

# DASAR KEPERAWATAN PROFESIONAL

## PENULIS :

- Wibowo Hanafi Ari Susanto
- Ramadhan Trybahari Sugiharno
- Suprpto
- Solehudin
- Lela Aini
- Zakiyah
- Daniel Suranta Ginting
- Anggi Pratiwi
- I Gede Purnawinadi
- Maria Suryani
- Dewi Wulandari



# **DASAR KEPERAWATAN PROFESIONAL**

**Wibowo Hanafi Ari Susanto  
Ramadhan Trybahari Sugiharno  
Suprpto  
Solehudin  
Lela Aini  
Zakiyah  
Daniel Suranta Ginting  
Anggi Pratiwi  
I Gede Purnawinadi  
Maria Suryani  
Dewi Wulandari**



**PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**

# **DASAR KEPERAWATAN PROFESIONAL**

## **Penulis :**

Wibowo Hanafi Ari Susanto  
Ramadhan Trybahari Sugiharno  
Suprpto  
Solehudin  
Lela Aini  
Zakiyah  
Daniel Suranta Ginting  
Anggi Pratiwi  
I Gede Purnawinadi  
Maria Suryani  
Dewi Wulandari

**ISBN : 978-623-198-361-9**

**Editor :** Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.  
Ilda Melisa, Amd., Kep

**Penyunting :** Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

**Desain Sampul dan Tata Letak :** Atyka Trianisa, S.Pd

**Penerbit :** PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI  
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

## **Redaksi :**

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001  
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah  
Padang Sumatera Barat

Website : [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, Juni 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk  
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Dasar Keperawatan Profesional ini.

Buku Ini Membahas Konsep Dasar dan Sejarah Keperawatan, Peran, Fungsi dan Kompetensi Perawat, Landasan Keilmuan Profesi Keperawatan, Profesi dan Keperawatan Profesional, Teori dan Model Keperawatan, Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia, Konsep Manusia Sehat Sakit, Evidence Based Nursing, Standar Profesional Dalam Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Keperawatan, Aspek Etik dan Legal dalam Konteks Profesi Keperawatan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Juni 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                        |            |
|--------------------------------------------------------|------------|
| <b>KATA PENGANTAR .....</b>                            | <b>i</b>   |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>                                 | <b>ii</b>  |
| <b>DAFTAR GAMBAR .....</b>                             | <b>vi</b>  |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                              | <b>vii</b> |
| <b>BAB 1 KONSEP DASAR DAN SEJARAH KEPERAWATAN ....</b> | <b>1</b>   |
| 1.1 Sejarah Keperawatan .....                          | 1          |
| 1.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan Umat Muslim....   | 3          |
| 1.3 Konsep Dasar Dan Teori Keperawatan.....            | 4          |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                   | 8          |
| <b>BAB 2 PERAN, FUNGSI DAN KOMPETENSI PERAWAT ....</b> | <b>9</b>   |
| 2.1 Pentingnya Peran Perawat.....                      | 9          |
| 2.2 Bentuk, Fungsi Dan Kompetensi Perawat.....         | 10         |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                   | 16         |
| <b>BAB 3 LANDASAN KEILMUAN PROFESI</b>                 |            |
| <b>KEPERAWATAN .....</b>                               | <b>19</b>  |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                   | 33         |
| <b>BAB 4 PROFESI DAN KEPERAWATAN PROFESIONAL ....</b>  | <b>35</b>  |
| 4.1 Pendahuluan.....                                   | 35         |
| 4.2 Konsep Dasar Profesi .....                         | 35         |
| 4.2.1 Pengertian Profesi.....                          | 36         |
| 4.2.2 Ciri-Ciri Profesi.....                           | 37         |
| 4.2.3 Etik Profesi.....                                | 38         |
| 4.3 Keperawatan Profesional.....                       | 40         |
| 4.3.1 Pengertian Keperawatan.....                      | 40         |
| 4.3.2 Nilai Profesional Keperawatan .....              | 41         |
| 4.3.3 Praktik Keperawatan Profesional.....             | 44         |
| <b>BAB 5 TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN .....</b>         | <b>53</b>  |
| 5.1 Pendahuluan.....                                   | 53         |
| 5.2 Definisi Teori Keperawatan.....                    | 54         |
| 5.3 Macam Teori & Model Keperawatan Menurut Ahli.....  | 54         |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                   | 65         |

## **BAB 6 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN**

|                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>MANUSIA .....</b>                                                                | <b>67</b>  |
| 6.1 Pendahuluan.....                                                                | 67         |
| 6.2 Pengertian.....                                                                 | 68         |
| 6.2.1 Pertumbuhan .....                                                             | 68         |
| 6.2.2 Perkembangan .....                                                            | 68         |
| 6.3 Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan .....                                      | 69         |
| 6.4 Teori Pertumbuhan dan Perkembangan .....                                        | 70         |
| 6.4.1 Teori Psikoseksual .....                                                      | 70         |
| 6.4.2 Teori Psikososial .....                                                       | 72         |
| 6.4.3 Teori Perkembangan Kognitif.....                                              | 74         |
| 6.4.4 Teori Perkembangan Moral.....                                                 | 76         |
| 6.4.5 Teori Kebutuhan Manusia .....                                                 | 78         |
| 6.5 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia .....                                | 80         |
| 6.5.1 Janin (Kehidupan Intrauterin) .....                                           | 80         |
| 6.5.2 Kehidupan Ekstrauterin .....                                                  | 81         |
| 6.6 Faktor – faktor yang Mempengaruhi<br>Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia ..... | 88         |
| 6.6.1 Faktor Genetik.....                                                           | 88         |
| 6.6.2 Faktor Kesehatan janin .....                                                  | 88         |
| 6.6.3 Faktor Lingkungan.....                                                        | 88         |
| 6.6.4 Faktor Sosial Ekonomi .....                                                   | 88         |
| 6.6.5 Karakteristik Keluarga.....                                                   | 88         |
| 6.6.6 Nutrisi.....                                                                  | 89         |
| 6.6.7 Lingkungan Buatan Manusia .....                                               | 89         |
| 6.6.8 Peran Pengalaman masa kanak-kanak.....                                        | 89         |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                                | 90         |
| <b>BAB 7 KONSEP MANUSIA SEHAT SAKIT .....</b>                                       | <b>93</b>  |
| 7.1 Pendahuluan.....                                                                | 93         |
| 7.2 Pengertian Sehat.....                                                           | 94         |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                                | 110        |
| <b>BAB 8 EVIDENCE BASED NURSING .....</b>                                           | <b>111</b> |
| 8.1 Definisi .....                                                                  | 111        |

|                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 8.2 Manfaat bagi perawat.....                                                    | 111        |
| 8.3 Kekuatan dan kelemahan .....                                                 | 112        |
| 8.4 Keahlian minimum yang harus dimiliki .....                                   | 112        |
| 8.5 Elemen dalam Evidence Based Nursing.....                                     | 112        |
| 8.6 Persyaratan dalam penerapan EBN.....                                         | 113        |
| 8.7 Langkah dalam menentukan EBN .....                                           | 114        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                             | 120        |
| <b>BAB 9 STANDAR PROFESIONAL DALAM</b>                                           |            |
| <b>PELAYANAN KEPERAWATAN .....</b>                                               | <b>121</b> |
| 9.1 Pendahuluan.....                                                             | 121        |
| 9.2 Standar Kompetensi Perawat.....                                              | 123        |
| 9.2.1 Maksud, Tujuan, dan Manfaat.....                                           | 123        |
| 9.2.2 Area Kompetensi.....                                                       | 125        |
| 9.3 Standar Profesional Praktik Keperawatan .....                                | 127        |
| 9.3.1 Standar Profesional Menurut <i>American Nurses Association</i> (ANA) ..... | 128        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                             | 132        |
| <b>BAB 10 PELAYANAN KEPERAWATAN .....</b>                                        | <b>135</b> |
| 10.1 Pendahuluan.....                                                            | 135        |
| 10.2 Pengertian Pelayanan Keperawatan .....                                      | 136        |
| 10.2.1 Penerima pelayanan keperawatan.....                                       | 136        |
| 10.2.2 Bentuk Pelayanan Keperawatan.....                                         | 137        |
| 10.3 Pemberi Pelayanan Keperawatan.....                                          | 139        |
| 10.4 Diversitas Pelayanan Keperawatan .....                                      | 140        |
| 10.5 Kualitas Pelayanan Keperawatan.....                                         | 145        |
| DAFTAR PUSTAKA .....                                                             | 148        |
| <b>BAB 11 ASPEK ETIKA DAN HUKUM DALAM KONTEKS</b>                                |            |
| <b>PROFESI KEPERAWATAN .....</b>                                                 | <b>151</b> |
| 11.1 Pendahuluan.....                                                            | 151        |
| 11.2 Etika Perawatan .....                                                       | 154        |
| 11.3 Prinsip Etik Keperawatan .....                                              | 155        |
| 11.4 Tujuan Kode Etik Keperawatan .....                                          | 156        |
| 11.5 Fungsi Kode Etik Keperawatan .....                                          | 159        |

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| 11.6 Masalah Hukum Dalam Keperawatan.....          | 160 |
| 11.7 Dasar dari aspek hukum keperawatan .....      | 161 |
| 11.8 Penerapan aspek hukum dalam keperawatan ..... | 162 |
| DAFTAR PUSTAKA .....                               | 164 |
| <b>BIODATA PENULIS</b>                             |     |



## DAFTAR GAMBAR

|                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Gambar 4.1.</b> Metode Fungsional .....                                                 | 45  |
| <b>Gambar 4.2.</b> Metode Tim .....                                                        | 47  |
| <b>Gambar 4.3.</b> Metode Primer .....                                                     | 49  |
| <b>Gambar 4.4.</b> Metode Kasus .....                                                      | 50  |
| <b>Gambar 6.1.</b> Hirarki Kebutuhan Dasar Maslow .....                                    | 80  |
| <b>Gambar 6.2.</b> Pertumbuhan Embrio Manusia.....                                         | 81  |
| <b>Gambar 9.1.</b> Area Kompetensi .....                                                   | 125 |
| <b>Gambar 9.2.</b> Proses Keperawatan dan Standar<br>Praktik Keperawatan Profesional ..... | 127 |

## DAFTAR TABEL

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabel 6.1.</b> Prinsip Dasar yang Membedakan<br>Pertumbuhan dan Perkembangan .....           | 69  |
| <b>Tabel 10.1.</b> Contoh tanggung jawab personel<br>pelayanan keperawatan di rumah sakit ..... | 140 |



# **BAB 1**

## **KONSEP DASAR DAN SEJARAH KEPERAWATAN**

***Oleh Wibowo Hanafi Ari Susanto***

Pertumbuhan peradaban manusia dan evolusi strukturalnya berdampak signifikan pada keperawatan. Seiring dengan tumbuhnya pendidikan keperawatan di Indonesia, profesionalisme keperawatan berkembang di negara tersebut. Perlindungan yang kurang memadai bagi perawat menyebabkan berjalannya praktik tanpa arah, dimana perawat sering menemui kendala meskipun kendala yang dihadapi profesi keperawatan di Indonesia pada era pasar bebas semakin berkembang. Perubahan pola sosial masyarakat Indonesia, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, globalisasi pelayanan kesehatan, dan tekanan terhadap profesi keperawatan merupakan empat faktor yang berpengaruh signifikan terhadap kualitas profesi keperawatan. Semua pihak yang terlibat dalam bidang ini, termasuk organisasi profesi dan institusi sekolah perawat, harus berkomitmen untuk mencari solusi dari permasalahan tersebut (Lestari, 2014).

### **1.1 Sejarah Keperawatan**

Menurut sejarah, struktur dan kemajuan peradaban manusia memiliki dampak yang signifikan terhadap perkembangan keperawatan. Sejarah keperawatan di dunia terbentang dari peradaban kuno dan budaya prasejarah melalui debut *Florence Nightingale* sebagai perintis perawat Inggris pada tahun 1820.

Sejak saat itu, rencana dibuat untuk perawatan di rumah sakit militer di Turki (RS). Ini menawarkan *Florence* kesempatan untuk berhasil sekaligus meningkatkan status perawat. Florence sebelumnya disebut sebagai "*The Lady of the Lamp*" (Lestari, 2014).

Dalam pelayanan keperawatan profesional, yang merupakan bagian, menurut Lokakarya Keperawatan Nasional tahun 1983. Komponen penting dalam pelayanan kesehatan, dibentuk oleh keahlian pelayanan di bidang bio-psiko-sosial-spiritual yang sepenuhnya ditujukan kepada orang tersebut, masyarakat dan kelompok sama-sama sehat dan rasa sakit yang menembus setiap aspek kehidupan.

Dinamika kehidupan manusia tercermin dalam sejarah keperawatan atau perkembangan keperawatan. Orang-orang dalam profesi ini telah menyadari bahwa jika dilihat dari perspektif *core* (inti) keperawatan yang merupakan unsur perawatan/*caring*, sejarah kelahiran keperawatan sejajar dengan awal sejarah manusia di muka bumi. Di mana peradaban manusia terbukti dibentuk dengan rasa peduli terhadap keturunannya seperti yang kita kenal dengan naluri keibuan. Ikon keperawatan kontemporer pertama adalah *Florence Nightingale* lahir di Inggris, dan peradaban modern mengikuti konsep tersebut. Di setiap negara atau lokasi, sejarah keperawatan dan profesi berkorelasi dengan negara tersebut (Komarudin, 2018).

Bendera profesi ini telah dikibarkan dengan berbagai cara. Semua anak bangsa ini telah bangkit berperang, dimulai dari para ksatria kerajaan di nusantara ini dan diakhiri dengan pemuda-pemudi zaman kemerdekaan, dalam sebuah perjuangan yang bisa disamakan dengan keinginan bangsa Indonesia untuk memperoleh kemerdekaan dari penjajah. Tetapi sejarah menunjukkan bahwa jiwa manusia dan kecakapan fisik sama pentingnya. Karena berbagai sebab dan alasan, banyak kerajaan telah runtuh. Meskipun ada kemenangan, biasanya itu cepat berlalu atau singkat dan akhirnya jatuh kembali ke tangan penjajah (Komarudin, 2018).

Prosedur medis Islam dari abad keenam hingga kesepuluh, memadukan pelayanan preventif atau preventif dengan pelayanan kesehatan kuratif (kesehatan preventif).

Fakta bahwa perawat dan dokter melakukan hampir seluruh proses telah dibuktikan oleh fakta, oleh karena itu praktik kedokteran Islam awal ini tidak membedakan keduanya. Oleh karena itu, pada titik ini, tidak diketahui perbedaan perawat dan dokter atau bagaimana klasifikasinya. Sejak awal, kesehatan Islam ini dipengaruhi oleh Barat dan Timur, dua peradaban terdahulu dengan tradisi medis yang kuat. Dasar-dasar kedokteran yang dikembangkan oleh *Hippocrates* ditransmisikan melalui tradisi Barat ini.

Prinsip dasar praktik kesehatan Barat menjaga pentingnya diet, gaya hidup, dan ramalan (Saputra, Kusdiana and Rahmatillah, 2020).

## **1.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan Umat Muslim**

Ketika konflik yang dipimpin muslim terjadi, kebutuhan akan ahli kesehatan lebih besar. Nabi dan pengikut Islam berperang dalam beberapa pertempuran selama ini. Setidaknya ada enam belas kali dalam riwayat Sahih Al Bukhari tentang perang yang diikuti langsung oleh Rasulullah SAW. Sedangkan Nabi SAW, berperang sebanyak 19 kali, menurut catatan yang berbeda, ada 27 konflik yang berbeda selama masa kenabian.

Beberapa orang tewas dalam pertempuran itu, dan banyak juga masalah fisik dan mental. Ada banyak yang menderita luka tusukan tombak, jentikan pedang, dan hujan panah musuh. Sebagian besar prajurit mengalami pendarahan hebat. Diambil dan dirawat adalah mereka yang menjadi korban (Saputra, Kusdiana and Rahmatillah, 2020).

Islam mulai menyebar ke seluruh negeri menjelang abad ketujuh Masehi. Sains berkembang pesat di seluruh Jazirah Arab

pada saat itu. sains, kimia, kebersihan, dan keahlian kedokteran. Pentingnya menjaga kebersihan makanan, air, dan lingkungan merupakan salah satu prinsip dasar keperawatan kesehatan yang berkembang sangat cepat (Kartikaningrum *et al.*, 2017).

Rafida adalah perawat terkenal dari Arab. Abad pertengahan melihat sejumlah perkembangan dan kemajuan yang diterapkan pada bidang keperawatan, yang membantu memberikan dasar bagi beberapa yayasan keperawatan modern. Selama ini, profesi keperawatan masih sangat kental dengan agama, dengan biarawati dan biksu sebagai mayoritas perawat. Penderita kusta dan orang buangan ditempatkan di rumah sakit bersama dengan pasien yang sakit dan terluka (Fuadi, 2021).

### **1.3 Konsep Dasar Dan Teori Keperawatan**

Dua jenis atau tingkatan teori keperawatan dapat dibedakan yang didasarkan pada tujuan teori keperawatan dan yang didasarkan pada generalisasinya. berdasarkan konsep fungsi.

Empat jenis keperawatan adalah deskriptif, eksplanatori, preskriptif, dan prediktif. Sifat dan metode disiplin ilmu dijelaskan menggunakan bahasa deskriptif. Explanatory digunakan untuk menentukan atau mengkaji bagaimana sikap dan keyakinan seseorang berhubungan atau mempengaruhi suatu disiplin ilmu. Fitur hubungan yang muncul dan bagaimana mereka dapat muncul dihitung menggunakan prediktif.

Untuk menentukan keadaan di mana suatu hubungan terjadi, preskriptif digunakan. Teori ini disusun dalam empat tingkatan atau jenis berdasarkan seberapa luas isinya dapat diterapkan metateori, teori besar, teori rentang menengah, dan teori praktik (Lestari and Ramadhaniyati, 2021).

Pelayanan kesehatan preventif dan kuratif (kesehatan preventif) digabungkan dalam praktik kesehatan Islam sejak abad keenam hingga abad ketujuh.

Selain itu, praktik kedokteran Islam awal ini tidak membedakan antara perawat dan dokter karena hampir seluruh prosedur dilakukan oleh perawat dan dokter. Dengan cara ini, istilah atau di sisi lain penugasan dan karakterisasi petugas dan spesialis yang luar biasa tidak jelas seperti yang sekarang.

