada kasus osteoporosis.

Beberapa instrumen penelitian telah dikembangkan dan dikritik. Harris dan Frey (2000) meneliti pengukuran konsep terkait dengan praktek *dependent* dan *care self care*. SCDNT merupakan kerangka kerja konseptual untuk *Exercise of Self-care Agency (ESCA)* (Kearney & Fleischer, 1972), DSCAI (Denyes, 1980) dan *Hanson dan Bickel's Perception of Self-care Agency* di tahun 1981. Mc. Bride (1991) melakukan studi komparatif analisis terhadap 3 instrumen berikut untuk mengukur *self-care agency*, yaitu DSCAI, Kleiner & Fleischer ESCA, dan *Hanson dan Bickel's Perception of Self-care Agency*. Hasil penelitian mendukung multidimensi dari konsep Orem tentang *self-care agency*. Geden dan Taylor (1991, 1999) menguji validitas konstruksi dan empiris SCI dan menemukan bahwa validitas teoritikalnya kuat tapi merekomendasikan untuk pengujian validitas yang lebih jauh. Skala *The Appraisal of Self-care Agency (ASA)* dikembangkan untuk mengukur konsep utama SCDNT Orem. Moore (1995) menggunakan *the Child and Adolescent Self-care Practice Questionnaire*, DSCAI dan ESCA saat dia mengukur praktek perawatan diri anak dan remaja. Aplikasi teori SCDNT di Indonesia saat ini juga telah berkembang luas. Telah banyak penelitian yang dilakukan dengan menggunakan teori Orem sebagai dasar pemikiran dan kerangka konsepnya.

Pengembangan instrumen asuhan keperawatan berbasis teori SCDNT juga telah dikembangkan akan tetapi pelaksanaannya masih terbatas. Orem sendiri mengidentifikasi bahwa masih banyak area yang dapat digunakan untuk pengembangan lebih lanjut dari teori ini.

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing Theorists and Their Work - Eighth edition*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Alligood, M. R. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (8th Edition ed.). Singapore: Elsevier.
- Berbiglia, V. A., & Banfield, B. (2017). Dorothea E. Orem: Teori Defisit Perawatan Diri (Model Konseptual Keperawatan). In M. R. Alligood, A. Y. Hamid, & K. Ibrahim (Eds.), *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka* (p. 100). Singapore: Elsevier.
- Denyes, M. O., & Bekel, G. (2001). Self-care: A Foundation Science. *Nursing Science Quarterly*, 48-54.
- Hartweg, D. L., & Fleck, L. M. (2010). Dorothea Orem's Self Care Deficit Theory. In M. E. Parker, & M. C. Smith, *Nursing Theorist and Nursing Practice* (3rd ed., p. 121). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- IOS. (2016). *International Orem Society for Nursing Science and Scholarship*. Retrieved November 29, 2021, from <http://oreminternationalsociety.org/>
- NHS. (2010). *nhs.uk*. Retrieved Agustus 25, 2022, from <http://www.nhs.uk/Planners/Yourhealth/Pages/Yourhealth.aspx>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Profil Penulis



**Ns. Theresia Anita Pramesti, S.Kep.,
M.Kep.**

Lahir di Nganjuk, Jawa Timur. Penulis memiliki latar belakang pendidikan keperawatan dan menyelesaikan pendidikan keperawatan dan profesi di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Magister di Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga pada tahun 2013. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Wira Medika Bali dan merupakan anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Penulis merupakan dosen tersertifikasi pendidik oleh Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi dengan jabatan fungsional Lektor. Penulis aktif dalam kegiatan tridarma perguruan tinggi khususnya dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah. Penulis juga aktif dalam kegiatan dan publikasi penelitian serta forum pertemuan ilmiah baik tingkat nasional maupun internasional. Penulis mulai menulis buku pertamanya di tahun 2022 dengan judul Konsep dan Aplikasi Sukses Menghadapi Objective Structured Clinical Examination (OSCE).

Email Penulis: loly.frutcy@gmail.com

REVIEW THEORY JEAN WATSON

Ns. Ni Made Nopita Wati, S.Kep., M.Kep
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan, Wira Medika Bali

Tujuan Teori Jean Watson

Caring adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berpikir, berperasaan dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain. Perawat sebagai salah satu dari anggota tim kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan yang baik kepada pasien, sehingga perawat harus selalu mengembangkan pengetahuan, sikap dan perilakunya. Salah satu pengetahuan, sikap dan perilaku yang harus di miliki oleh perawat adalah *caring*.