Sejak awal, dua praktik kesehatan dari peradaban sebelumnya Barat dan Timur mempengaruhi kesehatan Islam ini. Prinsip-prinsip dasar teknik kesehatan Barat menjaga pentingnya pola makan dan gaya hidup dan memprediksi evolusi selanjutnya dari hampir semua penyakit berdasarkan catatan risalah Hippocrates, yang menekankan pertimbangan ekologis. Sebaliknya, tradisi Timur meninggalkan metode pembedahan yang sangat maju yang menggunakan afium (opium) sebagai obat bius (Lisamanda, 2010). Perangkat medis logam juga diperkenalkan ke dalam tradisi Persia bersamaan dengan metode bedah. Selain itu, ketika Islam menyebar ke seluruh Persia pada abad ketujuh, tradisi Yunani dan kedokteran digabungkan dengan sistem rumah sakit Persia kuno untuk membentuk sekolah kedokteran. Sekolah-sekolah ini dipertahankan hidup oleh dukun atau tabib, yang mengatur praktik kesehatan yang terus digunakan hingga masa Islam. Misalnya, dalam karyanya *Tabaqat al Atba'* (Pangkat Dokter), Ibnu Usaibah menyatakan bahwa tabib Arab al Haris bin Kaladah, yang masuk Islam pada saat itu, adalah lulusan sekolah kedokteran Jundisapur dan telah memantapkan dirinya sebagai seorang sosok yang berbeda di bidang kedokteran. Ketika Al-Haris ibn Kaladah menyembuhkan Kaisar Anusyirman dari penyakitnya, bahkan dia mengakui kepiawaiannya (Lestari and Ramadhaniyati, 2021).

Perkembangan ilmu pengetahuan, kesehatan, dan keperawatan dipengaruhi oleh pengaruh zaman. Negara baru saja mengambil alih pengelolaan rumah sakit, yang dulunya dilakukan oleh gereja. Pada periode ini, Florence Nightingale, seorang perawat terkenal, menjadi terkenal (1820-1910). Dia menciptakan



model praktik keperawatan yang menegaskan bahwa penyakit individu disebabkan oleh faktor lingkungan. Oleh karena itu, perubahan lingkungan yang berdampak pada kesehatan diprioritaskan dalam praktik keperawatan.

*Florence Nightingale* menyatakan bahwa untuk meningkatkan kemampuan para perawat diperlukan sekolah keperawatan. Menurutnya, pendidikan perawat harus diciptakan, serta pengaturan jam kerja perawat dan pertimbangan perawat (Listiana, 2018).

Lahirnya sosok keperawatan yang sangat terkenal dan masih dikenal hingga saat ini menandai sejarah perkembangan keperawatan di dunia. Perubahan paradigma berpikir ini berdampak signifikan pada praktik keperawatan (Anggraini and Leniwita, 2020). Ini sebanding dengan pergeseran parameter pesanan layanan keperawatan dan standar praktik keperawatan sebelum munculnya undang-undang praktik keperawatan. Pertumbuhan keperawatan di Asia, khususnya di Timur Tengah dan negara-negara Arab, dimulai sekitar abad ke-7, sekitar waktu yang sama dengan Islam bagi orang-orang Arab dan menjadi agama utama mereka. Kemajuan terkait sains di bidang sains, kimia, kesehatan, dan kedokteran muncul setelah pertumbuhan dan penyebaran Islam (Listiana, 2018).

Berdasarkan ilmu yang diperolehnya melalui pendidikan keperawatan, perawat adalah individu yang memiliki kapasitas dan kekuasaan untuk melakukan tindakan keperawatan (UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992). Perawatan yang ditawarkan perawat kepada individu, keluarga, dan komunitas adalah layanan yang sangat penting.

Pelayanan yang ditawarkan merupakan upaya untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, dengan memperhatikan kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan di bidang promotif, preventif, pengobatan, dan rehabilitasi. Perawat harus berbagi konsep umum tentang sifat keperawatan

sebagai profesi, praktik keperawatan profesional, dan peran serta tanggung jawab perawat profesional untuk mempraktikkan keperawatan (Rofli, 2021) .

Dalam hal ini, perawat diharapkan dapat menjalankan tugas dan fungsinya sesuai dengan standar profesi keperawatan dan masyarakat secara keseluruhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, Y. and Leniwita, H. 2020. 'Modul Konsep Dasar Keperawatan', pp. 92–93.
- Fuadi, A. 2021. *Tahta Media Group*.
- Kartikaningrum, E.D. *et al.* 2017. *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas, Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Komarudin. 2018. 'Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan Dalam Pencapaian Sustainability Profesionalisme Keperawatan', *Jurnal Penelitian Ipteks*, 3, pp. 139–151.
- Lestari, L. and Ramadhaniyati. 2021. 'Falsafah Dan Teori Keperawatan', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., pp. 2013–2015.
- Lestari, T.R.P. 2014. 'Harapan Atas Profesi Keperawatan di indonesia', *Jurnal Keperawatan*, 19(1), pp. 51–67.
- Lisamanda, E. 2010. *Sejarah Keperawatan Dan Proses Keperawatan*.
- Listiana, mutiara dewi. 2018. 'Modul Ajar Konsep Dasar Keperawatan'.
- Rofli, M. 2021. 'Teori dan Falsafah Keperawatan', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), pp. 40–51.
- Saputra, abdul hamid, Kusdiana, A. and Rahmatillah, T. 2020. 'Rufaidah Al-Aslamiyah: Perawat Pertama di Dunia Islam (Abad 6-7 M.)', *historia madania*, 4(1).

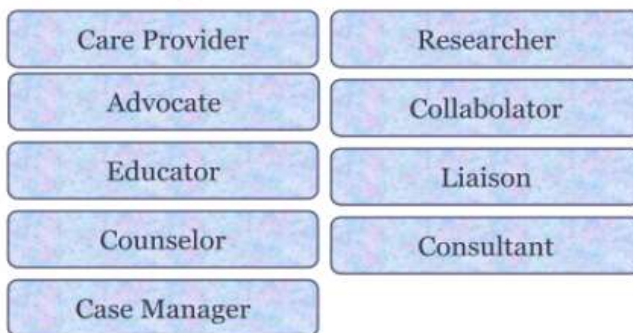
# **BAB 2**

## **PERAN, FUNGSI DAN KOMPETENSI PERAWAT**

*Oleh Ramadhan Trybahari Sugiharno*

### **2.1 Pentingnya Peran Perawat**

Kapasitas tenaga medis diharapkan dapat membantu tercapainya tujuan dari pelaksanaan pelayanan medis. Kompetensi yang harus dimiliki seorang perawat dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan berbasis komunitas menunjukkan kemampuan tersebut. Laporan kegiatan di puskesmas, khususnya kunjungan rumah, masih belum maksimal. Latihan yang berbeda kunjungan khusus untuk pertemuan kebutuhan yang diatur, misalnya posyandu untuk orang tua atau bayi tampaknya normal dengan administrasi yang lebih ke arah pengobatan/vaksinasi, sebenarnya kegiatan fokus kesehatan dapat dimanfaatkan sebagai kesempatan bagi tenaga medis puskesmas memupuk kapasitasnya. Kemampuan yang dimaksud sebanding dengan konseling atau deteksi dini dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada agar tidak semakin parah. Perawat puskesmas harus memiliki kompeten untuk memenuhi peran yang diharapkan sebagai pencari kasus, pendidik, koordinator, konselor, dan panutan dalam pelayanan kesehatan.



## 2.2 Bentuk, Fungsi Dan Kompetensi Perawat

Peran dan fungsi perawat sangat dibutuhkan pada saat kondisi individu mengalami deficit self care. Pada keadaan self care deficit, kebutuhan cenderung lebih besar dibandingkan dengan kemampuan individu untuk melakukan self care. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan pelayanan keperawatan dapat digambarkan atau dikatakan sebagai domain keperawatan. Pada tahun 1991, Orem mengidentifikasi lima area aktivitas keperawatan, yaitu (Muhlisin & Irdawati, 2009): 1) Masuk kedalam dan memelihara hubungan perawat, klien dengan individu, keluarga, kelompok sampai pada akhirnya pasien dapat melegitimasi perencanaan keperawatan; 2) Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui tindakan keperawatan; 3) Bertanggungjawab terhadap permintaan pasien, keinginan dan kebutuhan untuk kontak dan dibantu oleh perawat; 4) Menjelaskan, memberikan dan melindungi pasien secara langsung melalui kegiatan-kegiatan keperawatan; 5) Berkoordinasi dan integrasi keperawatan dengan kehidupan sehari-hari pasien, atau perawatan Kesehatan lain apabila dibutuhkan serta pelayanan sosial dan edukasional yang dibutuhkan dan akan diterima.

Setiap individu memiliki beberapa kebutuhan dasar sebagaimana telah dipaparkan sebelumnya. Salah satu kebutuhan dasar yang esensial dan harus dipenuhi adalah kebutuhan akan Kesehatan. Kesehatan tidak hanya mencakup jasmani, namun pada aspek yang jauh lebih luas lagi. Pada sektor kesehatan, kebutuhan manusia dikelompokkan lagi menjadi beberapa bagian yang lebih spesifik dibandingkan dengan pembagian yang dilakukan oleh Maslow, yaitu (Nelis *et al.*, 2011):

1. *Physical dan psychological well-being*  
*Physical dan psychological well-being* mencakup Kesehatan jasmani maupun rohani. Artinya, pada bagian ini akan mencakup kebutuhan individu akan Kesehatan fisik dan mental, maupun emosional. Setiap individu memiliki kebutuhan akan rasa sehat baik fisik maupun mental untuk menjalani hidup dengan sebaik mungkin. Kebutuhan akan Kesehatan ini menjadi krusial karena akan memengaruhi pemenuhan dua kelompok kebutuhan lainnya.
2. *Employability dan Professional well being*  
Kemampuan serta kesempatan untuk dipekerjakan menjadi salah satu kunci dalam pemenuhan kebutuhan. Dengan memperoleh pekerjaan, individu memperoleh penghasilan untuk memenuhi kebutuhannya. Hal ini menjadi salah satu *outcome* dari kemampuan emosional yang terimplementasi dalam kebiasaan sehari-hari. Seseorang perlu memenuhi kebutuhan ini untuk terus eksis.
3. *Social relationship dan social well-being*  
Hubungan sosial secara tidak langsung memengaruhi kedua kelompok kebutuhan lainnya. Pada dasarnya, ketiga kelompok kebutuhan saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan.

Selain itu, dalam menjalankan fungsi, peran dan kompetensinya sebagai seorang perawat, perawat tidak hanya sebagai pemberi pelayanan keperawatan namun juga sebagai advocator.

Pemberdayaan sosial merupakan suatu pendekatan yang cukup inovatif untuk mengoptimalkan sumberdaya lokal serta kesempatan yang dapat diperoleh oleh masyarakat tanpa adanya pembatasan sectoral maupun kasta (Makihara et al., 2006). Dalam hal ini, perawat diharapkan dapat memberikan kesempatan masyarakat yang membutuhkan untuk memperoleh hak dan kesempatan yang sama dalam pengembangan diri guna memenuhi kebutuhannya dan meningkatkan kualitas hidupnya. Artinya perawat menjadi connector yang menjembatani peluang dan kesempatan individu yang sama untuk “diberdayakan”.

Beberapa kunci dalam pemberdayaan sosial antara lain adalah (Petesque et al., 2020):

1. *Collaborating with trans community in programming*

Pemberdayaan sosial merupakan suatu proses peningkatan kapasitas masyarakat. Proses ini memerlukan usaha dan waktu yang tidak sedikit. Dalam proses tersebut, dibutuhkan kolaborasi dan kerjasama. Dalam pelaksanaan dan implementasi kolaborasi, dibutuhkan kepercayaan antar member atau anggota kolaborasi, tidak peduli status individu tersebut maupun jenis kelamin. Membangun kepercayaan sangat krusial dalam tahap ini. Setiap anggota memiliki hak yang sama dalam menyuarakan pendapat maupun hak dalam memperoleh informasi untuk diberdayakan.

Pada tahap awal dalam pemberdayaan sosial, sebagian anggota bisa saja masih memiliki pengalaman organisasi yang minim. Namun, seiring berjalannya waktu setiap anggota akan memiliki pengalaman yang lebih banyak dan luas. Dalam kolaborasi antar trans komunitas, biasanya

akan lebih sukses karena individu dalam komunitas baru ini dapat lebih cepat menemukan kebutuhannya. Trans komunitas tahu bagaimana cara mengidentifikasi prioritas mereka. Setiap anggota harus berbagi tanggungjawab untuk mendukung proses “tidak berdaya” menjadi “berdaya”.

2. *Fostering programmes led by trans community*

Organisasi yang diprakarsai ataupun beranggotakan trans-komunitas harus membangun suatu program atau tata cara yang dapat mencakup seluruh anggota dalam pembinaan maupun dukungan. Hal ini menjadi kritikal untuk mencapai tujuan dibentuknya organisasi, dalam hal ini untuk mencapai komunitas sosial yang berdaya. Beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain adalah Cnaan, R. A., & Milofsky, C. (2018).:

- a. Pembuat keputusan harus kolaboratif dan non-hirarkis. Artinya dalam setiap pengambilan keputusan dilakukan secara terbuka dan demokratis serta tidak membahayakan anggota.
- b. Organisasi harus memperhatikan bagaimana struktur yang terbentuk dapat memberikan manfaat yang sama bagi setiap trans komunitas, tanpa membedakan Pendidikan formal, status sosial ekonomi, rasa tau etnis.
- c. Program yang disusun harus fair dan menyediakan kompensasi apabila tidak berjalan sesuai rencana.
- d. Program harus merefleksikan kebutuhan dalam komunitas, sehingga jalannya organisasi atau komunitas didasarkan salah satunya pada aspek pemenuhan kebutuhan Bersama.

3. *Building organizational capacity*

Kapasitas disini berarti kemampuan secara teknis, hubungan serta nilai yang memungkinkan kelompok dan



individu untuk menjalankan fungsi dan terus mengembangkan kemampuan mereka dari waktu ke waktu. Elemen dalam kapasitas berorganisasi antara lain: nilai, visi, misi, strategi (specified objectives), usaha, kapabilitas, sumber daya dan organisasi kerja.

#### 4. Building advocacy capacity

Advokasi dalam hal ini didefinisikan sebagai dukungan aktif terhadap ide atau tujuan yang diungkapkan atau diimplementasikan dalam strategi dan tatacara yang nantinya dapat memengaruhi pendapat serta pengambilan keputusan oleh organisasi maupun individu. Sederhananya, mencatat dan memilah masalah untuk kemudian diberikan solusi dan dukungan terhadap penyelesaian masalah tersebut (Tozan, et al, 2021).

Advokasi ini merupakan inti dari proses menegakkan ketidakadilan bagi individu atau pasien dan memberdayakan masyarakat. Advokasi dinilai paling kuat dan efektif apabila dilakukan oleh individu yang terdampak. Hal ini berkaitan dengan kebutuhan pencegahan dan perawatan yang dibutuhkan oleh individu yang membutuhkan. Advokasi sendiri dibagi menjadi dua, yaitu *Policy advocacy* yang bertujuan untuk mempengaruhi regulasi, pemerintah serta pembuat keputusan, dan publik advocacy yang akan memengaruhi kebiasaan serta pendapat publik (Rahman., et al, 2019).

Kompetensi perawat lainnya adalah menjaga Mobilisasi komunitas sebagai tindakan preventif. Hal ini terkait erat dengan pemberdayaan masyarakat, yang mana hal ini merupakan proses dimana individu trans mengimplementasikan pengetahuan, kekuatan dan keterampilannya untuk menyelesaikan masalah Bersama melalui tindakan kolektif. Advokasi, merupakan salah

satu bentuk dari mobilisasi komunitas yang juga mencakup beberapa hal, yaitu Berkman, L. F., & Glass, T. (2000).:

1. Meningkatkan kesadaran anggota akan hak asasi mereka
2. Mengidentifikasi batasan pencegahan dan akses menuju layanan masyarakat
3. Mengurangi risiko Kesehatan, termasuk risiko Kesehatan reproduksi dan mempromosikan kebiasaan dalam mencari bantuan medis
4. Menyediakan dukungan timbal balik untuk mengatasi stigma, diskriminasi serta kekerasan
5. Membangun kepemimpinan komunitas

Selain itu, istilah lainnya adalah *Mobilizing resources for sustainability* (Rosen, et al, 2021).

Hal ini Sangat penting untuk setiap organisasi menjamin dan menjaga sumber daya yang dimiliki, tentunya hal ini berkaitan dengan kelangsungan hidup organisasi. Dalam rangka memastikan kelangsungan dan dampak dari program layanan yang ada, maka program ini harus dapat membangun kerjasama dengan *trans-led organization* atau organisasi yang diinisiasi oleh penderita. Hal ini untuk meningkatkan kemampuan administrative baik untuk mendapat sumberdaya dan meningkatkan daya saing dalam memperoleh pendanaan (Leykin, Y., & Derubeis, R. J, 2010)..

## DAFTAR PUSTAKA

- Berkman, L. F., & Glass, T. 2000. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In *Social Epidemiology*.
- Cnaan, R. A., & Milofsky, C. 2018. *Handbook of Community Movements and Local Organizations in the 21st Century* (R. A. Cnaan & C. Milofsky, Eds.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-77416-9>
- Leykin, Y., & Derubeis, R. J. 2010. Decision-making styles and depressive symptomatology: Development of the decision styles questionnaire. *Judgment and Decision Making*, 5(7), 506–515.
- Makihara, D., Mtasiwa, B., Kembo, J., Bazirake, B., Morimoto, Y., Maundu, P., Kariuki, P., & Wakhu, Patrick. 2006. Concept and Process of "Community Empowerment and Networking Program. *Innovation Africa Symposium*. <https://www.researchgate.net/publication/237249587>
- Muhlisin, A., & Irdawati. 2009. Teori Self Care dari Orem dan Pendekatan dalam Praktek Keperawatan. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 2(2).
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., & Mikolajczak, M. 2011. Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11(2), 354–366. <https://doi.org/10.1037/a0021554>
- Petesque, M., Cipriani, S., & Arriaza, P. 2020. *Community Empowerment Manual*. [www.cpainitiative.org](http://www.cpainitiative.org)
- Rahman, A., Sulaeman, E. S., Riyadi, S., Ada, Y. R., Yunita, F. A., Hardiningsih, & Yuneta, A. E. N. 2019. Empowerment Model for the People Living with HIV-AIDS (PLWHA) in Surakarta Central Java Indonesia. *International Medical Journal*, 24(03).

- Rosen, J. G., Phiri, L., Chibuye, M., Namukonda, E. S., Mbizvo, M. T., & Kayeyi, N. 2021. Integrated psychosocial, economic strengthening, and clinical service-delivery to improve health and resilience of adolescents living with HIV and their caregivers: Findings from a prospective cohort study in Zambia. *PLoS ONE*, 16(1 January). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243822>
- Tozan, Y., Capasso, A., Sun, S., Neilands, T. B., Damulira, C., Namuwonge, F., Nakigozi, G., Mwebembezi, A., Mukasa, B., Sensoy Bahar, O., Nabunya, P., Mellins, C. A., McKay, M. M., & Ssewamala, F. M. 2021. *The efficacy and cost-effectiveness of a family-based economic empowerment intervention (Suubi + Adherence) on suppression of HIV viral loads among adolescents living with HIV: results from a Cluster Randomized Controlled Trial in southern Uganda*. <https://doi.org/10.1002/jia2.25752/full>



# **BAB 3**

## **LANDASAN KEILMUAN PROFESI KEPERAWATAN**

*Oleh Suprpto*

Ilmu merupakan fenomena yang menarik dalam hidup dan kehidupan manusia. Dengan ilmu, manusia mampu mencapai derajat yang lebih tinggi dari makhluk yang lain sebab ilmu dapat menjadi pembuka realitas kehidupan. Ilmu juga dapat menciptakan teknologi sehingga tidak heran jika penyebutan ilmu selalu diikuti dengan kata teknologi. Ilmu pengetahuan yang dimiliki manusia semakin berkembang dengan pesat. Ini ditandai dengan munculnya banyak disiplin ilmu. Kondisi ini juga didukung oleh berbagai fenomena kehidupan yang turut memunculkan disiplin ilmu baru. Dari disiplin ilmu ini akan muncul berbagai bidang pekerjaan atau profesi. Sebagai contoh ilmu yang mempelajari mengenai penyakit manusia dan pengobatan memunculkan profesi kedokteran, sedangkan ilmu yang mempelajari tentang hukum yang mengatur hidup dan kehidupan manusia memunculkan profesi hukum. Lantas bagaimana dengan profesi keperawatan.

Menurut Undang-Undang RI No. 38 Tahun 2014, Keperawatan merupakan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Pelayanan keperawatan berarti 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. Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan (*Undang-Undang Republik Indonesia Nomor*

38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, 2017). Apakah profesi keperawatan juga memiliki disiplin ilmu. Konsep teori keperawatan disusun berdasarkan ilmu dan seni yang mencakup berbagai aktivitas konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu. Keperawatan merupakan profesi yang unik karena fungsi dan tanggung jawab keperawatan ditujukan ke berbagiairespon klien baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Perawat yang semula tugasnya hanyalah semata-mata menjalankan perintah dokter kini berupaya meningkatkan perannya sebagai mitra kerja dokter seperti yang sudah dilakukan di negara maju.

Sebagai sebuah profesi yang masih berusaha menunjukkan jati diri, profesi keperawatan dihadapkan pada banyak tantangan. Tantangan ini bukan hanya dari eksternal tapi juga dari internal profesi keperawatan ini sendiri. Perawat dalam menjalankan peran, fungsi dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan, dituntut untuk memiliki ketrampilan dan keahlian serta disiplin yang tinggi. Keahlian dan keterampilan dalam keperawatan merupakan hasil dari ilmu pengetahuan dan pengalaman klinik yang dijalaninya. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik dan membuat keputusan yang kompleks dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan berkualitas karena adanya tuntutan masyarakat serta perubahan kebutuhan kesehatan dan berbagai kebijakan pemerintah terkait dengan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan (Smith, 2019).

Menurut (AIPNI, 2015) profesionalisme keperawatan di Indonesia diterima sejak lokakarya Nasional Keperawatan tahun 1983. Keperawatan didefinisikan sebagai suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan

kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan harus memenuhi standar mutu internasional yang menjamin keamanan dan kenyamanan klien dan keluarga. Perawat dituntut menunjukkan tampilan profesional, dapat bekerjasama dan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

Oleh karena itu, keilmuan yang dimiliki oleh perawat harus senantiasa dikembangkan konsep keperawatan disusun berdasarkan ilmu dan seni yang mencakup berbagai aktivitas konsep dan keterampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu. Keperawatan merupakan profesi yang unik karena fungsi dan tanggung jawab keperawatan ditujukan ke berbagai respon klien baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan yang dihadapi. Perawat yang semula tugasnya hanyalah semata-mata menjalankan perintah dokter, kini berupaya meningkatkan perannya sebagai mitra kerja dokter seperti yang sudah dilakukan di negara maju. Sebagai sebuah profesi yang masih berusaha menunjukkan jati diri, profesi keperawatan dihadapkan pada banyak tantangan tantangan ini bukan hanya dari eksternal tapi juga dari internal profesi keperawatan ini sendiri (Curtis *et al.*, 2017).

Perawat dalam menjalankan peran, fungsi dan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan, dituntut untuk memiliki ketrampilan dan keahlian serta disiplin yang tinggi. Keahlian dan keterampilan dalam keperawatan merupakan hasil dari ilmu pengetahuan dan pengalaman klinik yang dijalaninya. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan situasi klinik dan membuat keputusan yang kompleks dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan berkualitas karena adanya tuntutan masyarakat serta perubahan kebutuhan kesehatan dan berbagai kebijakan pemerintah terkait dengan pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan (Egenes, 2017).



Pembangunan nasional di bidang pendidikan adalah meningkatkan kualitas manusia seutuhnya, mengembangkan sikap inovatif dan keinginan untuk maju. Untuk mencapai tujuan tersebut maka diperlukan adanya penyempurnaan dalam rangka proses pendidikan. Setiap siswa pada dasarnya ingin mempunyai prestasi yang baik di sekolahnya. Demikian juga halnya dengan orang tua tentu mengharapkan anaknya mempunyai prestasi belajar yang membanggakan. Adanya prestasi yang baik maka secara langsung akan meningkatkan mutu sekolah ataupun pendidikan di suatu negara. Pendidikan mempunyai peran penting dalam pembangunan nasional karena pendidikan merupakan salah satu cara untuk membentuk sumber daya manusia yang berkualitas untuk mencapai tujuan pembangunan nasional. Generasi muda merupakan generasi penerus bangsa. Perkembangan kemajuan bangsa sedikit banyak berada di tangan generasi muda (LoBiondo-Wood and Haber, 2017).

Kemampuan perawat sangat dibutuhkan dalam mendukung tujuan yang ingin dicapai dari pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat. Kemampuan ini ditunjukkan dari kompetensi yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Laporan untuk kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya kunjungan rumah, masih belum optimal. Kegiatan lainnya adalah kunjungan ke kelompok prioritas yang direncanakan seperti pusat perawatan terpadu untuk lansia atau balita yang lebih terkesan dengan pelayanan rutin dengan lebih banyak pelayanan terhadap pengobatan atau imunisasi, sedangkan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat dapat dijadikan kesempatan bagi perawat puskesmas untuk mengembangkan kemampuannya. Kemampuan yang dimaksud seperti melakukan penyuluhan atau sebagai deteksi dini dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada agar tidak menjadi masalah yang lebih besar. Penelitian kompetensi perawat puskesmas

khususnya dalam kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat ini dirasa dapat dilakukan (Suprpto, Mulat and Lalla, 2021).

Keperawatan merupakan profesi yang melakukan pengabdian pada manusia dan bertujuan untuk kemanusiaan, dimana lebih mendahulukan kepentingan kesehatan klien diatas kepentingan sendiri, memberikan asuhan keperawatan yang bersifat humanistik, dengan pendekatan holistik, berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan serta menggunakan kode etik keperawatan sebagai standar utama praktik dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Menurut National League Nurses (NLN) (2014), identitas profesional merupakan pengembangan personal dan profesional dimana terdapat internalisasi nilai inti sebagai bagian integral dari ilmu pengetahuan dan seni keperawatan dan mengaplikasikan standar praktik keperawatan. Berdasarkan definisi diatas, maka identitas profesional berarti ciri khusus atau karakter yang bersangkutan dengan profesi, yang merupakan internalisasi dari nilai-nilai dan keyakinan serta memerlukan kompetensi meliputi pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional dalam melakukan pekerjaan sebagai suatu profesi.

Perawat adalah orang yang mengasuh, merawat dan melindungi, yang merawat orang sakit, luka dan usia lanjut. Florence Nightngale dalam bukunya *what it is, and what it is anot*, menyatakan bahwa peran perawat adalah menjaga pasien mempertahankan kondisi terbaiknya terhadap masalah kesehatan yang menimpa dirinya. Perawat adalah seseorang yang mempunyai profesi berdasarkan pengetahuan ilmiah, ketrampilan serta sikap kerja yang dilandasi oleh rasa tanggung jawab dan pengabdian.

Departemen kesehatan mendefinisikan perawat adalah seseorang yang memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dimana pelayanan tersebut berbentuk pelayanan biopsiko sosial dan spiritual yang ditujukan kepada individu keluarga dan masyarakat. Proses keperawatan merupakan metode

suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Proses keperawatan ini juga merupakan pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu, tehnik dan ketrampilan interpersonal serta ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien atau keluarga. Proses keperawatan memiliki arti penting bagi kedua belah pihak yaitu perawat dan klien. Bagi perawat proses keperawatan dapat digunakan sebagai pedoman dalam penyelesaian masalah klien, dan dapat menunjukan profesi yang memiliki profesionalitas yang tinggi. Bagi pasien proses keperawatan memberikan kebebasan kepada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhannya (Aini, 2018).

Pendidikan adalah suatu proses penyadaran yang terjadi karena interaksi berbagai faktor yang menyangkut manusia, lingkungan, dan potensinya. Pendidikan dalam bidang keperawatan merupakan proses penyadaran dan penemuan jati diri sebagai insan keperawatan yang memiliki kematangan dalam berfikir, bertindak, dan bersikap sebagai perawat yang profesional, sehingga ia mampu menjawab berbagai tantangan dalam kehidupan pribadi maupun profesinya. Berdasarkan pilar strategi pembangunan kesehatan yang ditetapkan pada poin yang kedua: profesionalisme, yaitu melalui pengembangan Sistem Pendidikan Tinggi Keperawatan” dalam upaya mewujudkan keperawatan sebagai profesi di Indonesia. Hal ini bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, terjangkau, dan perlu didukung oleh sumber daya pelaksana kesehatan, termasuk didalamnya tenaga keperawatan yang cukup, baik dalam jumlah maupun kualitas melalui pendidikan tinggi keperawatan.

Profesi perawat sebagai mitra kerja dokter, mengemban tanggungjawab besar dan menuntut profesionalisme perawat yang mampu merespon pertumbuhan dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta mampu memenuhi tuntutan persaingan dunia kerja di tingkat nasional maupun internasional.

Bergesernya peran perawat bukan sebagai pembantu dokter mengharuskan pendidikan keperawatan untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi.

Keperawatan sebagai ilmu memiliki cara pandang pada respons manusia terhadap masalah kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya, kemudian bantuan pada manusia diberikan kepada individu, kelompok atau masyarakat yang tidak mampu berfungsi secara sempurna, di mana ilmu keperawatan sangat memperhatikan masalah-masalah keperawatan yang dilakukan dengan mencari kebenaran secara ilmiah. Keperawatan dikatakan sebuah ilmu karena keperawatan memiliki landasan ilmu pengetahuan yang ilmiah yaitu *scientific nursing* karena ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan selalu berkembang (Lestari, 2016).

Perkembangan keperawatan sangat dipengaruhi oleh perkembangan struktur dan kemajuan peradaban manusia. perkembangan profesionalisme keperawatan di Indonesia berjalan seiring dengan perkembangan pendidikan keperawatan yang ada di Indonesia. Lemahnya perlindungan terhadap perawat, mengakibatkan dalam menjalankan praktiknya, perawat kerap menghadapi permasalahan padahal tantangan profesi perawat di Indonesia di era pasar bebas semakin meningkat. Pergeseran pola masyarakat Indonesia; Perkembangan IPTEK; Globalisasi dalam pelayanan kesehatan; dan Tuntutan tekanan profesi keperawatan, merupakan empat hal penting dalam merubah profesi keperawatan menjadi lebih berkualitas. Untuk menjawab tantangan itu dibutuhkan komitmen dari semua pihak yang terkait dengan profesi ini, organisasi profesi, lembaga pendidikan keperawatan juga tidak kalah pentingnya peran serta pemerintah (Egenes, 2017).

Menurut Lokakarya Nasional Keperawatan tahun 1983, keperawatan adalah pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Berdasarkan ilmu dan

kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biopsikososial spiritual yang menyeluruh ditujukan kepada individu, kelompok, dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan.

Sedangkan menurut *International Council of Nurses*, keperawatan adalah fungsi unik membantu individu yang sakit atau sehat, dengan penampilan kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan atau penyembuhan meninggal dengan damai, hingga individu dapat merawat kesehatannya sendiri apabila memiliki kekuatan, kemampuan dan pengetahuan Keperawatan sebagai profesi mempersyaratkan pelayanan keperawatan diberikan secara profesional oleh perawat dengan kompetensi yang memenuhi standar dan memperhatikan kaidah etik dan moral, sehingga masyarakat terlindungi karena menerima pelayanan dan asuhan keperawatan yang bermutu. Keperawatan sebagai profesi juga memiliki *body of knowledge* yang jelas berbeda dengan profesi lain, altruistik, memiliki wadah profesi, memiliki standar dan etika profesi, akuntabilitas, otonomi, dan kesejawatan. Perawat juga diharuskan akuntabel terhadap praktik keperawatan yang berarti dapat memberikan pembenaran terhadap keputusan dan tindakan yang dilakukan dengan konsekuensi dapat digugat secara hukum apabila tidak melakukan praktik keperawatan sesuai dengan standar profesi, kaidah etik dan moral (Boltz *et al.*, 2020).

Tenaga perawat sebagai salah satu komponen utama pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran penting karena terkait langsung dengan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kompetensi dan pendidikan yang dimilikinya. Tenaga perawat juga memiliki karakteristik yang khas dengan adanya pembenaran hukum yaitu diperkenannya melakukan intervensi keperawatan terhadap tubuh manusia dan lingkungannya dimana apabila hal itu dilakukan oleh tenaga lain dapat digolongkan sebagai tindakan pidana. Namun demikian diperlukan adanya jaminan atas perlindungan terhadap

masyarakat penerima pelayanan dan asuhan keperawatan serta perawat sebagai pemberi pelayanan dan asuhan keperawatan. Terjadinya pergeseran paradigma dalam pemberian pelayanan kesehatan dari model medikal yang menitikberatkan pelayanan pada diagnosis penyakit dan pengobatan ke paradigma sehat yang lebih holistik yang melihat penyakit dan gejala sebagai informasi dan bukan sebagai fokus pelayanan maka perawat berada pada posisi kunci dalam reformasi kesehatan.

Dapat dilihat pelayanan di rumah sakit merupakan pelayanan keperawatan dan hampir semua pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit baik di rumah sakit maupun di tatanan pelayanan kesehatan lain dilakukan oleh perawat. Semua perawat dari tingkat pengelola sampai praktisi mengetahui rumah sakit dengan baik, dan dalam posisi yang strategis untuk mengidentifikasi, mencegah dan memecahkan masalah asuhan pada pasien karena perawat mengetahui lebih banyak tentang kebutuhan pasien, masalah pasien dan potensi terjadinya kesalahan dalam pemberian pelayanan.

Perkembangan keperawatan di Indonesia masih belum menggembirakan dibanding dengan negara maju. Dalam menjalankan praktiknya, perawat kerap menghadapi keterbatasan wewenang. Sehingga perawat tidak dapat menjalankan peran dan fungsinya secara maksimal, padahal tenaga perawat sangat dibutuhkan. Selain itu, dengan adanya globalisasi dalam bidang perdagangan jasa dimana profesi perawat tergabung dalam kesepakatan mutual *Recognition Arrangement on Nursing Services*, namun sampai saat ini Indonesia belum meratifikasi kesepakatan tersebut. Padahal dengan banyaknya perubahan yang terjadi pada era globalisasi dimana perkembangan teknologi informasi membuat tidak ada batas antar negara, telah memungkinkan arah perkembangan keperawatan di Indonesia sejalan dengan arah perkembangan keperawatan di negara maju.

Melemahnya kepercayaan masyarakat dan maraknya tuntutan hukum terhadap praktik tenaga kesehatan termasuk keperawatan, seringkali diidentikkan dengan kegagalan upaya kesehatan padahal perawat hanya melakukan daya upaya sesuai disiplin ilmu keperawatan. Untuk itu, hanya perawat yang memenuhi persyaratan saja yang akan mendapatkan lisensi atau ijin melakukan praktik keperawatan. Secara umum kondisi keperawatan saat ini dengan terdahulu telah banyak mengalami pergeseran. Hal inilah yang harus dipahami oleh seluruh masyarakat. Karena pemahaman ini akan menjelaskan permasalahan yang timbul pada profesi keperawatan. Keperawatan sebagai suatu profesi menurut Lindberg, Hunter dan Kruszewski, Leddy dan Pepper, serta Berger dan Williams, memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Kelompok pengetahuan yang melandasi keterampilan untuk menyelesaikan masalah dalam tatanan praktik keperawatan.
2. Kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada masyarakat. Fungsi unik perawat adalah memberikan bantuan kepada seseorang dalam melakukan kegiatan untuk menunjang kesehatan dan penyembuhan serta membantu kemandirian klien.
3. Pendidikan yang memenuhi standar dan diselenggarakan di perguruan tinggi atau universitas.
4. Pengendalian terhadap standar praktik. Standar praktik keperawatan menekankan kepada tanggung jawab dan tanggung gugat perawat untuk memenuhi standar yang telah ditetapkan yang bertujuan melindungi masyarakat maupun perawat. Perawat bekerja tidak di bawah pengawasan dan pengendalian profesi lain.
5. Bertanggung jawab dan bertanggung gugat terhadap tindakan yang dilakukan. Tanggung gugat berarti perawat bertanggung jawab terhadap pelayanan yang diberikan

kepada klien. Tanggung gugat mengandung aspek legal terhadap kelompok sejawat, atasan, dan konsumen. Konsep tanggung gugat mempunyai dua implikasi yaitu tanggung jawab terhadap konsekuensi dari tindakan yang dilakukan dan juga menerima tanggung jawab dengan tidak melakukan tindakan pada situasi tertentu.