Caring juga dapat diartikan sebagai suatu cara pemeliharaan berhubungan dengan menghargai orang lain, disertai perasaan memiliki dan tanggung jawab. *Caring* merupakan suatu sikap atau perilaku yang penuh perhatian dari perawat kepada pasien sehingga pasien akan merasa dihargai. *Caring* juga merupakan upaya melindungi, meningkatkan dan menjaga/mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan dan keberadaanya, membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri. *Caring* dalam keperawatan sebagai sebuah proses interpersonal esensial yang mengharuskan perawat melakukan aktifitas yang spesifik dalam sebuah

cara dengan menyampaikan ekspresi emosi-emosi tertentu kepada pasien. *Caring* menjadi bagian penting dari profesi keperawatan, dimana setiap perawat mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan perilaku *caring*. Perawat selama melakukan asuhan keperawatan harus senantiasa menunjukkan perilaku *caring*, dimana perilaku *caring* ini akan mendapat penilaiandari pasien dan keluarganya.

Latar Belakang Penggagas Teori Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, merupakan anak bungsu dari 8 bersaudara yang lahir dan tumbuh besar dipegunungan Appalachian kota Wetch, Virginia Barat. Watson menyelesaikan sekolah menengah atas di Virginia Barat kemudian melanjutkan pendidikan di Lewis Gale School of Nursing di Roanoke, Virginia. Watson menyelesaikan pendidikan pada tahun 1961, kemudian menikah dan pindah ke Colorado, disana Watson melanjutkan kembali pendidikan keperawatannya dan lulus dari program Sarjana Keperawatandi Universitas Colorado pada tahun 1964. Watson kemudian melanjutkan pendidikan masternya di program keperawatan jiwa pada tahun 1966 dan melanjutkan pendidikan doktor di bidang psikologi pendidikan dan konseling pada tahun 1973 di sekolah Pascasarjana, kampus Boulder. Setelah Watson menyelesaikan pendidikan doktornya kemudian Watson bergabung di Fakultas Keperawatan, Universitas of Colorado Health Sciences Center di Denver.

Watson dan rekan-rekannya pada tahun 1980 mendirikan pusat "*Human Caring*" di University of Colorado yang merupakan pusat kajian multidisiplin pertama dengan komitmen untuk senantiasa menerapkan ilmu tentang "*human caring*" untuk kepentingan praktik klinis, beasiswa, administrasi dan kepemimpinan.

Watson beserta rekan-rekannya memberikan dukungan terhadap kegiatan klinis, pendidikan, beasiswa dan proyek terkait “*human caring*”, dimana kegiatan ini melibatkan para pakar di tingkat nasional dan internasional, juga relasi kolega di beberapa negara. Kegiatan ini berlanjut dengan diadakan program sertifikasi internasional tentang “*Caring Healing*”.

Watson kemudian menjadi dekan University of Colorado School of Nursing dan direktur program Doktor pada tahun 1983-1990. Watson dianugrahi gelar Profesor keperawatan pada tahun 1992 oleh University of Colorado School of Nursing. Watson juga mendapatkan enam gelar doctor. Watson juga menerima penghargaan pada tahun 1993 dari Liga Nasional Keperawatan atas kontribusinya yang signifikan untuk memajukan ilmu keperawatan dan kesehatan. Pada tahun 1997 Watson juga dianugrahi penghargaan sebagai perawat holistik oleh *National League for Nursing* (NLN). Watson pada tahun 1998 dan tahun berikutnya menerima penghargaan Fetzer Institute’s National Norman Cousins atas komitmennya mengembangkan, memelihara dan memperkuat praktik perawatan berpusat pada hubungan manusia. Tahun 1999, Watson menjadi Ketua Ilmu Caring Murchison-Scoville yang pertama dan hingga saat ini menjadi professor kehormatan.

Watson selama menjabat sebagai Dekan University of Colorado School of Nursing dan Direktur Pelayanan Keperawatan di University Hospital melakukan pengembangan kurikulum pascasarjana terkait “*human caring*”, kesehatan dan penyembuhan yang menjadikannya Doktor Keperawatan dimana pada tahun 2005 Watson diberikan gelar *Doctor of Nursing Practice*. Watson juga merupakan pengajar kehormatan di beberapa universitas serta pertemuan ilmiah di beberapa negara di luar AS.

Watson juga terlibat aktif di berbagai proyek internasional dan diundang banyak negara. Watson telah menulis 11 buku, menulis bersama dalam enam buku dan telah menulis sejumlah besar artikel di jurnal keperawatan. Publikasi berikut mencerminkan evolusi teori *caring*-nya dari gagasan awalnya mengenai filosofi dan ilmu *caring*.

Uraian Teori Jean Watson

Watson menggabungkan ilmu pengetahuan dengan kemanusiaan sehingga perawat memiliki latar belakang liberal dan seni yang kuat serta dapat memahami budaya lain sebagai prasyarat untuk menerapkan ilmu *caring* dan kerangka pikiran-tubuh-spiritual. Watson percaya bahwa studi-studi kemanusiaan memperluas wawasan dan meningkatkan kemampuan pikir dan pertumbuhan pribadi. Watson membandingkan status keperawatan dengan mitologi Yunani Danaides, yang berusaha mengisi bejana yang bocor dengan air, hanya untuk melihat bahwa air akan mengalir melalui retakan bejana tersebut. Watson percaya bahwa studi ilmu pengetahuan dan kemanusiaan dibutuhkan untuk menutup retakan bejana semacam itu sebagai dasar ilmiah dari ilmu keperawatan.

Watson menjelaskan asumsi hubungan *caring transpersonal* hingga meliputi praktisi multidisiplin sebagai berikut :

1. Komitmen moral, niat dan kesadaran caritas oleh perawat dapat melindungi, meningkatkan dan memperkuat harga diri, keutuhan dan penyembuhan seseorang hingga orang tersebut mampu menciptakan atau bersama-sama menciptakan makna keberadaan dirinya sendiri.

2. Keinginan yang penuh kesadaran dari perawat menegaskan kemaknaan subjektif dan spiritual pasien yang sedang mencari caring yang tetap ada di tengah-tengah ancaman maupun penderitaan secara biologis, institusional dan lainnya. Dampak adalah pasien akan menghargai hubungan saya-engkau (*I-Thou Relationship*) ketimbang hubungan saya-itu (*I-It-Relationship*).
3. Perawat berusaha menyadari, mendeteksi dengan tepat dan menghubungkan antara kondisi dalam jiwa dari orang lain dengan cara hadir secara tulus dan memusatkan diri pada saat caring (*caring moment*), tindakan, kata-kata, perilaku, kognisi, bahasa tubuh, perasaan, intuisi, pemikiran, medan energi dan seterusnya seluruhnya berkontribusi pada hubungan caring transpersonal.
4. Kemampuan perawat untuk terhubung dengan orang lain pada tingkat jiwa ke jiwa transpersonal ini diterjemahkan dalam bentuk gerakan, sikap tubuh, ekspresi wajah, prosedur, informasi, sentuhan, suara, ekspresi verbal dan sarana komunikasi manusia lain yang bersifat ilmiah, teknis, estetis. Semua ini diterjemahkan menjadi seni/tindakan keperawatan atau modalitas *caring-healing*.
5. Modalitas *caring-healing* dalam konteks kesadaran caring/caritas transpersonal memperkuat harmoni, keutuhan dan kesatuan seorang individu dengan melepaskan ketidakharmonisan yaitu energi yang mengganggu proses penyembuhan alamiah. Dengan demikian, perawat membantu pasien mengakses penyembuhan yang ada dalam dirinya, sebagaimana pandangan Nightingale tentang keperawatan.

6. Pengembangan personal dan professional yang berkesinambungan, serta pertumbuhan spiritual, membantu perawat untuk memasuki tingkat yang lebih dalam tentang praktik penyembuhan secara professional. Perawat dapat membangkitkan kondisi transpersonal dan aktualisasi penuh secara professional. Perawat dapat membangkitkan kondisi transpersonal dan aktualisasi penuh atas “kompetensi onkologis” yang diperlukan pada praktik pelayanan keperawatan tingkat lanjut ini.
7. Riwayat hidup perawat itu sendiri, serta pengalaman belajar sebelumnya, kesempatan untuk belajar terfokus, mengalami berbagai kondisi manusia dan membayangkan perasaan orang lain dalam beragam situasi merupakan guru yang berharga bagi perawat. Perawat juga dapat mengambil ilmu dan kesadaran yang dibutuhkan untuk menerapkan hubungan caring transpersonal dengan bekerjasama dengan orang dari latar belakang budaya berbeda dan mempelajari kemanusiaan (misalnya melalui seni; drama; sastra; cerita pribadi atau narasi penyakit dan perjalanannya), dengan sambil mengeksplorasi nilai diri sendiri, kepercayaan yang dimilikinya dan hubungannya dengan diri sendiri, orang lain dan dunia.
8. Fasilitator lainnya adalah pengalaman pertumbuhan personal seperti psikoterapi, psikologi transpersonal, meditasi, pekerjaan bioenergetik dan model lainnya dari kebangkitan spiritual.
9. Pertumbuhan yang terus-menerus untuk mengembangkan dan dan mematangkan model *caring* transpersonal terus berjalan. Anggapan bahwa tenaga kesehatan adalah penyembuh luka diakui sebagai bagian dari pertumbuhan yang penting dalam teori/filosofi ini.