6. Karir seumur hidup. Dibedakan dengan tugas atau job yang merupakan bagian dari pekerjaan rutin. Perawat bekerja sebagai tenaga penuh yang dibekali dengan pendidikan dan keterampilan yang menjadi pilihannya sendiri sepanjang hayat.
7. Fungsi mandiri. Perawat memiliki kewenangan penuh melakukan asuhan keperawatan. Kalaupun kadang kala melakukan kegiatan kolaborasi dengan profesi lain, itu semua dilakukan atas dasar kebutuhan klien bukan sebagai ekstensi intervensi profesi lain.

Untuk mewujudkan pengakuan tersebut, profesionalisme keperawatan harus dibangun berdasarkan tiga pondasi. Pondasi **pertama**, *evidence based* yaitu keperawatan harus memiliki keilmuan dan hasil-hasil penelitian yang kuat. Hal ini yang membedakan *body of knowledge* keperawatan dengan profesi lain, khususnya ilmu kedokteran. Membangun ilmu keperawatan membutuhkan waktu panjang dan harus berbasis perguruan tinggi atau universitas. Karena itu peletakan pondasi perubahan pendidikan bukan hanya pendidikan vokasi semata, tetapi juga lebih diarahkan pada pendidikan akademik (sarjana, magister, dan doktoral) dan pendidikan profesi (ners, spesialis, dan konsultan).

**Kedua**, *Quality of practice*. Pondasi ilmu yang kuat dan hasil-hasil penelitian yang dimiliki oleh perawat akan meningkatkan kompetensi, kemampuan berpikir kritis, kemampuan mengambil keputusan yang tepat dan



kepercayaan diri yang baik dalam praktik dan berinteraksi dengan profesi lain. Kualitas praktik juga harus didukung oleh berbagai kebijakan, regulasi dan peraturan-peraturan yang sinergi antara pemerintah, institusi pendidikan, institusi pelayanan dan organisasi profesi. **Ketiga, patient safety.** Masyarakat yang dilayani oleh perawat akan memperoleh tingkat keamanan yang tinggi karena kualitas praktik. Untuk itu diperlukan adanya sistem pendidikan yang efektif, standar praktik keperawatan, kode etik keperawatan, sertifikasi perawat, kejelasan regulasi keperawatan. Seorang perawat profesional dalam melaksanakan pelayanan asuhan keperawatan wajib menggunakan metodologi proses keperawatan yang berpedoman pada standar keperawatan, dan dilandasi oleh etik dan etika keperawatan dalam lingkup kewenangan serta tanggung jawabnya. Selain itu sebelum melaksanakan praktik asuhan keperawatan, seorang perawat wajib memiliki sertifikat kompetensi, tanda registrasi, dan ijin praktik keperawatan (lisensi).

Praktik keperawatan profesional merupakan tindakan mandiri perawat profesional melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif dengan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Praktik keperawatan diselenggarakan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang dinamis dan siklus meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pengkajian keperawatan dilakukan secara komprehensif ditujukan untuk mengenali masalah kesehatan yang dihadapi klien dan penyebab timbulnya masalah tersebut. Dikenalnya masalah dan penyebabnya dengan tepat akan mendasari penyusunan rencana penanggulangannya agar efektif dan efisien. Rencana tindakan keperawatan dibuat berdasarkan kebutuhan klien. Pelaksanaan praktik keperawatan dilakukan sesuai dengan

rencana yang telah disepakati bersama antara klien dan keluarganya dengan perawat pelaksana. Pelaksanaan praktik keperawatan dilakukan oleh perawat dengan tingkat kewenangan yang sesuai, serta harus berpedoman pada kode etik keperawatan (Berman *et al.*, 2010).

Penyelenggaraan praktik keperawatan pada semua sarana atau tatanan memerlukan pengelolaan administratif yang berbeda, sesuai dengan situasi dan kondisinya masing-masing, namun tanggung jawab teknis dan etis keperawatan, tetap berada pada perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan. Praktik keperawatan di rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta dan puskesmas harus direncanakan, dilaksanakan dan dievaluasi serta dicatat dan dilaporkan sesuai dengan aturan administrasi yang berlaku. Aturan perundang-undangan tersebut ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota selaku regulator. Penyelenggaraan praktik di rumah sakit swasta, biasanya memiliki aturan lokal yang juga harus ditaati oleh semua perawat yang bekerja di RS tersebut, di samping aturan pemerintah pusat dan daerah yang berlaku.

Praktik keperawatan berkelompok, merupakan praktik mandiri sekelompok perawat generalis dan atau spesialis dengan menggunakan ruangan gedung dan fasilitasnya secara bersama-sama. Praktik bersama dilaksanakan untuk tujuan efisiensi sumber karena dapat menggunakan sarana dan prasarana secara bersama sehingga resiko biaya yang harus ditanggung akan lebih kecil. Praktik bersama juga akan lebih memudahkan proses rujukan antar spesialis keperawatan dan memberikan kesempatan yang lebih besar untuk terselenggaranya komunikasi profesi keperawatan dan saling memberikan dukungan antar perawat. Dalam penyelenggaraan praktik bersama diperlukan seorang penanggung jawab klinik, yang berperan sebagai koordinator internal dan mediator

dengan pemerintah dan masyarakat luas selaku pengguna jasa. Karena penggunaan sumber secara bersama, maka diperlukan perencanaan matang dalam operasionalisasi praktik bersama, untuk itu diperlukan perencanaan strategis dan rapat koordinasi secara rutin. Sedangkan tanggung jawab profesi tetap berada pada masing masing perawat yang berpraktik (Suriyani Suriyani *et al.*, 2023).

Selama ini Profesi Perawat masih mengalami keterbatasan wewenang dalam menjalankan praktik keperawatan. Sedangkan penjenjangan pendidikan tidak berpengaruh banyak terhadap kompetensi, pengakuan, dan kesejahteraan perawat di tempat kerja didalam melakukan asuhan keperawatan. Tumpang tindih pada gray area bagi berbagai jenis dan jenjang perawat maupun dengan profesi kesehatan lainnya merupakan hal yang sering sulit untuk dihindari dalam praktik, terutama terjadi dalam keadaan darurat maupun karena keterbatasan tenaga di daerah terpencil. Dalam keadaan seperti ini perawat terpaksa harus melakukan tindakan medis yang bukan merupakan wewenangnya demi keselamatan pasien. Tindakan ini dilakukan perawat tanpa adanya delegasi dan protap dari pihak dokter dan atau pengelola RS. Keterbatasan tenaga dokter terutama di puskesmas yang hanya memiliki satu dokter yang berfungsi sebagai pengelola puskesmas, sering menimbulkan situasi yang mengharuskan perawat melakukan tindakan pengobatan. Tindakan pengobatan oleh perawat yang telah merupakan pemandangan umum di hampir semua puskesmas terutama yang berada di daerah tersebut dilakukan tanpa adanya pelimpahan wewenang dan prosedur tetap yang tertulis. Akibatnya apabila timbul permasalahan berkaitan dengan hal tersebut tanggung jawab dibebankan secara sepihak kepada perawat. Hal ini tentunya sangat merugikan profesi perawa

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N. 2018. *Teori Model Keperawatan: Keperawatan*. UMM Press.
- AIPNI, T. K. 2015. 'Kurikulum Pendidikan Ners KKN', *Jakarta: AIPNI, Indonesia*.
- Berman, A. *et al.* 2010. *Kozier and Erb's fundamentals of nursing*. Pearson Australia. Available at: [https://researchonline.jcu.edu.au/16419/?utm\\_medium=email&utm\\_source=trans action](https://researchonline.jcu.edu.au/16419/?utm_medium=email&utm_source=transaction).
- Boltz, M. *et al.* 2020. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*. Springer Publishing Company.
- Curtis, K. *et al.* 2017. 'Translating research findings to clinical nursing practice', *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), pp. 862-872.
- Egenes, K. J. 2017. 'History of nursing', *Issues and trends in nursing: Essential knowledge for today and tomorrow*, pp. 1-26.
- Lestari, T. R. P. 2016. 'Harapan atas profesi keperawatan di indonesia', *Kajian*, 19(1), pp. 51-67. Available at: <https://dprexternal3.dpr.go.id/index.php/kajian/article/view/548>.
- LoBiondo-Wood, G. and Haber, J. 2017. *Nursing research-e-book: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.
- Smith, M. C. 2019. *Nursing theories and nursing practice*. FA Davis.
- Suprpto, S., Mulat, T. C. and Lalla, N. S. N. 2021. 'Nurse competence in implementing public health care', *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 10(2), p. 428. doi: 10.11591/ijphs.v10i2.20711.
- Suriyani Suriyani *et al.* 2023. 'Workload with Emergency Installation Nurse Work Stress', *Junedik*, 1(1 SE-Original Articles), pp. 12-17. doi: 10.35816/junedik.v1i1.6.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. 2017. Manuscript.



# **BAB 4**

## **PROFESI DAN KEPERAWATAN PROFESIONAL**

*Oleh Solehudin*

### **4.1 Pendahuluan**

Menurut Waddington (1996), istilah "pekerjaan" awalnya mendefinisikan sejumlah pekerjaan, yaitu pekerjaan yang hanya ada di Eropa pra-industri dan memungkinkan pekerja untuk hidup mandiri dari perdagangan dan pekerjaan (Wordpress.com, 2015). Istilah "profesi" mengacu pada jenis pekerjaan tertentu yang memerlukan pendidikan atau pelatihan. Namun, perlu dicatat bahwa istilah "profesi" tidak selalu dapat diterapkan pada semua jenis pekerjaan, terutama pekerjaan yang berhubungan dengan posisi Anda dalam organisasi. Misalnya, jabatan presiden, menteri, atau pejabat tinggi pemerintah lainnya pada umumnya tidak dianggap sebagai profesi, tetapi seseorang yang memegang jabatan tersebut dapat memegang jabatan tersebut seumur hidup (Purwono, 2017).

### **4.2 Konsep Dasar Profesi**

Dari segi leksikal, kata "profesi" memiliki arti dan makna yang berbeda. Menurut Hornby, sebagaimana dikutip Uddin Shayfuddin Saud (2009), 'profesi' berarti keyakinan atau keyakinan akan kebenaran (ajaran agama) atau kredibilitas seseorang. "Profesi" mengacu pada jenis pekerjaan atau bisnis tertentu yang membutuhkan persiapan relatif lama untuk pendidikan tinggi dan spesialisasi di lembaga pendidikan tinggi

dan tunduk pada kode etik tertentu (Edukasi.com, 2021). Jack Halloran (1978) membedakan antara okupasi dan okupasi berdasarkan status sosial jenis pekerjaannya. Menurutnya, upaya memprofesionalkan kerja ditujukan untuk meningkatkan pengakuan sosial terhadap kerja. Karena sifat pekerjaannya, mungkin perlu meningkatkan visibilitas sosial (Purwono, 2017).

Meskipun istilah "pekerjaan" sering dikaitkan dengan pekerjaan atau posisi seseorang, tidak semua jenis pekerjaan atau posisi dianggap sebagai pekerjaan. Profesi adalah jenis pekerjaan atau jabatan yang memerlukan keterampilan atau keahlian khusus dari orang yang melakukannya. Oleh karena itu, tidak semua orang dapat menjalani profesi ini, tetapi mereka harus dipersiapkan secara khusus melalui pelatihan yang dikembangkan untuk itu. Ada juga beberapa istilah lain yang berasal dari kata "profesi". B. Profesionalisme, Profesionalisme, Profesionalisme dan Profesionalisasi (Dosen, 2020).

#### **4.2.1 Pengertian Profesi**

Menurut Wirawan (2009), pekerjaan profesional adalah jenis pekerjaan yang memerlukan penggunaan teori-teori ilmiah yang diperoleh melalui pendidikan tinggi, seperti yang dilakukan oleh pegawai dan profesional terdidik. Contoh profesi ini antara lain manajer, dokter, guru dan dosen, hakim, jaksa, advokat atau advokat, perawat, akuntan, dll (Wordpress.com, 2015).

Menurut Depdiknas (2005) yang dijelaskan oleh Engkol (2009), istilah '*occupation*' berasal dari kata *occupation* yang berarti bekerja. Seorang ahli atau orang dengan tingkat keahlian tertentu disebut ahli. Karakter profesional disebut "profesionalisme". Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, istilah 'spesialisasi' diartikan sebagai proses spesialisasi suatu organisasi. Profesi itu sendiri adalah bidang pekerjaan yang membutuhkan keterampilan, pelatihan, dan pembayaran tertentu untuk beroperasi. Spesialisasi mengacu pada kegiatan yang berhubungan

dengan pekerjaan yang membutuhkan keterampilan khusus untuk melakuka (Edukasi.com, 2021).

#### **4.2.2 Ciri-Ciri Profesi**

Secara umum, berikut merupakan ciri-ciri profesi (Qothrunada, 2022), yaitu:

1. Untuk menjadi seorang profesional, dibutuhkan pengetahuan atau keahlian yang khusus dan relevan dengan bidang pekerjaannya
2. Profesi memiliki standar moral dan etika tinggi yang harus diikuti oleh para profesionalnya, berdasarkan pada kode etik profesi.
3. Profesi harus mementingkan kepentingan masyarakat di atas kepentingan pribadi dalam pelaksanaannya
4. Seorang profesional perlu memiliki lisensi atau izin khusus untuk menjalankan pekerjaannya sesuai dengan profesi yang dijalankan
5. Persiapan dan proses yang sistematis perlu dilakukan sebelum melaksanakan pekerjaan profesional.
6. Bidang ilmu yang menjadi landasan atau prosedur dalam profesi memiliki karakteristik yang berbeda dengan bidang pekerjaan lainnya.
7. Seorang profesional biasanya merupakan anggota dari suatu organisasi profesi yang terkait dengan bidang pekerjaannya.

Tafsir dalam Jumrah (2022) menyebutkan bahwa ada beberapa syarat pekerjaan disebut profesi (Qothrunada, 2022), yaitu

1. Profesi harus memiliki suatu keahlian, keilmuan atau keterampilan khusus
2. Profesi diambil sebagai pemenuhan panggilan hidup
3. Adanya teori-teori yang baku secara universal



4. Profesi memiliki organisasi profesi
5. Profesi memiliki klien yang jelas
6. Profesi memiliki suatu kode etik
7. Dalam melakukan profesinya, profesi akan memegang otonomi
8. Profesi diperuntukkan bagi masyarakat
9. Profesi harus mengenali hubungan profesinya dengan bidang-bidang yang lain
10. Profesi harus dilengkapi dengan kompetensi yang aplikatif dan kecakapan diagnostik.

#### **4.2.3 Etik Profesi**

Menurut Bertens (1995), etika profesi adalah aturan-aturan yang ditetapkan oleh sekelompok kelompok profesi dan diterima sebagai pedoman perilaku para anggotanya dan sebagai penjamin mutu profesional di mata masyarakat. Pelanggaran Kode Etik oleh anggota merusak reputasi kelompok profesi di masyarakat. Kode etik profesi adalah hasil penerapan pemikiran etis pada profesi kita dan dapat berubah seiring waktu. Norma profesi merupakan bentuk pengaturan internal profesi yang bersangkutan, perwujudan nilai moral yang benar, bukan dipaksakan dari luar. Kode etik profesi hanya efektif jika profesi itu sendiri dijiwai dengan cita-cita dan nilai-nilai yang menghidupinya. Kode profesional merumuskan standar moral yang menjadi tanggung jawab profesi dan berfungsi sebagai tolok ukur bagi anggotanya. Kode profesional berfungsi sebagai upaya untuk mencegah perilaku tidak etis oleh anggotanya dan sebagai standar prinsip profesional yang ditetapkan untuk menentukan kewajiban anggota kelompok profesional baru, yang sudah ada atau yang akan datang. (Dosen, 2020).

Etika profesi merujuk pada sebuah panduan perilaku profesional di dalam dunia kerja yang berlaku secara universal

untuk semua jenis profesi. Etika ini mencerminkan sikap hidup seseorang dalam memberikan layanan profesional kepada masyarakat dengan keahlian yang dimilikinya, serta terlibat aktif dalam pelaksanaan tugas. Etika ini merupakan sebuah prinsip yang mengatur perilaku individu atau kelompok di dalam lingkungan bisnis. Adanya etika profesi memberikan gambaran tentang cara yang tepat dalam bertindak bagi seseorang. (Kurniasih, 2022).

Berikut beberapa prinsip etika profesi (Kurniasih, 2022), sebagai berikut:

1. Prinsip tanggung jawab  
Prinsip tanggung jawab menuntut semua profesional untuk menjalankan kewajiban atas pekerjaan yang mereka lakukan, termasuk bertanggung jawab terhadap hasil kerja yang dihasilkan. Sebagai seorang profesional, seseorang harus bersedia menanggung konsekuensi atas keputusan yang diambil serta hasil kerja yang dihasilkan. Tanggung jawab juga harus ditunjukkan terhadap kehidupan orang lain dan masyarakat umum yang terdampak oleh pekerjaan yang dilakukan (Kurniasih, 2022).
2. Prinsip keadilan  
Prinsip tersebut menegaskan bahwa seorang profesional harus selalu memprioritaskan nilai keadilan dalam menjalankan pekerjaannya. Setiap tindakan yang dilakukan harus adil dan diberikan kepada pihak yang berhak, terutama bagi mereka yang melayani masyarakat seperti petugas kesehatan, polisi, dan lain sebagainya (Rahmalia, 2023).
3. Prinsip otonomi  
Seorang profesional dalam dunia kerja memiliki kemerdekaan dan hak untuk melaksanakan tugas sesuai dengan profesi yang diemban. Namun, hal ini juga berarti bahwa seorang profesional memiliki hak untuk

menentukan apakah ia akan melakukan atau tidak melakukan suatu tindakan, dengan memperhatikan kode etik profesi yang berlaku (Rahmalia, 2023).

#### 4. Prinsip integritas moral

Integritas moral menjadi aspek penting dalam etika profesi karena mencerminkan kualitas kejujuran dan prinsip moral yang diterapkan secara konsisten oleh seorang profesional. Seorang profesional harus memperhatikan kepentingan profesi, dirinya sendiri, dan masyarakat sebagai bentuk tanggung jawabnya.