Watson mengidentifikasi banyak asumsi dan beberapa prinsip dasar dari *transpersonal caring*. Watson meyakini bahwa jiwa seseorang tidak dapat dibatasi oleh ruang dan waktu. Watson menyatakan tujuh asumsi tentang *science of caring*. Asumsi dasar tersebut yaitu :

1. *Caring* dapat didemonstrasikan dan dipraktekkan dengan efektif hanya secara interpersonal
2. *Caring* terdiri dari caratif faktor yang menghasilkan kepuasan terhadap kebutuhan manusia tertentu
3. Efektif *caring* meningkatkan kesehatan dan perubahan individu dan keluarga
4. Respon *caring* menerima seseorang tidak hanya sebagai dia saat ini, tetapi juga menerima akan jadi apa dia kemudian
5. Lingkungan *caring* adalah sesuatu menawarkan perkembangan dari potensi yang ada, dan di saat yang sama membiarkan seseorang untuk memilih tindakan yang terbaik bagi dirinya saat itu
6. *Caring* lebih "*healthogenic*" daripada *curing*. Praktek *caring* merupakan integrasi antara pengetahuan biofisik dengan pengetahuan hubungan manusia atau promosi kesehatan dan untuk memberikan pelayanan kepada pasien. Dasar dari perilaku *caring* melengkapi dasar dari ilmu *curing*.
7. Praktek *caring* merupakan sentral dari keperawatan

Nilai-nilai yang mendasari konsep *caring* menurut Jean Watson meliputi :

1. Keperawatan

Menurut Watson, kata perawat adalah kata benda dan kerja. Perawat terdiri dari pengetahuan, pemikiran, nilai, filosofi, komitmen dan tindakan.

Perawat tertarik memahami kesehatan, penyakit dan pengalaman manusia, meningkatkan dan memperbaiki kesehatan serta mencegah penyakit. Teori Watson mengajarkan perawat untuk melakukan lebih dari sekedar prosedur, tugas dan teknik yang digunakan di lahan praktik, menyebutkan sebagai “pemangkasan” keperawatan, kontras dan inti keperawatan yang memaknai aspek tersebut dalam hubungan perawat-pasien yang memberikan hasil terapeutik yang dimasukkan ke dalam proses *caring transpersonal*. Keperawatan berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan *caring* ditujukan untuk klien baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

2. Manusia

Manusia merupakan suatu fungsi yang utuh dari diri yang terintegrasi (ingin dirawat, dihormati, mendapatkan asuhan, dipahami dan dibantu). Manusia pada dasarnya ingin merasa dimiliki oleh lingkungan sekitarnya merasa dimiliki dan merasa menjadi bagian dari kelompok atau masyarakat dan merasa dicintai dan mencintai. Watson menggunakan istilah manusia, orang, kehidupan dan diri sendiri secara bergantian. Watson memandang seseorang sebagai suatu kesatuan dari pikiran/tubuh/jiwa/alam dan Watson mengatakan bahwa “seseorang terikat pada pemikiran bahwa jiwa seseorang memiliki tubuh yang tidak terikat pada ruang dan waktu secara objektif”.

Watson mengatakan bahwa ia bermaksud menggunakan pikiran, tubuh, jiwa atau kesatuan dalam keterkaitan pandangan dunia yang muncul dan berkembang, kadangkala mengacu pada pemikiran Unitary Transformative *Paradigm-Holographic*. Hal ini sering dianggap dualistic karena saya menggunakan tiga kata pikiran, tubuh dan jiwa.

Watson melakukan hal ini untuk membuat konotasi dan menyampaikan secara eksplisit tentang jiwa/metafisika yang tidak diangkat di dalam model-model lainnya. Watson juga mengatakan secara eksplisit bahwa manusia tidak bisa diperlakukan sebagai objek dan bahwa manusia tidak dapat dipisahkan dari dirinya, orang lain dan alam semesta.

Paradigma *caring-healing* terletak di dalam sebuah kosmologi yang bersifat metafisik dan transenden dengan manusia yang terus berkembang di alam semesta. Watson meminta untuk terbuka terhadap kemungkinan dan menyingkirkan anggapan-anggapan terhadap dirisendiri dan orang lain, untuk kembali belajar dan melihat menggunakan seluruh indera yang dimiliki.

3. Kesehatan

Watson mendefinisikan sehat sebagai “kesatuan dan harmoni dalam pikiran, tubuh dan jiwa berhubungan dengan derajat kesesuaian antara diri sendiri yang diterima dan diri sendiri yang dialami. Watson menyatakan penyakit tidaklah harus berupa penyakit, melainkan kekacauan subjektif atau ketidakharmonisan dalam diri seseorang misalnya pikiran, tubuh dan jiwa seseorang baik yang terjadi secara sadar maupun tidak sadar. Sementara suatu kondisi tidak sehat (*illness*) dapat menjadi penyakit (*disease*), tidaksehat/*illness* dan sehat adalah suatu fenomena yang tidak harus dianggap sebagai suatu rentang. Proses penyakit dapat pula berasal dari faktor genetik, kerentanan konstitusional dan terwujud pada saat terjadi suatu kondisi ketidakharmonisan. Penyakit pada gilirannya akan menciptakan ketidakharmonisan.