### **4.3 Keperawatan Profesional**

#### **4.3.1 Pengertian Keperawatan**

Pada tahun 1983, Lokakarya Keperawatan Nasional menyatakan bahwa keperawatan adalah pelayanan profesional yang terintegrasi dengan pelayanan medis. Sebagai asuhan biopsikososial dan spiritual yang komprehensif, keperawatan dibangun di atas pengetahuan dan keterampilan keperawatan untuk melayani individu, kelompok, dan komunitas sepanjang siklus hidup kesehatan dan penyakit. Sedangkan menurut UU Keperawatan No. 38 Tahun 2014, keperawatan adalah perawatan individu, keluarga, kelompok atau komunitas, baik sakit maupun sehat. Sebagai layanan profesional yang terintegrasi dengan layanan medis, keperawatan didasarkan pada pengetahuan dan keterampilan keperawatan dan menargetkan individu, kelompok, dan komunitas, baik yang sehat maupun yang sakit, sepanjang siklus hidup manusia dari konsepsi hingga kematian. Praktik keperawatan merupakan salah satu bentuk asuhan yang diberikan oleh perawat. Dalam praktiknya, tergantung pada sifat profesi keperawatan, baik yang bergantung pada layanan profesional (interdependen) maupun atas inisiatif sendiri (otonom), berbagai bentuk

perawatan diberikan menurut jenisnya. Anda dapat mempraktikkannya (Utami, 2016).

#### **4.3.2 Nilai Profesional Keperawatan**

Menurut Berman & Snyder (2012), keperawatan adalah profesi yang sangat terhormat. Namun, prasangka dan kesalahpahaman tentang pekerja perawatan masih ada di masyarakat. Oleh karena itu, pengasuh harus memiliki sikap profesional saat memberikan perawatan. Untuk mencapai hal tersebut, penting untuk memahami nilai-nilai, tujuan dan penerapan profesionalisme keperawatan dalam pemberian pelayanan keperawatan. Nilai-nilai profesional dalam keperawatan dapat dipetik dari kode etik, pengalaman keperawatan, pembimbing dan rekan sejawat. Menurut *American Association of Colleges of Nursing* (AACN, 2008), ada lima nilai profesionalisme yang menggambarkan identitas perawat profesional: altruisme, otonomi, martabat manusia, integritas, dan keadilan sosial (Fabila, 2020).

##### **1. Altruism**

Menurut Berman, Snyder, Kozier, & Erb (2008), altruisme adalah nilai profesional keperawatan yang menuntut perawat untuk waspada dan memiliki sikap yang baik terhadap klien, rekan kerja, dan profesional kesehatan lainnya. Selain itu, dalam memberikan perawatan, perawat juga harus memperjuangkan kebutuhan dan kesejahteraan kliennya. Altruisme sendiri merupakan sikap kepedulian terhadap kesejahteraan orang lain. Untuk menerapkan nilai ini, perawat harus menunjukkan berbagai sikap dan perilaku seperti kasih sayang, dedikasi, kasih sayang, kemurahan hati, ketekunan dan ketekunan. Penerapannya mengharuskan pengasuh untuk mengesampingkan kepentingan dan kebutuhan pribadi dan memprioritaskan kepentingan dan kebutuhan klien untuk memastikan bahwa

klien menerima perawatan terbaik dan kesejahteraan mereka terjamin.

2. *Autonomy*

Berman, Snyder, Kozier, & Erb (2008) menggambarkan otonomi sebagai kemampuan perawat untuk menunjukkan rasa hormat kepada klien mereka ketika membuat keputusan tentang perawatan dan kesehatan mereka. Otonomi mencakup hak individu untuk menentukan keputusan dan nasib mereka sendiri. Perawat juga harus dapat mengambil tindakan yang tepat atas nama pasien mereka. Contohnya termasuk keterbukaan dan kepercayaan, memungkinkan pelanggan untuk membuat keputusan yang baik, memberikan informasi kepada pelanggan sehingga mereka dapat membuat keputusan yang tepat, dan menghormati keputusan pelanggan. Tujuannya adalah untuk membangun kepercayaan pasien pada perawat dan membawa kenyamanan bagi pasien.

3. *Human Dignity*

Berman, Snyder, Kozier, & Erb (2008) berpendapat bahwa martabat manusia adalah sikap perawat yang menghargai nilai dan keunikan klien dan rekan kerja. Martabat manusia mencakup penghormatan terhadap nilai-nilai dan keunikan individu. Perawat juga harus menghormati martabat manusia penggunaannya dalam tindakan dan asuhan keperawatannya. Misalnya pada saat melakukan pemeriksaan fisik alat kelamin klien, perawat harus menjaga privasi dengan menutup gorden atau melakukan pemeriksaan secara tertutup. Tujuan kami adalah untuk membuat klien kami merasa nyaman dan aman.

4. *Integrity*

Berman, Snyder, Kozier, & Erb (2008) menggambarkan integritas sebagai sikap perawat untuk memberikan perawatan sesuai dengan kode etik dan standar praktik.

Integritas termasuk bertindak sesuai dengan kode etik dan Standar Perilaku kita. Nilai kejujuran juga tercermin dalam sikap dan perilaku perawat, serta dalam pelaksanaan dan pemberian pelayanan yang sesuai dengan kode etik. Contohnya termasuk mematuhi peraturan dan undang-undang yang berlaku dan memberikan informasi yang jujur kepada pelanggan dan publik. Tujuan kami adalah untuk bekerja dengan pengasuh untuk membangun kepercayaan dengan masyarakat, dan untuk memberinya perawatan yang berkualitas dan tepat.

5. *Social Justice*

Berman, Snyder, Kozier, & Erb (2008) mengungkapkan bahwa Social justice (keadilan sosial) pada dasarnya mengharuskan perawat untuk mengikuti prinsip moral, hukum, dan humanis ketika memberikan asuhan keperawatan. Social justice (keadilan sosial) menuntut perawat untuk memperlihatkan sikap moral, hukum, dan humanis dalam praktik keperawatan. Nilai ini juga mengharuskan perawat untuk tidak membedakan klien berdasarkan ras, suku, etnis, negara, status sosial, dan lainnya. Sebaliknya, perawat harus merawat setiap klien dengan adil dan sama rata, sehingga semua pasien dapat menerima asuhan keperawatan yang sama berkualitasnya. Contohnya, perawat harus memperlakukan semua klien dengan cara yang sama, tanpa pandang bulu terhadap ras, suku, etnis, dan status sosial mereka. Hal ini dimaksudkan untuk menciptakan rasa nyaman, kepercayaan, dan meningkatkan citra profesi perawat.

Masing-masing nilai tersebut membawa konsep, contoh aplikasi, dan tujuan yang berbeda. Oleh karena itu, penting bagi pengasuh untuk mempraktikkan dan mengembangkan semua nilai profesional untuk memberikan perawatan dengan kualitas

terbaik. Selain itu, perawat dapat menantang stigma negatif masyarakat dan persepsi yang salah tentang profesi keperawatan dengan menerapkan nilai-nilai profesional yang benar dan efektif. Jika semua perawat berhasil secara konsisten mempraktikkan nilai-nilai ini, stigma negatif dan kesalahpahaman di masyarakat akan berangsur-angsur hilang, memberi jalan bagi evaluasi positif terhadap profesi keperawatan (Fabila, 2020).

#### **4.3.3 Praktik Keperawatan Profesional**

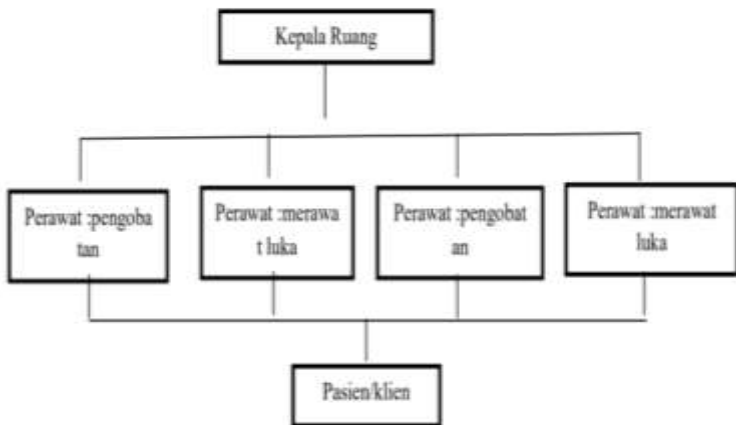
Praktik keperawatan mencakup lebih dari tugas, peran, dan tanggung jawab khusus. Praktek ini termasuk perawat memberikan perawatan langsung, menilai dampaknya, mempromosikan kesehatan pasien, pemantauan dan outsourcing, pendampingan dan manajemen, pengajaran, penelitian, dan mengembangkan pedoman kesehatan untuk sistem perawatan. Ini termasuk kombinasi pengetahuan, pengambilan keputusan, dan keterampilan yang memungkinkan kesehatan. Praktek ini bertujuan untuk menyembuhkan, memulihkan dan memelihara kesehatan dengan penekanan pada pelayanan primer sesuai dengan etika dan tanggung jawab pelayanan. Ruang lingkup praktik sangat fleksibel dan responsif terhadap perkembangan terbaru dalam kebutuhan, pengetahuan, dan teknologi perawatan kesehatan. Oleh karena itu, penting untuk meninjau rentang ini secara teratur untuk tetap mendapatkan informasi terbaru tentang kesehatan dan meningkatkan kesehatan (Utami, 2016).

Model Praktik Keperawatan Profesional adalah sistem yang dirancang untuk mengelola struktur dan proses keperawatan di bangsa dan untuk memastikan keperawatan profesional. Pengembangan model ini dilakukan di berbagai negara untuk meningkatkan kualitas perawatan dan kondisi kerja perawat. Perkembangan model ini bervariasi dari satu negara ke negara lain

dan rumah sakit ke rumah sakit, namun menurut Hoffart dan Wood (1996), model ini terdiri dari lima subsistem. dan hadiah. Secara lebih spesifik model ini seperti yang dikemukakan oleh Ratna Sitorus dan Yulia (2006) meliputi lingkungan dimana asuhan diberikan, struktur yang memudahkan perawat profesional untuk memberikan asuhan, Merupakan sistem yang meliputi proses dan nilai-nilai profesional(Media Perawat Id, 2022).

### 1. Fungsional

Selama Perang Dunia II, metode fungsional menjadi pilihan utama bagi perawat yang mengelola asuhan keperawatan. Hal ini disebabkan keterbatasan jumlah dan keterampilan perawat pada saat itu, dengan masing-masing perawat hanya melakukan satu atau dua intervensi keperawatan (seperti perawatan luka) untuk semua pasien di bangsal bawah.



**Gambar 4.1.** Metode Fungsional

Kelebihannya:

- Manajemen tradisional mengandalkan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan dukungan yang baik.
- Sistem ini sangat cocok digunakan di rumah sakit dengan jumlah staf yang terbatas.



- c. Perawat senior diberikan tanggung jawab administratif dan tugas perawatan pasien diberikan kepada perawat yang lebih muda atau kurang berpengalaman.

Kelemahan :

- a. Tidak memuaskan pasien dan pengasuhperawat
- b. Layanan perawatan terpisah dan proses perawatan tidak dapat diterapkan
- c. Persepsi perawat cenderung bertindak berdasarkan keterampilan saja

## **2. Metode Keperawatan Tim**

Dalam metode ini, tim dari anggota yang beragam dibentuk untuk merawat kelompok pasien. Perawat dibagi menjadi 2-3 tim/kelompok spesialis, teknisi dan asisten yang bekerja sama dalam kelompok kecil untuk memberikan perawatan. Konsep metode tim adalah sebagai berikut:

- a. Pemimpin tim pekerja perawatan profesional harus dapat menggunakan berbagai teknik kepemimpinan.
- b. Pentingnya komunikasi yang efektif untuk menjamin kesinambungan rencana perawatan.
- c. Anggota tim harus menghormati kepemimpinan pemimpin tim mereka.
- d. Peran pemimpin ruangan penting dalam model tim. Model tim bekerja dengan baik jika didukung oleh orang yang bertanggung jawab atas ruang tersebut



**Gambar 4.2.** Metode Tim

Kelebihannya:

- a. Memungkinkan layanan perawatan yang komprehensif
- b. Mendukung pelaksanaan proses keperawatan
- c. Memfasilitasi komunikasi antar tim dan menyelesaikan konflik dengan mudah agar anggota tim tetap senang

Kelemahan:

- a. Komunikasi antar anggota tim terjadi terutama dalam bentuk pertemuan tim, yang biasanya sulit dilakukan pada jam sibuk

### 3. Keperawatan Primer

Salah satu metode penugasan perawat adalah perawat memberikan perawatan lengkap kepada pasien dalam waktu 24 jam sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dipulangkan. Metode ini mendorong kemandirian perawat dalam praktik dan membangun hubungan yang jelas antara perencana dan pelaksana. Metode terkemuka ini ditandai dengan keterlibatan yang kuat dan berkelanjutan antara pasien dan pengasuh yang bertanggung jawab untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengkoordinasikan perawatan selama perawatan pasien.

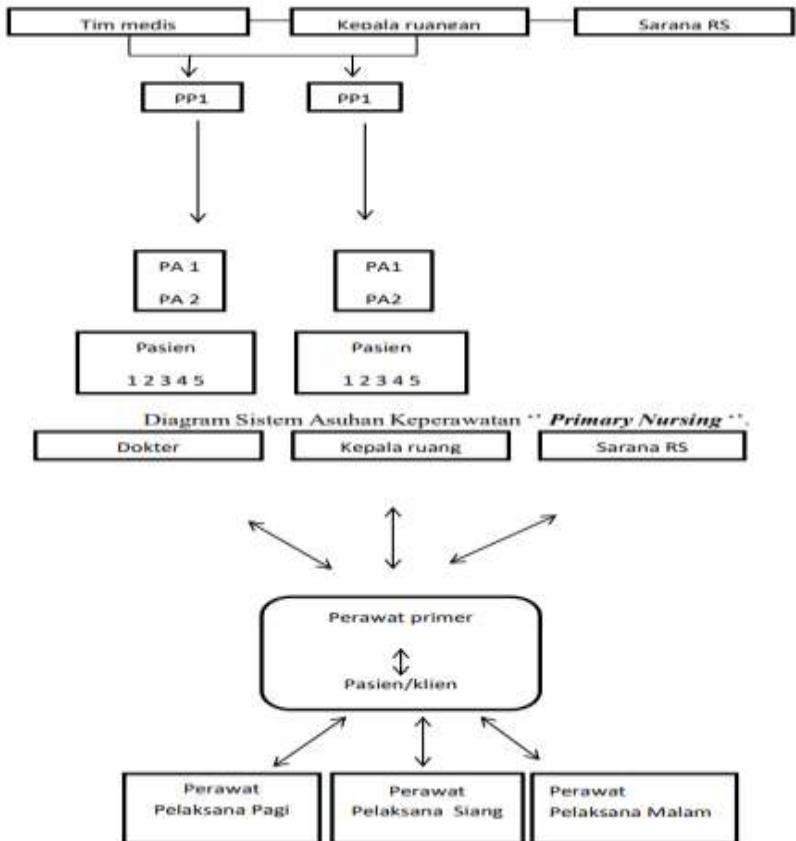
Kelebihan:

- a. Berkesinambungan dan menyeluruh.

- b. Perawat sekolah dasar mendapatkan akuntabilitas yang lebih besar untuk hasil dan memungkinkan pengembangan pribadi
- c. Manfaat bagi pasien, perawat, dokter, rumah sakit, dll.
- d. Manfaat yang dirasakan adalah bahwa pasien merasa dimanusiakan karena kebutuhan individu mereka terpenuhi. Selain itu, perawatan yang diberikan berkualitas tinggi dan memberikan layanan pengobatan, dukungan, perlindungan, informasi dan advokasi yang efektif. Dokter juga senang dengan model utama karena mereka tetap mengikuti perkembangan gambaran klinis dan perawatan pasien yang komprehensif.

Kelemahan:

- a. Hanya dapat dilakukan oleh perawat dengan pengalaman dan pengetahuan yang cukup tentang standar praktik, pengarahan diri sendiri, kemampuan membuat keputusan yang tepat, penguasaan keperawatan klinis, akuntabilitas dan kemampuan berkolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu.



**Gambar 4.3. Metode Primer**

#### 4. Manajemen Kasus

Setiap perawat bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan semua pasien selama masa kerjanya. Pasien dilayani oleh perawat yang berbeda setiap shift, sehingga tidak ada jaminan pasien akan dilayani oleh perawat yang sama keesokan harinya. Metode penugasan kasus biasanya digunakan dengan pasien yang dirawat oleh pengasuh dan biasanya dilakukan dalam perawatan pribadi atau

pengaturan perawatan khusus seperti isolasi atau perawatan kritis.



**Gambar 4.4.** Metode Kasus

Kelebihannya:

- a. Perawat lebih memahami berdasarkan kasus per kasus
- b. Sistem tinjauan manajemen yang lebih sederhana

Kelemahan:

- a. Perawat yang bertanggung jawab tidak dapat diidentifikasi
- b. Membutuhkan energi yang signifikan dan memiliki kemampuan dasar yang sama

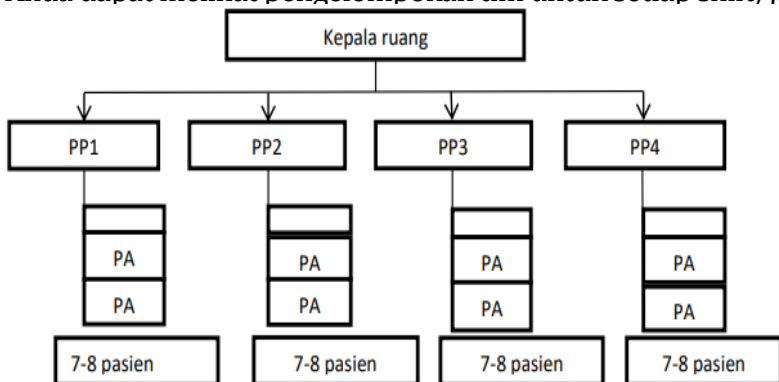
#### 5. Modifikasi: Tim-Primer

Dalam model MAKP, tim menggunakan kombinasi kedua sistem tersebut. Menurut Sitorus (2000), definisi sistem model MAKP didasarkan pada alasan-alasan berikut:

- a. Kurangnya pemanfaatan sistem perawatan primer untuk perawat kualifikasi utama harus S1 Keperawatan atau setarasetara.
- b. Sistem perawatan tim kurang dimanfaatkan karena tanggung jawab untuk perawatan pasien dibagi di antara tim.

- c. Menggabungkan kedua model diharapkan dapat memfokuskan komunitas perawatan dan tanggung jawab perawatan pada pengasuh utama. Selain itu, sebagian besar perawat rumah sakit adalah lulusan SPK dan mendapat bimbingan keperawatan dari Kepala Perawat/Ketua Tim.