Kesehatan merupakan keutuhan dan keharmonisan pikiran fungsi fisik dan fungsi sosial. Menekankan pada fungsi pemeliharaan dan adaptasi untuk meningkatkan fungsi dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Kesehatan merupakan keadaan terbebas dari keadaan penyakit, dan Jean Watson menekankan pada usaha-usaha yang dilakukan untuk mencapai hal tersebut.

4. Lingkungan

Watson memandang lingkungan secara lebih luas, dimana ilmu *caring* bukanlah hanya untuk memelihara kemanusiaan tetapi juga untuk memelihara planet ini. Rasa memiliki terhadap dunia jiwa universal yang tidak terbatas dari alam dan seluruh makhluk hidup ini adalah keterkaitan primordial dari kemanusiaan dan kehidupan itu sendiri melintasi ruang dan waktu, batas negara dan bangsa. Watson menyatakan ruang penyembuhan yang dapat digunakan untuk membantu orang melampaui penyakitnya, nyerinya dan penderitaannya menekankan pada hubungan antara lingkungan dan seseorang ketika perawat memasuki kamar pasien terciptalah lapangan magnet pengharapan.

Hasil Atau Temuan dari Penggagas Teori Jean Watson

Watson mendasari teorinya untuk praktek keperawatan dengan sepuluh faktor caratif. Masing-masing memiliki komponen fenomenologis dinamis yang relative pada individu yang terlibat dalam hubungan keperawatan. Adapun sepuluh faktor caratif *caring* adalah sebagai berikut :

1. Membentuk dan menghargai sistem nilai *humanistic* dan *altruistic*

Nilai *humanistic* dan *altruistic* dibentuk pada awal mulai kehidupan tetapi dapat juga dipengaruhi selama seorang menjalani pendidikan terutama pendidikan perawat. Individu merupakan totalitas dari bagian-bagian yang memiliki harga diri didalam dirinya yang memerlukan perawatan, penghormatan, dipahami dan kebutuhan untuk dibimbing. Perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien. Selain itu, perawat juga memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan pada klien.

Manifestasi perilaku caring perawat dengan menggunakan kebaikan dan kasih sayang untuk memperluas diri. Perawat yang memiliki sifat caring adalah perawat yang memiliki kualitas kepribadian yang baik. Ciri-cirinya antara lain baik, tulus, berpengetahuan, sabar dan tenang, memiliki rasa humor, penolong, jujur, santai, asertif, penuh kasih sayang, penuh perhatian, berpengalaman dan fleksibel, memiliki watak yang menyenangkan, toleran serta pengertian.

2. Menamankan kepercayaan/ pengharapan

Peran perawat dalam membina hubungan perawat-pasien yang efektif dan dalam mempromosikan kesehatan dengan membantu pasien mengadopsi perilaku mencari kesehatan. Perawat juga harus memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang *holistic*. Keperawatan meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan dan membantu memahami alternatif terapi yang diberikan, memberi keyakinan adanya kekuatan penyembuhan/kekuatan spiritual dan penuh

pengharapan.

Manifestasi perilaku *caring* perawat yaitu menciptakan suatu hubungan dengan klien yang menawarkan maksud dan petunjuk saat mencari arti dari suatu penyakit. *Caring* juga merupakan sikap saling memberi dan menerima yang merupakan awal hubungan dari perawat dan klien untuk saling mengenal dan peduli. Hal ini menunjukkan bahwa perawat memberi perhatian kepada pasien.

3. Menumbuhkan sensitifitas terhadap diri sendiri dan orang lain

Pengakuan perasaan mengarah aktualisasi diri melalui penerimaan diri baik bagi perawat dan pasien. Sebagai perawat mengakui sensitivitas dan perasaan mereka, dimana mereka menjadi lebih asli, otentik dan sensitive kepada orang lain. Perawat harus dapat belajar menghargai kesensitifan perasaan klien dan dirinya sendiri. Dengan menjadi sensitive terhadap diri sendiri maka akan menjadikan lebih sensitive terhadap orang lain dan menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain, lebih empati dalam proses interpersonal perawat dan pasien. Manifestasi perilaku *caring* perawat dengan belajar menerima keadaan diri sendiri dan orang lain, maka perawat dapat membina hubungan interpersonal yang baik dengan klien.

4. Mengembangkan hubungan saling percaya, hubungan *caring* manusia

Perawat memberikan informasi dengan jujur, dan memperlihatkan sikap empati yaitu turut merasakan apa yang dialami klien. Manifestasi perilaku *caring* perawat yaitu belajar membangun dan mendukung pertolongan kepercayaan, hubungan *caring* yang asli melalui komunikasi yang efektif dengan klien.