Dua puluh enam perawat diminta untuk menggunakan model MAKP. Namun, ketika menggunakan model perawatan primer yang dimodifikasi, hanya dibutuhkan empat pengasuh utama dengan kualifikasi S1 atau DIV di Care dan manajer ruangan yang juga memiliki kualifikasi S1 atau DIV di Kep. Kami juga membutuhkan maksimal 21 (3) Perawat Praktik dengan kualifikasi pelatihan D3 Kep dan SPK. Pada gambar di bawah ini Anda dapat melihat pengelompokan tim untuk setiap shift/jam.



**Gambar 4.5.** Metode Tim-Primer

## DAFTAR PUSTAKA

- Dosen. 2020. *Konsep Dasar Profesi: Definisi, Krteria serta Pembidangan*. <https://bisacumlaude.com/konsep-dasar-profesi-definisi-krteria-serta-pembidangan/>
- Edukasi.com. 2021. *Konsep Dasar Profesi*. <https://www.edukasiku.com/2021/06/konsep-dasar-profesi.html>
- Fabila, D. G. 2020. *Nilai Profesionalisme Keperawatan dan Penerapannya dalam Pemberian Asuhan Keperawatan*. <https://www.kompasiana.com/daulagf/5ec2812f097f3650324e17c4/nilai-profesionalisme-keperawatan-dan-penerapannya-dalam-pemberian-asuhan-keperawatan>
- Kurniasih, W. 2022. *Pengertian Etika Profesi*. <https://www.gramedia.com/best-seller/pengertian-etika-profesi/>
- Media Perawat Id. 2022. *Model Praktik Keperawatan Profesional*. <https://mediaperawat.id/model-praktik-keperawatan-profesional/>
- Purwono. 2017. *Konsep Dasar Profesi Keguruan. Seri Publikasi Pembelajaran, 2(1), 55–57*.
- Qothrunada, K. 2022. *Profesi: Arti, Perbedaan Dengan Pekerjaan, Ciri, dan Macamnya*. <https://www.detik.com/jabar/berita/d-6253477/profesi--arti-perbedaan-dengan-pekerjaan-ciri-dan-macam-macamnya>
- Rahmalia, N. 2023. *Etika Profesi: Pengertian, Prinsip, Tujuan, Manfaat, Skill yang Diperlukan*. <https://glints.com/id/lowongan/etika-profesi/#.ZC70-XZBzrc>
- Utami, W. N. 2016. *Etika Keperawatan Dan Keperawatan Profesional*. In *Kemenkes RI*.
- Wordpress.com. 2015. *Konsep Dasar Profesi*. <https://datakata.wordpress.com/2015/01/16/konsep-dasar-profesi/>

# **BAB 5**

## **TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN**

*Oleh Lela Aini*

### **5.1 Pendahuluan**

Teori adalah dasar dari semua profesi yang menyediakan konsep-konsep pengetahuan dasar yang spesifik disiplin (Akbar, 2019). Demikian pula, teori keperawatan mendefinisikan dasar konsep dan prinsip profesi keperawatan secara ilmiah (Yusuf *et al.*, 2017). Teori keperawatan dianggap sebagai alat untuk meningkatkan pemahaman tentang nilai-nilai dan pengertian profesi keperawatan. Hal ini juga membantu memahami peran dan posisi perawat dalam pelayanan kesehatan menuju pemberian perawatan yang lebih baik, pemikiran kritis yang ditingkatkan, dan pengambilan keputusan yang diperkaya.

Teori keperawatan pada dasarnya membantu perawat dalam hal menentukan kebutuhan dan mencapai tujuan untuk memajukan asuhan keperawatan (Yusuf *et al.*, 2017). Selain itu, teorinya juga memberikan kesempatan dalam belajar memberikan asuhan secara holistik dalam penilaian pembelajaran pasien, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi. Teori keperawatan menyediakan media untuk merasionalisasi perawatan disediakan oleh perawat (Pieter, 2017). Selain itu, memberikan identitas untuk perawat yang membedakan praktik keperawatan dari praktik medis (Kusumaningrum *et al.*, 2013). Buku ini menyoroti pentingnya teori keperawatan sebagai landasan keperawatan profesi.



## 5.2 Definisi Teori Keperawatan

Teori keperawatan didefinisikan sebagai penyusunan gagasan yang kreatif dan ketat yang memproyeksikan pandangan tentatif, terarah, dan sistematis tentang fenomena (Rofii, 2021). Hal ini melalui inkuiri sistematis, baik dalam penelitian maupun praktik keperawatan, perawat mampu mengembangkan pengetahuan yang relevan untuk meningkatkan perawatan pasien (Frisca *et al.*, 2022).

## 5.3 Macam Teori & Model Keperawatan Menurut Ahli

### A. Florence Nightingale

Sebagai pendiri keperawatan modern, Teori Lingkungan Florence Nightingale merupakan teori terkait Lingkungan dengan mengubah wajah keperawatan untuk menciptakan kondisi sanitasi bagi pasien dalam mendapatkan perawatan. Sebagai hasil dari pengamatannya, lahirlah Teori Keperawatan Lingkungan. Fokus keperawatan dalam model ini adalah mengubah lingkungan pasien untuk mempengaruhi perubahan kesehatannya (Septiwi & Setiaji, 2020).

Sepuluh konsep utama Teori Lingkungan menurut Florence Nightingale:

1. Ventilasi dan pemanasan
2. Cahaya dan kebisingan
3. Kebersihan kawasan
4. Kesehatan rumah
5. Tempat tidur dan tempat tidur
6. Kebersihan pribadi
7. Variasi
8. Menawarkan harapan dan nasehat
9. Makanan
10. Pengamatan

## B. Hildegard E. Peplau

Teori yang di kembangkan hildegard E.peplau adalah keperawatan spikodinamik (*Psychodynamyc Nursing*). Teori ini dipengaruhi oleh model hubungan interpersonal yang bersifat teraupetik (*signifigcant therapeutic interpersonal proses*) (Herdiana, 2019). Menurut Peplau, perawat psikodinamik adalah kemampuan untuk memahami perilaku seseorang untuk membantu mengidentifikasi kesulitan yang dirasakan dan untuk mengaplikasikan prinsip kemanusiaan yang berhubungan dengan masalah yang muncul dari semua hal atau kejadian yang dialami (Meliza & Anisah, 2017).

Model teori Peplau menyatakan bahwa hubungan perawat- pasien harus melewati tiga fase agar berhasil seperti orientasi, bekerja, dan terminasi. Selama fase orientasi singkat, pasien rawat inap menyadari bahwa mereka membutuhkan bantuan dan berusaha untuk menyesuaikan diri.

## C. Virginia Henderson

Virginia Henderson mengkategorikan kegiatan keperawatan menjadi empat belas komponen berdasarkan kebutuhan manusia (Simbolon et al., 2023). Empat belas komponenkonsep Henderson adalah sebagai berikut:

1. Bernapaslah dengan normal. Makan dan minum secukupnya.
2. Makan dan minum secukupnya
3. Menghilangkan limbah tubuh
4. Bergerak dan pertahankan postur tubuh yang diinginkan
5. Tidur dan istirahat.
6. Pilih pakaian-pakaian dan pakaian yang cocok.

7. Pertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan.
8. Menjaga tubuh tetap bersih dan terawat serta melindungi integumen.
9. Hindari bahaya di lingkungan dan hindari melukai orang lain.
10. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, ketakutan, atau pendapat.
11. Ibadah menurut keyakinan masing-masing.
12. Bekerja sedemikian rupa sehingga ada rasa pencapaian.
13. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
14. Pelajari, temukan, atau puaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan normal dan kesehatan serta gunakan fasilitas kesehatan yang tersedia.

#### D. Faye Gelnn Abdellah

Model keperawatannya sejauh ini progresif, mengacu pada diagnosa keperawatan pada saat perawat diajari bahwa diagnosa bukanlah bagian dari peran mereka dalam perawatan kesehatan. Menurut teori keperawatan Dua Puluh Satu Masalah Keperawatan Abdellah, Keperawatan merupakan kombinasi antara ilmu & seni yang membangun keterampilan, sikap, cendekiawan individu menjadi suatu kemampuan dan keinginan menolong pasien yang sakit maupun (Simbolon et al., 2023). Abdellah mengembangkan teori mengenai kebutuhan manusia yang berpusat pada pasien dengan melakukan pendektan keperawatan.

E. Dorothy E. Johnson

Johnson menjelaskan empat konsep utama dalam mode keperawatannya:

1. Manusia mempunyai system utama yang terdiri menjadi dua yaitu perilaku & biologis. Sistem biologis yang dimaksud merupakan peran kedokteran sedangkan sistem perilaku merupakan fokus dalam keperawatan.
2. Masyarakat mengacu pada lingkungan tempat pasien berada; Perilaku pasien secara langsung dipengaruhi oleh lingkungan dan peristiwa yang terjadi disana.
3. Kesehatan merupakan suatu respons adaptif dimana unsur yang disengaja terhadap rangsangan internal maupun eksternal dalam menjaga stabilitas & kontrol. Hal ini meliputi faktor sosial, mental, ekonomi dan fisik.
4. Keperawatan bertujuan untuk meningkatkan keseimbangan pada individu. Fokus keperawatan salah satunya meliputi fokus yang meliputi keseluruhan yang terstruktur tetapi penekanan utamanya adalah menjaga keseimbangan sistem perilaku dalam sistem biologis selama sakit.

F. Dorothea E. Orem

Dorothea Elizabeth Orem merupakan salah satu ahli teori keperawatan terkemuka dari Amerika yang mengembangkan Teori Keperawatan mengenai defisiensi perawatan diri. Teori keperawatan yang kita kenal yaitu Model Keperawatan Orem. Teori defisit perawatan diri Dorothea Orem berfokus pada kemampuan setiap individu untuk merawat dirinya sendiri, dimana teori defisit perawatan diri atau perawatan diri terdiri dari tiga teori yang saling terkait: teori perawatan diri, teori defisit

perawatan diri, dan sistem perawatan.

Teori Orem terdiri dari tiga bagian yang saling terkait: teori perawatan diri, teori defisit perawatan diri, dan teori sistem perawatan (Simbolon *et al.*, 2023).

Teori perawatan diri termasuk perawatan diri, yang merupakan praktik aktivitas yang dimulai dan diselesaikan sendiri untuk mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan; *self-care agency*, yaitu kemampuan seseorang untuk “*engage in self-care*” yang berkaitan dengan usia, keadaan perkembangan, pengalaman hidup, orientasi sosiokultural, kesehatan, dan sumber daya yang tersedia; permintaan perawatan diri terapeutik, yaitu tindakan perawatan diri komprehensif yang harus dilakukan selama periode waktu tertentu untuk memenuhi persyaratan perawatan diri, urutan metode dan prosedur yang valid dan tindakan terkait dan kebutuhan perawatan diri, yang mencakup kebutuhan perawatan diri universal, perkembangan, dan terkait kesehatan.

#### G. Imogene King's

Menurut King, pasien adalah makhluk sosial yang memiliki tiga kebutuhan mendasar: kebutuhan akan informasi kesehatan, kebutuhan akan perawatan yang berupaya mencegah penyakit, dan kebutuhan akan perawatan ketika pasien tidak mampu membantu dirinya sendiri (Pieter, 2017). Dia menjelaskan kesehatan sebagai melibatkan pengalaman hidup pasien, yang mencakup penyesuaian terhadap stresor di lingkungan internal dan eksternal dengan menggunakan sumber daya yang tersedia. Lingkungan adalah latar belakang interaksi manusia. Ini menyangkut lingkungan internal yang mengubah energi sehingga orang dapat menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan eksternal dan termasuk

lingkungan eksternal, yaitu organisasi formal dan informal. Perawat dianggap sebagai bagian dari lingkungan pasien.

#### H. Jean Watson

Filsafat dan Ilmu Kepedulian Jean Watson membahas bagaimana perawat mengekspresikan perawatan kepada pasien mereka. *Caring* adalah pusat praktik keperawatan, dan meningkatkan kesehatan lebih baik daripada penyembuhan medis sederhana. Dia percaya bahwa pendekatan holistik untuk perawatan kesehatan adalah pusat praktik kepedulian dalam keperawatan.

Menurut Watson, kepedulian yang diwujudkan dalam keperawatan telah ada di setiap masyarakat. Tiga sistem yang saling berinteraksi dalam Teori Pencapaian Tujuan adalah sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. Teori Watson memiliki empat konsep utama: manusia, kesehatan, lingkungan/masyarakat, dan keperawatan (Faridasari et al., 2021).

#### I. Katharine Kolcaba

Teori Kenyamanan dikembangkan ketika Katharine Kolcaba melakukan analisis konsep kenyamanan yang mengkaji literatur dari beberapa disiplin ilmu, antara lain keperawatan, kedokteran, psikologi, psikiatri, ergonomi, dan bahasa Inggris. Setelah tiga bentuk kenyamanan dan empat konteks pengalaman manusia holistik diperkenalkan, struktur taksonomi dibuat untuk memandu penilaian, pengukuran, dan evaluasi kenyamanan pasien. Menurut Kolcaba, kenyamanan adalah produk dari seni keperawatan holistik.

Kolcaba menggambarkan kenyamanan yang ada dalam tiga bentuk: kelegaan, kemudahan, dan transendensi. *Theory of Comfort* menganggap pasien sebagai individu, keluarga,

institusi, atau komunitas yang membutuhkan perawatan Kesehatan (Faridasari *et al.*, 2021).

J. Model Sistem *Health Care* Betty Newman

Newman merupakan ahli teori keperawatan yang mengembangkan Model Sistem Neuman. Menurut Newman, peran perawat dalam mengidentifikasi stressor yang meliputi: intrapersonal dan *extrapersonal stressor*, serta membantu klien berespon terhadap stressor tersebut. Secara umum, kesulitan yang dirasakan disebabkan oleh stresor interpersonal, intrapersonal, dan eksternal yang terjadi di lingkungan internal dan eksternal.

Model Sistem Betty Neuman memberikan pendekatan holistik dan berbasis sistem yang komprehensif untuk keperawatan yang mengandung unsur fleksibilitas. Teori ini berfokus pada respons sistem pasien terhadap stresor lingkungan aktual atau potensial dan penggunaan intervensi pencegahan keperawatan primer, sekunder, dan tersier untuk retensi, pencapaian, dan pemeliharaan kesehatan sistem pasien.

K. Model Adaptasi Callista Roy

Roy mendefinisikan tujuan keperawatan sebagai peningkatan respon adaptif terhadap empat pola adaptif. Kondisi seseorang sangat ditentukan oleh derajat adaptasinya, yaitu apakah seseorang berespon positif terhadap rangsangan internal atau eksternal. Konsep diri klien merupakan satu kesatuan utuh dengan 4 model koping berdasarkan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan saling ketergantungan.

#### L. Ida Jean Orlando

Proses Keperawatan Deliberatif Ida Jean Orlando digerakkan oleh perilaku pasien. Menurut teori, semua perilaku pasien dapat menjadi teriakan minta tolong, baik verbal maupun non-verbal, dan tergantung pada perawat untuk menginterpretasikan perilaku tersebut dan menentukan kebutuhan pasien. Proses Keperawatan Deliberatif memiliki lima tahap: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Pada tahap asesmen, perawat melengkapi asesmen holistik terhadap kebutuhan pasien. Ini dilakukan tanpa mempertimbangkan alasan pertemuan itu. Perawat menggunakan kerangka kerja keperawatan untuk mengumpulkan data subjektif dan objektif tentang pasien.

Tahap diagnosis menggunakan penilaian klinis perawat tentang masalah kesehatan. Diagnosis kemudian dapat dikonfirmasi menggunakan tautan ke karakteristik yang ditentukan, faktor terkait, dan faktor risiko yang ditemukan dalam penilaian pasien. Tahap perencanaan membahas setiap masalah yang diidentifikasi dalam diagnosis. Setiap masalah diberikan tujuan atau hasil tertentu, dan setiap tujuan atau hasil diberikan intervensi keperawatan untuk membantu mencapai tujuan tersebut. Pada akhir tahap ini, perawat akan memiliki rencana asuhan keperawatan.

#### M. Martha Rogers

Menurut teori martha rogers Pasien dianggap sebagai "manusia kesatuan", yang tidak dapat dibagi menjadi beberapa bagian, tetapi harus dilihat secara keseluruhan. Menurut model Rogers, pasien memiliki kapasitas untuk berpartisipasi secara sadar dalam proses perubahan. Lingkungan juga tidak dapat direduksi, dan hidup berdampingan dengan manusia yang bersatu. Dalam model ini, manusia dipandang sebagai



satu kesatuan dengan alam semesta. Artinya, pasien dan lingkungannya adalah satu.

Rogers mendefinisikan kesehatan sebagai ekspresi dari proses kehidupan. Untuk itu, penyakit dan kesehatan adalah bagian dari rangkaian yang sama, dan peristiwa yang terjadi sepanjang hidup pasien menunjukkan bagaimana pasien mencapai potensi kesehatannya.

Keperawatan dalam Ilmu Kesatuan Manusia mengandung dua dimensi yaitu ilmu keperawatan, yaitu ilmu yang khusus untuk bidang keperawatan yang bersumber dari penelitian ilmiah; dan seni keperawatan, yang melibatkan penggunaan ilmu keperawatan secara kreatif untuk membantu kehidupan pasien menjadi lebih baik.

Dalam model ini, peran perawat adalah melayani orang. Rogers juga mengusulkan modalitas non-invasif untuk keperawatan, seperti sentuhan terapeutik, humor, musik, meditasi dan citra terbimbing, dan bahkan penggunaan warna. Intervensi perawat dimaksudkan untuk mengkoordinasikan ritme antara bidang manusia dan lingkungan, membantu pasien dalam proses perubahan, dan membantu pasien bergerak menuju kesehatan yang lebih baik. Praktik keperawatan, menurut Rogers, harus difokuskan pada manajemen nyeri, dan psikoterapi suportif untuk rehabilitasi.

#### N. Lydia E. Hall

Menurut Lydia E. Hall mengembangkan *Care, Cure, Core Theory of Nursing* pada akhir 1960-an sebagai. Hasil dari pekerjaannya di bidang psikiatri, serta pengalamannya di Loeb Center. Dalam karirnya, dia juga mempromosikan keterlibatan anggota masyarakat dalam masalah perawatan kesehatan.

Juga dikenal sebagai "*Tiga C dari Lydia Hall*," teori Hall berisi tiga lingkaran independen namun saling berhubungan. Tiga lingkaran itu adalah: inti, perawatan, dan penyembuhan.

Intinya adalah pasien kepada siapa asuhan keperawatan diarahkan. Inti telah menetapkan tujuan oleh dirinya sendiri daripada oleh penyedia layanan kesehatan atau keluarga dan teman. Inti membuat keputusan dan berperilaku sesuai dengan perasaan dan nilai-nilainya.

Penyembuhan adalah perhatian yang diberikan kepada pasien oleh perawat dan profesional medis lainnya. Dalam model ini, fokus perawatan tidak hanya pada perawat, tetapi pada semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien. Penyembuhannya mencakup intervensi atau tindakan yang diarahkan untuk merawat pasien dari penyakit, penyakit, atau kecacatan apa pun yang mungkin dideritanya.

Lingkaran perawatan adalah penjelasan Hall tentang peran perawat dalam modelnya. Menurut teori, perawat difokuskan untuk melakukan tugas mulia merawat pasien. Ini secara khusus berbicara tentang sifat keperawatan "keibuan", yang mungkin termasuk perawat yang menangani masalah kenyamanan pasien. Peran keperawatan juga termasuk mendidik pasien, dan membantu pasien memenuhi kebutuhan yang tidak dapat ia penuhi sendiri.

#### O. Katharine Kolcaba

Teori Kenyamanan dikembangkan ketika Katharine Kolcaba melakukan analisis konsep kenyamanan yang mengkaji literatur dari beberapa disiplin ilmu, antara lain keperawatan, kedokteran, psikologi, psikiatri, ergonomi, dan bahasa Inggris. Setelah tiga bentuk kenyamanan dan empat konteks pengalaman manusia holistik diperkenalkan, struktur taksonomi dibuat untuk memandu penilaian, pengukuran, dan evaluasi kenyamanan pasien. Menurut Kolcaba, kenyamanan adalah produk dari seni keperawatan holistik.

Kolcaba menggambarkan kenyamanan yang ada dalam tiga bentuk: kelegaan, kemudahan, dan transendensi. Jika kebutuhan

kenyamanan khusus pasien terpenuhi, pasien mengalami kenyamanan dalam arti lega. Misalnya, seorang pasien yang menerima obat penghilang rasa sakit dalam perawatan pasca operasi menerima kenyamanan yang meringankan. Kemudahan mengatasi kenyamanan dalam keadaan puas. Misalnya, kecemasan pasien menjadi tenang.

Transendensi digambarkan sebagai keadaan nyaman di mana pasien mampu mengatasi tantangan mereka. Empat konteks di mana kenyamanan pasien dapat terjadi adalah: fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosiokultural.

*Theory of Comfort* menganggap pasien sebagai individu, keluarga, institusi, atau komunitas yang membutuhkan perawatan kesehatan. Lingkungan adalah setiap aspek dari lingkungan pasien, keluarga, atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat atau orang yang dicintai untuk meningkatkan kenyamanan. Kesehatan dianggap sebagai fungsi optimal pada pasien, seperti yang didefinisikan oleh pasien, kelompok, keluarga, atau komunitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. A. 2019. *Buku Ajar Konsep-Konsep Dasar Dalam Keperawatan Komunitas*. Deepublish Publisher.
- Faridasari, I., Herlina, L., Supriatin, S., & Pirianiti, F. 2021. Hubungan Antara Caring dengan Tingkat Kepuasan Pasien dalam Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan*, 12(2), 137–144.
- Frisca, S., Purnawinadi, I. G., Ristonilassius, R., Yunding, J., Panjaitan, M. D., Khotimah, K., Febrianti, N., Hidayat, W., Megasari, A. L., & Dewi, A. R. 2022. *Penelitian Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Herdiana, I. 2019. Resiliensi Keluarga: Teori, Aplikasi dan Riset. *Proceeding National Conference Psikologi UMG 2018*, 1(1), 1–12.
- Kusumaningrum, B. R., Winarni, I., Setyoadi, S., Kumboyono, K., & Ratnawati, R. 2013. Pengalaman Perawat Unit Gawat Darurat (UGD) Puskesmas dalam Merawat Korban Kecelakaan Lalu Lintas. *Journal of Nursing Science Update (JNSU)*, 1(2), 83–90.
- Meliza, C. P., & Anisah, N. 2017. Analisis Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Pemulihan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Aceh. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Ilmu Sosial & Ilmu Politik*, 2(2), 151–170.
- Pieter, H. Z. 2017. *Dasar-dasar Komunikasi Bagi Perawat*. Prenada Media.
- Rofii, M. 2021. *Teori dan Falsafah Keperawatan*. Fakultas kedokteran Universitas Diponegoro.
- Septiwi, C., & Setiaji, W. R. 2020. Penerapan Model Adaptasi Roy pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Penyakit Ginjal Kronis. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 16(2), 101–111.

- Simbolon, S., Siregar, H. K., Sugiarto, A., Siringoringo, S. N., Rahmasari, R., Hutapea, A. D., Tendean, A. F., Al Ashri, A., Praghlapati, A., & Lumintang, C. T. 2023. *Falsafah dan Teori dalam Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Yusuf, A., Tristiana, R., Fitryasari, R., & Aditya, R. S. 2017. *Riset Kualitatif Dalam Keperawatan*. Mitra Wacana Media.

# **BAB 6**

## **PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN MANUSIA**

*Oleh Zakiyah*

### **6.1 Pendahuluan**

Pertumbuhan dan perkembangan adalah proses yang berkesinambungan yang terjadi secara berurutan melalui proses yang dapat diprediksi mulai dari masa pembentukan di intrauterin dan terus berlangsung sampai dewasa hingga sampai kematian (Soetjiningsih & Rahul, 2013; Potter et al, 2010). Pada dasarnya, setiap orang akan melewati proses tumbuh kembang sesuai dengan tahapan usianya. Bila pertumbuhan dan perkembangannya sesuai dengan ciri-ciri tumbuh kembang pada usianya, berarti orang tersebut berhasil menyesuaikan diri secara normal, begitupun sebaliknya jika pertumbuhan dan perkembangan orang tersebut tidak sesuai dengan ciri tumbuh kembang pada usianya, berarti dapat dikatakan orang tersebut mengalami penyimpangan dalam tumbuh kembang (Depkes RI, 2010).

Dalam proses mencapai kemajuan dan kematangannya dirinya, seorang individu harus melalui berbagai tahapan tumbuh kembang. Tahapan tumbuh kembang perlu dipahami oleh seorang perawat sebagai tenaga kesehatan profesional, dimana dalam melaksanakan peran dan fungsinya senantiasa berinteraksi dengan manusia dari berbagai kalangan usia. Kemampuan perawat dalam memahami tumbuh kembang manusia akan mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan. Perawat yang kurang memahami tugas pertumbuhan dan

perkembangan klien, dapat mengalami kesulitan bahkan kegagalan dalam berinteraksi dengan klien dan asuhan keperawatan yang dihasilkan kurang berkualitas, sedangkan perawat yang memahami tugas pertumbuhan dan perkembangan kliennya akan dapat lebih mudah membangun hubungan interpersonal dan menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas. Bab ini membahas tentang pertumbuhan dan perkembangan manusia.

## **6.2 Pengertian**

Pertumbuhan dan perkembangan adalah proses sinkronisasi yang bersifat saling berkaitan dalam kesehatan setiap orang. Seseorang mengalami perubahan secara kuantitatif dan kualitatif dalam pertumbuhan dan perkembangannya (Potter *et al*, 2010).

### **6.2.1 Pertumbuhan**

Pertumbuhan adalah proses kuantitatif dimana terjadinya penambahan dalam jumlah dan ukuran sel dalam tubuh seseorang. Pada saat seseorang mengalami pertumbuhan, maka sel di dalam tubuhnya bertambah banyak, jaringan dan organ tubuhnya pun semakin besar atau meningkat (Arum, 2021). Indikator ukuran pertumbuhan yaitu: perubahan tinggi dan berat badan, gigi, struktur tulang, dan ciri-ciri seksual (Potter *et al*. 2010).

### **6.2.2 Perkembangan**

Perkembangan adalah aspek progresif adaptasi terhadap lingkungan yang bersifat kualitatif (Potter *et al*, 2010). Perkembangan adalah proses pematangan sel-sel tubuh menuju kedewasaan, yang didalamnya terkandung serangkaian perubahan yang berlangsung secara terus menerus dan bersifat tetap dari fungsi-fungsi jasmani dan rohani yang dimiliki

seseorang menuju tahap kematangan melalui tumbuh-matang-dan belajar (Arum, 2021).

### 6.3 Prinsip Pertumbuhan dan Perkembangan

Prinsip dasar yang menjadi pembeda antara pertumbuhan dan perkembangan, dapat dilihat pada tabel 6.1 sebagai berikut:

**Tabel 6.1.** Prinsip Dasar yang Membedakan Pertumbuhan dan Perkembangan

| Pertumbuhan                                                                                                        | Perkembangan                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bersifat kuantitatif, dapat diukur                                                                                 | Bersifat kualitatif, tidak dapat diukur, dapat diprediksi terjadi dengan pola yang konsisten dan kronologis                                                 |
| Berhenti pada usia tertentu                                                                                        | Terarah dan berlangsung sepanjang daur kehidupan manusia                                                                                                    |
| Akan berhenti di batas tertentu                                                                                    | Tidak terbatas                                                                                                                                              |
| Bersifat struktural                                                                                                | Bersifat fungsional                                                                                                                                         |
| Ada perubahan fisik                                                                                                | Ada perubahan kemampuan dan karakter. Unik untuk setiap individu. Setiap individu mencari potensi maksimum perkembangan                                     |
| Terarah dan berlangsung dengan cara <i>Cephalocaudal</i> (berlangsung dari kepala ke arah bawah dari bagian tubuh) | Terarah dan berlangsung dengan cara <i>proximadistal</i> (dari pusat tubuh ke arah luar) dan <i>differentiation</i> (dari hal mudah ke yang lebih kompleks) |



|   |                                                                                      |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|
| - | Terjadi melalui adanya konflik dan adaptasi, dari keseimbangan dan ketidakseimbangan |
| - | Memiliki tantangan tugas-tugas tertentu yang harus dicapai sesuai usia dan kemampuan |
| - | Membutuhkan stimulasi, praktik, dan tenaga/upaya.                                    |

(diadaptasi dari Potter&Perry,2005 dan Arum, 2021)

## 6.4 Teori Pertumbuhan dan Perkembangan

Beberapa teori seperti teori psikoseksual, teori psikososial, teori perkembangan kognitif, teori perkembangan moral, dan teori kebutuhan manusia, mendukung tentang pertumbuhan dan perkembangan manusia. Berbagai teori ini dibangun dan dikembangkan berdasarkan pada perspektif bagaimana manusia dilihat dan aspek perkembangan apa yang menjadi penekanannya. Beberapa teori yang membahas tentang pertumbuhan dan perkembangan manusia, adalah sebagai berikut:

### 6.4.1 Teori Psikoseksual (Sigmund Freud, 1856-1939)

Teori psikoseksual berpandangan bahwa perkembangan manusia diperoleh melalui pemuasan hasrat. Kesenangan berubah dari satu erogenus tubuh ke tempat lain. Jika pemuasan hasrat berlebihan atau dihambat, individu dapat tersangkut secara emosional pada tahapan tertentu. Tahap perkembangan menurut Sigmund Freud,dalam Lants & Ray, (2022) yaitu:

- 1) Fase Oral (0-12/18 bulan)/Bayi  
Terjadi pada awal kehidupan manusia, pemuasan kebutuhan/hasrat berpusat di sekitar mulut/oral, dengan karakteristik yang timbul adalah *dependency*.  
Ciri: melibatkan aktivitas mulut sebagai sumber utama kenikmatan, seperti menghisap, menggigit, mengunyah
- 2) Fase Anal (12/18 bulan-3 tahun)/Todler  
Anak belajar menunda *pleasure* sebagai pemuasan kebutuhan, masa-masa dimana anak mulai *toilet training*.  
Ciri: keras kepala (anal retentiveness) atau berantakan/destruktif/kejam (anal explosiveness), mengotori adalah aktivitas umum yang sering ditemukan pada anak di fase ini.
- 3) Fase *Phallic* (3-6 tahun)  
Anak mulai terokupasi dengan organ-organ genital. Manipulasi genitalia menghasilkan sensasi yang bisa menyenangkan. Masturbasi dimulai dan keingintahuan seksual menjadi terbukti.
- 4) Fase *Latency* (5-12 tahun)/masa sekolah  
Dorongan-dorongan seksual dan pleasure dari tahap sebelumnya berada dalam tahap yang *latent*. Periode ini adalah periode tenang dimana kegiatan seksual tersebut tidur, akan tetapi anak tetap terikat dalam aktivitas erogenus dengan teman sebaya yang sama jenis kelaminnya.
- 5) Fase Genitalia (>12 tahun)/pubertas-dewasa  
Genitalia menjadi pusat dari tekanan dan kesenangan seksual. Individu mulai mencintai individu lain dalam motif-motif *altruistic (unselfish)*. Produksi hormon seksual menstimulasi perkembangan hubungan heteroseksual.

#### 6.4.2 Teori Psikososial (Erik Erikson, 1902-1994)

Tahapan Perkembangan Psikososial Erikson adalah teori yang diperkenalkan pada 1950-an oleh psikolog dan psikoanalisis Erik Erikson. Teori psikososial dibangun di atas teori Freud tentang perkembangan psikoseksual dengan menggambar kesejajaran pada tahap masa kanak-kanak sambil memperluasnya untuk memasukkan pengaruh dinamika sosial serta perluasan perkembangan psikososial hingga dewasa.

Teori psikososial mengemukakan delapan tahap berurutan dari perkembangan manusia sebagai individu yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan sosial sepanjang usia. Selain itu, teori psikososial berpandangan bahwa setiap tahap memiliki krisis personal yang melibatkan konflik utama yang kritis pada saat itu. Perkembangan ego sangat dipengaruhi oleh pengaruh sosial dan kultural, dan kesuksesan hasil dari setiap krisis melibatkan perkembangan dari kebaikan yang khusus. Kesuksesan penguasaan terhadap setiap konflik dibangun pada keberhasilan penyelesaian pusat konflik sebelumnya. Teori ini menunjukkan pentingnya hereditas dan lingkungan dan memiliki dasar epigenetik. Perkembangan ditentukan oleh prinsip genetik dan berlangsung terus sepanjang tahapan usia. Tahap perkembangan menurut Erikson, 1950 dalam Oreinstein & Lewis, 2022, yaitu:

- 1) Tahap 1- Masa Bayi (sejak lahir - 1 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Kepercayaan vs. Ketidakpercayaan.
  - b. Sifat baik/kebajikan: *Hope* (Harapan).
  - c. *Maldevelopment: Withdrawal* (Menarik Diri).
  - d. Tahap Freudian bersamaan: tahap oral.
  - e. Contoh: Lingkungan yang aman disediakan oleh pengasuh, dengan akses reguler ke kasih sayang dan makanan

- 2) Tahap 2 – Masa Anak Usia Dini (1 – 3 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Otonomi vs. Malu, ragu.
  - b. Sifat baik/Kebajikan: *Will* (kesediaan).
  - a. *Maldevelopment: Compulsion* (Paksaan).
  - b. Tahap Freudian bersamaan: tahap anal.
  - c. Contoh: Pengasuh mempromosikan/ meningkatkan swasembada sambil menjaga lingkungan yang aman.
- 3) Tahap 3 – Periode usia bermain/kanak-kanak (3-6 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Inisiatif vs. Rasa bersalah.
  - b. Sifat baik/Kebajikan: Tujuan.
  - c. *Maldevelopment: Penghambatan*.
  - d. Tahap Freudian bersamaan: tahap genital
  - e. Contoh: Pengasuh mendorong, mendukung, dan membimbing inisiatif dan minat anak itu sendiri
- 4) Tahap 4 – Periode Usia Sekolah (6 – 12 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Industri vs. Inferioritas.
  - b. Sifat baik/Kebajikan: Kompetensi.
  - c. *Maldevelopment: Inersia* (pasif)
  - d. Tahap Freudian bersamaan: tahap latensi.
  - e. Contoh: Harapan yang masuk akal ditetapkan di sekolah dan di rumah, dengan pujian atas prestasi mereka
- 5) Tahap 5 – Masa remaja (12 -18 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Identitas vs. Kebingungan identitas.
  - b. Sifat baik/Kebajikan: Kesetiaan.
  - c. *Maldevelopment: Penolakan*
  - d. Contoh: Individu menimbang pengalaman mereka sebelumnya, ekspektasi masyarakat, dan aspirasi mereka dalam membangun nilai dan 'menemukan diri mereka sendiri.'

- 6) Tahap 6 – Masa Dewasa Muda (18 – 21 sampai 40 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Keintiman vs. Isolasi.
  - b. Sifat baik/Kebajikan: Cinta.
  - c. *Maldevelopment*: Distansiasi.
  - d. Contoh: Individu membentuk persahabatan dekat atau kemitraan jangka panjang.
- 7) Tahap 7 – Masa dewasa (40-65 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Generativitas vs. Stagnasi/Penyerapan diri.
  - b. Sifat baik/Kebajikan: Merawat/Perawatan.
  - c. *Maldevelopment*: Penolakan.
  - d. Contoh: Keterlibatan dengan generasi berikutnya melalui pengasuhan, pembinaan, atau pengajaran
- 8) Tahap 8 – Masa Tua (> 65 tahun)
  - a. Tugas utama perkembangan: Integritas vs. Keputusasaan.
  - b. Sifat baik/Kebajikan: Kebijaksanaan
  - c. *Maldevelopment*: Penghinaan
  - d. Contoh: Kontemplasi dan pengakuan pencapaian kehidupan pribadi

#### **6.4.3 Teori Perkembangan Kognitif (Jean Piaget: 1896-1980)**

Teori perkembangan kognitif muncul dan diperkenalkan oleh Jean Piaget dan berkembang pada abad ke-20. Piaget mengemukakan bahwa ketika bayi muda mengalami suatu peristiwa, mereka memproses informasi baru dengan menyeimbangkan antara asimilasi dan akomodasi. Asimilasi menerima informasi baru dan menyesuaikannya dengan skema mental yang dipahami sebelumnya, sementara akomodasi menyesuaikan dan merevisi skema mental yang direncanakan sebelumnya sesuai dengan informasi baru. Piaget membagi perkembangan anak menjadi empat tahap (Malik & Marwaha, 2022), sebagai berikut:

- 1) Tahap pertama, Sensorimotor (usia 0 sampai 2 tahun). Tahap ini terjadi saat anak menguasai dua fenomena: **kausalitas dan objek permanen**. Bayi menggunakan indera dan kemampuan motorik mereka untuk memanipulasi lingkungan mereka dan belajar tentang lingkungan. Mereka memahami hubungan sebab-akibat seperti mengguncang mainan dapat menghasilkan suara dan dapat mengulanginya atau bagaimana tangisan dapat membuat orang tua terburu-buru untuk memberi mereka perhatian. Segera dengan pematangan lobus frontal dan perkembangan memori, bayi dapat membuat skema mental dan dapat membayangkan apa yang mungkin terjadi tanpa menimbulkan efek secara fisik dan dengan demikian merencanakan tindakan dengan lebih baik (munculnya pemikiran). Keabadian objek muncul sekitar usia enam bulan. Ini adalah konsep bahwa objek terus ada meskipun saat ini tidak terlihat.
- 2) Tahap "pra-operasional" (2 sampai 7 tahun). Tahap ini terjadi ketika seorang anak dapat menggunakan representasi mental, pemikiran simbolik, dan bahasa. Bayi belajar meniru dan berpura-pura bermain. Dia egosentris, yaitu, tidak dapat memahami bahwa orang dapat berpikir secara berbeda darinya, dan segala sesuatu (baik atau buruk) entah bagaimana terkait dengannya. Tahap ini diikuti oleh tahap berikutnya yang disebut tahap operasional konkrit
- 3) Tahap "operasional konkrit" (7 sampai 11 tahun). Tahap ini terjadi ketika anak menggunakan operasi logika saat memecahkan masalah, termasuk penguasaan penalaran induktif dan konservasi.
- 4) Tahap operasional formal (12 tahun ke atas). menunjukkan seorang remaja dapat menggunakan operasi logis dengan kemampuan menggunakan abstraksi. Dia dapat memahami

teori dan berhipotesis serta memahami ide-ide abstrak seperti cinta dan keadilan.