Perawat dapat membina hubungan saling percaya dengan mengenalkan diri awal kontak, meyakinkan pasien tentang kehadiran perawat untuk menolong, perawat bersikap hangat dan bersahabat. Perawat yang bersifat *caring* dalam membina hubungan dengan orang lain juga harus menunjukkan sikap empati dan mudah didekati serta mau mendengarkan orang lain. Perawat tersebut lebih peka, mudah bergaul, sopan dan mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang lain.

5. Meningkatkan dan menerima perasaan positif dan negatif

Perawat diharapkan dapat memebrikan waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien. Perawat yang bersifat *caring* juga senantiasa mempunyai waktu untuk orang lain. Tujuan dari sikap ini menciptakan hubungan perawat klien yang terbuka saling menghargai perasaan dan pengalaman antar perawat, klien dan keluarga. Perawat harus belajar mendukung dan menerima perasaan klien. Dalam berhubungan dengan klien, tunjukkan kesiapan mengambil risiko dalam berbagi dengan sesama

6. Menggunakan proses *caring* yang kreatif dalam penyelesaian masalah

Penggunaan proses keperawatan dalam pemecahan masalah secara ilmiah melalui pendekatan asuhan keperawatan, akan menghilangkan citra tradisional perawat sebagai pembantu dokter. Proses keperawatan sama dengan proses penelitian yang sistematis dan terorganisir. Perawat menggunakan metode proses keperawatan yang sistematis sebagai pola pikir dan pendekatan dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan.

Sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk memecahkan masalah secara ilmiah dalam menyelenggarakan pelayanan yang berfokus pada klien.

7. Meningkatkan proses belajar-mengajar interpersonal

Faktor ini merupakan konsep yang penting untuk keperawatan dalam membantu kesembuhan dengan bentuk kepedulian. Pasien diharapkan untuk mendapatkan informasi tentang status kesehatan. *Caring* akan efektif jika dilakukan melalui hubungan interpersonal memberikan asuhan mandiri, menerpakan kebutuhan personal dan memberikan kesempatan untuk tumbuh. Kegiatan ini dapat dilakukan pada saat mengajarkan klien tentang keterampilan perawatan diri. Klien mempunyai tanggung jawab untuk belajar agar dapat memenuhi kebutuhannya sendiri.

8. Menciptakan lingkungan fisik, mental, social-kultural dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif

Perawat harus menyadari bahwa lingkungan internal dan eksternal berpengaruh terhadap kesehatan dan penyakit individu, yang dimaksud dengan lingkungan internal meliputi mental dan kesejahteraan spiritual serta keyakinan social budaya individu. Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan/kondisi penyakit klien. Perawat dapat membuat pemulihan suasana pada semua tingkatan baik fisik dan non-fisik. Perawat juga dapat meningkatkan kebersamaan, keindahan, kenyamanan, kepercayaan dan kedamaian.

9. Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia

Perawat mengakui kebutuhan biofisik, psikofisik, psikososial serta intrapersonal diri dan pasien. Pasien harus memenuhi kebutuhan yang lebih rendah sebelum mencoba untuk mencapai kebutuhan yang lebih tinggi. Perawat yang bersifat caring selalu berusaha memperlakukan orang-orang/pasien sebagai individu dan mencoba mengidentifikasi kebutuhan pasien. Mereka juga mendahulukan kepentingan pasien dapat dipercaya dan teampil. Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan salah satunya dengan membantu klien mendapatkan kebutuhan dasar dengan caring yang disengaja dan disadari. Perawat harus bersedia membantu kebutuhan activity daily living (ADL) dengan tulus dan menyatukan perasaan bangga dapat menolong klien, menghargai dan menghormati privacy klien. Perawat dalam membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien harus dilakukan dengan penuh kesadaran, disengaja dan memperhatikan seluruh aspek dalam keperawatan.

10. Menghargai adanya kekuatan-kekuatan fenomena yang bersifat spiritual

Perawat dapat mengizinkan terjadinya tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan diri dan kematangan jiwa klien dapat dicapai. Kadang-kadang seseorang klien perlu diharapkan pada pengalaman/pemikiran yang bersifat profokatif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri. Perawat harus memahami pertumbuhan dan kematangan jiwa klien (fenomenologis) tentang data serta situasi yang membantu pemahaman klien tentang fenomena yang dapat dilakukan perawat antara lain mengizinkan klien menggunakan kekuatan

spiritual untuk melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya, memotivasi klien dan keluarga untuk berserah diri kepada Tuhan YME, meyiapkan klien dan keluarga saat menghadapi fase berduka.

Aplikasi Teori Jean Watson dalam Praktik Keperawatan

1. Praktik

Teori Watson telah divalidasi di tatanan pelayanan rawat jalan, rawat inap dan komunitas dengan berbagai populasi, termasuk penerapan yang terkini dengan fokus pada esensi perawat pasien, pasien dengan ventilator dan simulasi perawatan. Watson dan Foster menggambarkan sebuah penerapan teori ke dalam praktik yang sangat baik pada *Attending Nurse Caring Model* (ANCM). Ini adalah proyek awal di rumah sakit anak Denver. Model ini dibangun sebagai ilmu keperawatan-*caring*, model praktik kolaboratif yang dipandu dari teori dan berbasis bukti untuk diterapkan pada penanganan nyeri di unit pascabedah dengan 37 tempat tidur. Perawat yang ikut serta dalam proyek tersebut belajar mengenai teori *caring* Watson, faktor karatif, kesadaran *caring*, niat dan praktik *caring-healing*. Misi dari ANCM adalah untuk membangun hubungan *caring* yang berkelanjutan antara perawat dengan anak-anak yang mengalami nyeri serta keluarganya. ANCM dibuat agar keberadaan *caring-healing* dapat dilihat di seluruh rumah sakit.

2. Administrasi/Kepemimpinan

Teori Watson menghimbau agar praktik administrasi dan model bisnis melingkupi konsep *caring*, bahkan di lingkungan pelayanan kesehatan dengan tingkat keakutan yang tinggi, lama rawat yang singkat, teknologi yang makin kompleks dan harapan yang makin meingkat terhadap “tugas” keperawatan. Tantangan-tantangan tersebut membutuhkan solusi untuk reformasi sistem pelayanan kesehatan pada tingkat yang mendalam dan etis, agar perawat mampu mengikuti model praktik profesionalnya sendiri ketimbang solusi jangka pendek, misalnya dengan menambah jumlah tempat tidur, bonus dan atau insentif pemindahan perawat. Banyak rumah sakit mencari status magnet, misalnya Central Baptist Hospital di Lexington Kentucky, yang mengatasi tantangan ini dengan menggunakan teori *caring* manusia Watson untuk perubahan administratif. Pengembangan lingkungan profesional berkelanjutan lainnya nya didasarkan pada definisi esensi perawatan pasien. Contoh ini beserta contoh lainnya tentang penerapan *caring* dalam praktek administratif dapat ditemukan dalam artikel “*Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices*”.

3. Pendidikan

Tulisan-tulisan Watson berfokus pada bagaimana mendidik mahasiswa keperawatan dan memberikan landasan ontologis, etis dan epistemologis bagi praktek keperawatan mereka, bersama dengan arahan untuk penelitian.

Kerangka kerja *caring* Watson telah diajarkan pada banyak kurikulum mahasiswa sarjana keperawatan. Selain itu, konsep Watson digunakan pula di program pendidikan keperawatan di berbagai negara.

4. Penelitian

Metode kualitatif, naturalistik, dan fenomenologi adalah metode yang sesuai untuk penelitian tentang *caring* dan untuk pengembangan keperawatan sebagai ilmu humaniora. Watson juga menyarankan untuk menggabungkan antara metode kualitatif dan kuantitatif. Penelitian untuk menguji, mengembangkan, dan mengevaluasi teori semakin berkembang baik secara nasional maupun internasional. Salah satu contohnya yaitu Smith yang melakukan telaah terhadap 40 penelitian yang menggunakan teori Watson secara spesifik, selain itu Persky, Nelson, Watson dan Bend menggunakan pendekatan kuantitatif untuk menentukan atribut “perawat caritas” sebagai bagian dari upaya inisiasi perawatan berbasis-hubungan atau *Relationship-Based Care* di New York. Pada tahun 2011 Nelson dan Watson melaporkan penelitian yang dilakukan di tujuh negara yang berisi delapan survei *caring* dan instrumen penelitian lainnya untuk penelitian caritas misalnya tentang perbedaan persepsi internasional terhadap *caring*, hubungan perawat dan pasien, serta panduan bagi rumah sakit yang mencari status magnet

Daftar Pustaka

- Alligood dan Tomey. (2006a). *Nursing theorist and their work* (6th ed). USA: Mosby. Inc
- Alligood dan Tomey. (2006b). *Nursing theory: Utilization and application* (3rd ed). USA: Mosby. Inc
- Diener, E & Hobbs, N. (2012). *Simulating care: technology-mediated learning in twenty-first century education*. *Nursing Forum*, 47 (1), 34-38
- DiNapoli, P., Nelson, J, Turkel, M & Watson, J. (2010). *Measuring the caritas process; caring factor survey*. *International Journal for Human Caring*, 14 (3), 17-20.
- Drummond, J. (2005). *Caring science as sacred science*. (Book review). *J Nursing Philosophy*, 6, 218-220.
- Hills, M, & Watson, J. (2011). *Creating a caring science curriculum; an emancipatory pedagogy for nursing*. New York: Springer
- Fawcett, J., Watson, J, Neuman, B., & Hinton Walker, P. (2001). On missing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2), 115-119.
- Fawcett, J. (2002). The nurse theorists: 21st century updates-Jean Watson. *Nursing Science Quarterly*, 15 (3), 214-219.
- Jess, D. E. (2010). Watson's philosophy in nursing practice. In M. R.Alligood (ed), *Nursing theory: Utilization & Application* (4th ed, pp. 111-136). St. Lois: Mosby-Elsevier.
- Leininger, M. (1979). Preface. In J. Watson (Ed), *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown.

- Lindahl, B (2011). Experiences of exclusion when living on a ventilator: Reflection based on the application of Julia Kristev's philosophy of caring. *Nursing Philosophy* 12, (1), 12-21.
- Neil, R. M. (2003). Philosophy and science of caring. In A.M. Tomey & M.R. Allgood (Eds), *Nursing theorists and their work* (6th ed, pp, 91-115). St. Lois Mosby.
- Nelson, J., & Watson, J. (2011). *Measuring caring: international research on caritas as healing*. New York: Springer.
- Pipe, T., Connolly, T, Spahr, N, Lenzion, N, Bunchda, V, Jury, R. et, el (2012). Bringing back the basics of nursing: defining patient care. *Nursing Administration Quarterly*, 36 (3), 225-233.
- Watson, J. (2000). *Monograph of instruments for measuring and assessing caring*. New York:Springer.
- Watson, J. (2000). Postmodern nursing and beyond. In N.L. Chaska (Ed), *The nursing profession: Tomorrow's vision and beyond* (pp, 299-308). Thousand Oaks, (CA): Sage.
- Watson, J. (2001). Jean Watson: theory of human caring. In M. E. Parker (Ed), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 344-345). Philadelphia: F.A. Davis
- Watson, J. (2002). Illuminating the spiritual journey: Jean Watson tells her story. In P. Burkhardt & M.G. Nagai-Jackson (Ed), *Spirituality: living our connectedness*
- Watson, J. (2003). Caring Science: belonging before being as ethical cosmology. *Nursing Science Quarterly*, 18 (4), 304-305
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A.Davis

Watson, J. (2006). Jean Watson's theory of human caring. In M. Parker (Ed), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed, pp. 295-301). Philadelphia: F.A. Davis.

Woodward, T.K. (2006). Application of Jean Watson's Theory of Human Caring. In M.Parker (Ed), *Nursing theories and nursing practice* (2nd ed, pp. 302-308). Philadelphia: F.A.Davis

Profil Penulis



**Ns. Ni Made Nopita Wati, S.Kep.,
M.Kep**

Penulis merupakan dosen tetap di STIKes Wira Medika Bali, dengan latar belakang pendidikan yaitu lulusan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Udayana dengan predikat lulusan *cum laude*. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan magister di Magister Keperawatan Universitas Diponegoro dengan predikat lulusan *cumlaude*. Penulis sudah memiliki banyak HKI (Hak Kekayaan Intelektual) atas karyanya. Penulis saat ini tergabung dalam Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI). Penulis aktif sebagai editor dan reviewer jurnal nasional dan internasional. Penulis selain mengajar juga aktif melakukan riset, publikasi ilmiah dan menulis buku.

Email Penulis: ners.pita@gmail.com

- 1 KONSEP FALSAFAH KEPERAWATAN
Adelheid Riswanti Herminsih
- 2 KONSEP PARADIGMA KEPERAWATAN
Ni Luh Putu Thrisna Dewi
- 3 TEORI DAN MODEL KONSEP KEPERAWATAN
Iva Milia Hani Rahmawati
- 4 METAPARADIGMA KEPERAWATAN
Ida Ayu Agung Laksmi
- 5 KONSEP GRAND THEORY
Ketut Lisnawati
- 6 KONSEP MIDDLE-RANGE THEORY
I Nyoman Asdiwinata
- 7 KONSEP PRACTICE THEORY
Ni Luh Putu Dewi Puspawati
- 8 KONSEP HOLISTIC CARE
Dewi Nur Sukma Purqoti
- 9 KONSEP BERUBAH
Betie Febriana
- 10 KONSEP SISTEM DALAM KEPERAWATAN
Dicky Endrian Kurniawan
- 11 REVIEW THEORY FLORENCE NIGHTINGALE
Wihelmus Nong Baba
- 12 REVIEW THEORY DOROTHEA E. OREM
Theresia Anita Pramesti
- 13 REVIEW THEORY JEAN WATSON
Ni Made Nopita Wati

Editor :

Yuldensia Avelina

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-362-874-7 (PDF)



9 786233 628747