#### **6.4.4 Teori Perkembangan Moral (Kohlberg: 1968)**

Teori perkembangan moral yang dikemukakan oleh Kohlberg didasari oleh perkembangan kognitif Piaget. Kohlberg berpandangan bahwa perkembangan kognitif mendasari kemajuan moral seseorang dari tahap 1 ke tahap berikutnya. Tahapan ini terjadi dalam urutan yang sama, berdasarkan kultur, dan kecepatan serta kemampuan setiap individu berbeda untuk melalui setiap tahapan. Kohlberg mengembangkan tiga tahap piaget menjadi 6 tahap dalam seluruh proses berkembangnya dengan pertimbangan moral anak dan orang muda (Nida, 2013), sebagai berikut:

1) **Tingkat I: Tingkat Prakonvensional (lahir – 9 tahun).**

Tahap ini juga dikenal dengan tingkat premoral. Terdapat sedikit kewaspadaan tentang apa yang dimaksud dengan perilaku moral yang bisa diterima secara sosial. Kontrol didapat dari luar. Pada tingkat I ini terdapat dua tahap, yaitu:

a. **Tahap Orientasi hukuman dan kepatuhan (lahir – 6 tahun).**

Orientasi pada hukuman dan rasa hormat yang tidak dipersoalkan terhadap kekuasaan yang lebih tinggi. Peraturan dari orang lain diikuti untuk menghindari hukuman.

b. **Tahap orientasi relativis-instrumental ( 6-9 tahun).**

Perbuatan yang benar adalah perbuatan yang secara instrumental memuaskan kebutuhan individu sendiri dan kadang-kadang kebutuhan orang lain. Hubungan dengan orang lain dipandang seperti hubungan di tempat umum. Terdapat kewajaran, timbal balik, dan persamaan pembagian, akan tetapi semuanya itu selalu

ditafsirkan secara fisik pragmatis, timbal balik, dan bukan soal kesetiaan, rasa terima kasih atau keadilan. Di tahap ini anak menyesuaikan minat diri sendiri dengan aturan, dan anak berasumsi bahwa mereka akan menerima penghargaan atau bantuan orang lain.

2) Tingkat II: Konvensional (9 -13 tahun)

Tingkat ini dikenal dengan tahap moralitas konvensional, juga digambarkan sebagai tahap kompromis. Pada tingkat ini anak hanya menuruti harapan keluarga, kelompok atau bangsa, dan dipandanginya sebagai hal yang bernilai dalam dirinya, tanpa menghiraukan akibatnya. Selain berupaya menyesuaikan diri dengan lingkungan sosialnya, anak juga berupaya mempertahankan, mendukung, dan membenarkan tatanan sosial tersebut. Tingkat ini memiliki dua tahapan, yaitu:

- a. Tahap orientasi kesepakatan antara pribadi atau orientasi "anak manis" bagi perempuan, dan "anak baik" bagi laki-laki (9 – 10 tahun).

Pada tahap ini perilaku yang baik adalah perilaku yang menyenangkan atau membantu orang lain dan disetujui oleh orang lain. Keinginan untuk menyenangkan dan membantu orang lain adalah hal yang paling sering dilakukan. Anak menyesuaikan diri untuk menghindari penolakan orang lain.

- b. Tahap orientasi hukum dan ketertiban (10-13 tahun).  
Tahap ini juga dikenal dengan tahap otoritas mempertahankan moralitas. Dimana anak memiliki orientasi pada otoritas, peraturan pasti, dan pemeliharaan tata aturan sosial. Anak melakukan kewajiban untuk menghindari kritik oleh yang berwenang. Anak menjalankan tugas, memperlihatkan rasa hormat terhadap otoritas, dan pemeliharaan tata sosial tertentu demi tata aturan itu sendiri. Orang



mendapatkan rasa hormat dengan berperilaku menurut kewajibannya.

3) Tingkat III: Pasca Konvensional (>13 tahun).

Tingkat ini dikarakteristikkan dengan adanya:

- a. Dorongan menuju prinsip moral otonom.
- b. Mandiri.
- c. Memiliki validitas dan penerapan.
- d. Terlepas dari otoritas orang lain atau kelompok-kelompok yang memegangnya.
- e. Terlepas dari identifikasi si individu dengan pribadi orang lain atau kelompok tersebut.
- f. Ada usaha pasti untuk merumuskan nilai-nilai dan prinsip moral yang memiliki keabsahan dan dapat diterapkan.
- g. Terlepas dari otoritas kelompok atau orang yang berpegang pada prinsip tersebut.

Tingkat ini memiliki dua tahapan, yaitu:

- a. Tahap Orientasi kontraktual sosial dan legalistik.  
Di tahap ini orang memiliki prinsip untuk mematuhi atau meninggalkan aturan.
- b. Tahap orientasi prinsip etika universal.  
Ditahap ini orang bersikap dalam cara yang menghargai martabat. Orientasi pada keputusan suara hati dan prinsip-prinsip etis yang dipilih sendiri, mengacu pada pemahaman logis, menyeluruh, universal, dan konsisten.

#### **6.4.5 Teori Kebutuhan Manusia (Abraham Maslow: 1908-1970)**

Teori lain yang dapat dipelajari dalam memahami pertumbuhan dan perkembangan manusia adalah teori tentang kebutuhan manusia yang dikembangkan oleh Maslow tahun 1970. Teori ini menggambarkan hirarki kebutuhan manusia

yang memotivasi berbagai perilaku manusia. Teori ini berpandangan bahwa saat kebutuhan yang paling dasar terpenuhi, orang akan berupaya untuk mencari kepuasan pada tingkat yang lebih tinggi dari kebutuhan dasar tersebut. Terdapat 5 tingkat hirarki yang menggambarkan kebutuhan dasar manusia (Potter&Perry, 2005):

- 1) Kebutuhan Fisiologis; bagian bawah hirarki (udara, air, makanan, dll) harus lebih dahulu dipenuhi sebelum seseorang dapat memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi dalam hirarki (persahabatan, aktualisasi diri, dll)(Hayre-Kwan, S. Et al., 2021).
- 2) Kebutuhan Keselamatan; bagian kedua hirarki (keamanan pribadi, pekerjaan, kesehatan, tempat tinggal, dll) dipenuhi setelah hirarki pertama terpenuhi. Kepuasan kebutuhan keselamatan membuat seseorang merasa selamat dan aman.
- 3) Kebutuhan Rasa Memiliki dan Cinta; bagian ketiga hirarki (pertemanan, keluarga, dll) terpenuhi setelah hirarki pertama dan kedua terpenuhi. Rasa memiliki membuat seseorang dapat bergabung dan diterima orang lain.
- 4) Kebutuhan Penghargaan; bagian keempat hirarki (respek, status, harga diri, dll) dapat terpenuhi setelah 3 hirarki dibawahnya terpenuhi. Penghargaan membuat seseorang meningkatkan persetujuan dengan orang lain.
- 5) Aktualisasi Diri; Bagian kelima atau puncak dari hirarki. Setelah keempat hirarki dibawahnya terpenuhi, seseorang dapat memperoleh kepuasan dirinya setelah mengenali dan mendapatkan pemenuhan potensi diri sendiri.

Hirarki kebutuhan dasar manusia menurut Maslow dapat dilihat pada gambar 6.1. sebagai berikut:



**Gambar 6.1.** Hirarki Kebutuhan Dasar Maslow  
(Sumber: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>)

Dalam perspektif keperawatan, manusia merupakan makhluk Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual, sistem kompleks, dan terbuka yang sepanjang daur kehidupannya dipengaruhi oleh dorongan/faktor dari internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi perkembangan.

## **6.5 Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia**

Tahapan Pertumbuhan dan perkembangan manusia, yaitu:

### **6.5.1 Janin (Kehidupan Intrauterin)**

Pertumbuhan dan perkembangan manusia diawali dengan kehidupan di intrauterin/dalam kandungan ibu selama

9 atau 10 bulan. Tahapan kehidupan ini di mulai dari saat terjadinya konsepsi. Mulai dari fertilisasi yang membentuk zigot-morula-blastosit-berkembang menjadi embrio-janin.



**Gambar 6.2.** Pertumbuhan Embrio Manusia  
(sumber: <https://www.istockphoto.com/>)

### 6.5.2 Kehidupan Ekstrauterin

Awal pertumbuhan dan perkembangan manusia pada kehidupan ekstrauterin adalah setelah ibu melahirkan bayi. Transisi dari kehidupan intra ke ekstrauterin memerlukan perubahan yang cepat pada bayi baru lahir. Di fase ini bayi mulai bisa bernafas sendiri, organ-organ tubuh sudah bekerja, saraf dan otot yang berkembang mulai membentuk awal kesadaran bayi untuk bergerak. Di fase ini, seorang perawat mulai melakukan pengkajian dan pemenuhan kebutuhan bayi

secara fisik dan mengembangkan ikatan emosional bayi dengan ibu.

Keyle & Carman, 2015, menjelaskan pertumbuhan dan perkembangan manusia, sebagai berikut:

1) Bayi baru lahir dan bayi.

Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah:

- a. Pertumbuhan fisik: Berat Badan, Panjang Badan, Lingkar Kepala dan dada.
- b. Kematangan sistem organ: sistem neurologi (status kesadaran, pertumbuhan otak, refleks), sistem pernafasan (pernafasan 30-60 kali/menit pada bayi baru lahir, dan mulai melambat 20-30 kali/menit pada bayi usia 12 bulan), Sistem kardiovaskuler (TD 60/40 – 100/50, nadi 120-140 kali/menit), sistem gastrointestinal (gigi, pencernaan, feses), sistem genitourinarius, sistem integumen, sistem hematopoietik, sistem imunologi.
- c. Psikososial (mengacu pada teori Erikson, difase ini krisis psikososial yang terjadi adalah masa di mana bayi percaya vs tidak percaya)
- d. Kognitif (mengacu pada teori Jean Piaget, bayi berada pada tahap sensorimotor)
- e. Motorik (motorik kasar dan motorik halus; sefalokaudal ke proksimadistal)
- f. Sensorik (penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, perabaan)
- g. Komunikasi dan bahasa: menangis adalah satu-satunya cara bayi berkomunikasi dengan orang lain)
- h. Sosial dan emosional: Bayi lebih banyak menghabiskan waktunya untuk tidur.

## 2) Todler

- a. Pertumbuhan fisik: Berat Badan bertambah 1,4-2,3 kg per tahun, Panjang Badan meningkat 7,5 cm per tahun, Lingkar Kepala bertambah 2,54 cm sampai usia 2 tahun dan 1,27 cm pertahun sampai usia 5 tahun.
- b. Kematangan sistem organ: sistem neurologi (pertumbuhan otak 80% dari ukuran orang dewasa), sistem pernafasan (jumlah alveoli terus meningkat sampai usia 7 tahun), Sistem kardiovaskuler (frekuensi jantung menurun dan TD meningkat), sistem gastrointestinal (lambung dan organ pencernaan lainnya terus mengalami perkembangan), sistem genitourinarius (urin 1 ml/kg/jam), sistem muskuloskeletal (panjang tulang bertambah dan otot matang serta menjadi lebih kuat)
- c. Psikososial (mengacu pada teori Erikson)
- d. Kognitif (mengacu pada teori Jean Piaget)
- e. Motorik (motorik kasar: mulai berjalan sendiri - berlari dengan mudah; motorik halus: menggunakan jari untuk menunjuk- melepaskan pakaian sendiri)
- f. Sensorik (penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, perabaan)
- g. Komunikasi dan bahasa (bahasa reseptif lebih berkembang dibandingkan bahasa ekspresif)
- h. Sosial dan emosional (cemas akibat perpisahan, temperamen, ketakutan)
- i. Moral dan spiritual (mengacu pada teori Kohlberg)

## 3) Anak Prasekolah

- a. Pertumbuhan fisik: Berat Badan bertambah 2,3 kg per tahun, Panjang Badan meningkat 6,5 - 7,8 cm per tahun.

- b. Kematangan sistem organ: sebagian besar telah matang.
- c. Psikososial (mengacu pada teori Erikson)
- d. Kognitif (mengacu pada teori Jean Piaget)
- e. Moral dan Spiritual: anak sudah memahami konsep benar dan salah dan berkembang kesadarannya (mengacu pada teori Kohlberg)
- f. Motorik (motorik kasar: sudah tangkas dalam berdiri, berjalan, berlari, dan melompat; motorik halus: pandai menggunakan setiap jari tangannya untuk melakukan gerakan dan aktivitas)
- g. Sensorik (penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, perabaan)
- h. Komunikasi dan bahasa: 75% pembicaraan dapat dipahami orang dewasa, kosa kata terus bertambah
- i. Sosial dan emosional (memiliki pertemanan, temperamen, ketakutan)

#### 4) Anak Usia Sekolah

- a. Pertumbuhan fisik: Berat Badan bertambah 3-5 kg per tahun, Panjang Badan meningkat 6-7 per tahun.
- b. Kematangan sistem organ: Neurologi (pertumbuhan otak lengkap pada saat usia 10 tahun), Pernafasan (terus berkembang seiring dengan berkembangnya paru dan alveoli), kardiovaskuler (TD meningkat, denyut nadi menurun, pertumbuhan jantung melambat selama usia pertengahan), gastrointestinal (gigi primer tanggal dan diganti dengan gigi permanen), genitourinarius (kapasitas kandung kemih meningkat), muskuloskeletal (koordinasi dan kekuatan meningkat), Imun (IgA dan IgG tumbuh dan berkembang sampai sekitar usia 10 tahun)
- c. Psikososial (mengacu pada teori Erikson)

- d. Kognitif (mengacu pada teori Jean Piaget)
- e. Moral dan Spiritual (mengacu pada teori Kohlberg)
- f. Motorik (motorik kasar; motorik halus)
- g. Sensorik (penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan, perabaan)
- h. Komunikasi dan bahasa: kosa kata terus bertambah.
- i. Sosial dan emosional (temperamen, perkembangan harga diri, citra tubuh, ketakutan, memiliki hubungan teman sebaya, memiliki pengaruh dari guru dan sekolah, pengaruh dari keluarga)

#### 5) Remaja

- a. Pertumbuhan fisik: terjadi perubahan fisiologis baik pada laki-laki maupun perempuan berkaitan dengan pubertas.
- b. Kematangan sistem organ: pada masa remaja metabolisme melambat dengan ukuran beberapa organ meningkat. Laju metabolisme dasar mengalami peningkatan selama akhir masa remaja mencapai tingkat orang dewasa.
- c. Psikososial (mengacu pada teori Erikson)
- d. Kognitif (mengacu pada teori Jean Piaget)
- e. Moral dan Spiritual (mengacu pada teori Kohlberg)
- f. Motorik kasar: kecepatan dan keakuratan meningkat, koordinasi semakin membaik; motorik halus: koordinasi mata-tangan dan ketangkasan jari semakin baik, keterampilan motorik halus juga meningkat ketika remaja menggunakan komputer/gadget.
- g. Komunikasi dan bahasa terus mengalami perkembangan dan peningkatan.
- h. Perkembangan sosial dan emosional (hubungan dengan orangtua mengalami perubahan seiring dengan lebih banyak menghabiskan waktu dengan teman



sebayu, teman sebaya lebih penting bagi remaja, kekhawatiran tentang konsep diri dan citra tubuh, mulai ada ketrtarikan dengan lawan jenis)

## 6) Dewasa

Potter&Perry (2005), membagi perkembangan kelompok dewasa menjadi dewasa awal dan dewasa tengah.

### a. Dewasa Awal

#### a) Fisiologis

Pertumbuhan fisik sudah lengkap pada usia 20 tahun. Karakteristik fisik mengalami perubahan mendekati usia baya.

#### b) Kognitif

Kemampuan berpikir rasional meningkat. Pengalaman pendidikan, pengalaman hidup, dan pekerjaan secara langsung dapat meningkatkan kemampuan seorang dewasa untuk menyelesaikan masalah, meningkatkan konsep diri, dan meningkatkan keterampilan lainnya, seperti motorikk.

#### c) Psikososial

Merujuk pada teori Erikson, orang dewasa awal mulai berpikir dan fokus pada pekerjaan dan sosial, dan berupaya meningkatkan status sosial ekonomi. Berkarir, menikah, memiliki anak adalah hal yang sering dilakukan oleh orang dewasa awal.

### b. Dewasa Tengah

#### a) Fisiologis

Terjadi perubahan fisiologis pada beberapa sistem tubuh, seperti pada sistem integumen (pigmentasi, turgor kulit, rambut mulai rontok, dll), sistem reproduksi: wanita (siklus, durasi, dan kualitas menstruasi mengalami perubahan); pria

(pembesaran prostat), sistem muskuloskeletal (massa otot dan rentang gerak sendi mengalami penurunan, sistem kardiovaskuler dan sistem neurologis pada beberapa orang dewasa tengah masih dalam kondisi normal.

b) Kognitif

Tidak ada perubahan fungsi kognitif pada orang dewasa tengah

c) Psikososial

Orang dewasa tengah dihadapkan pada keadaan di mana anak-anak sudah besar, memiliki karir sendiri, menikah/berkeluarga sehingga anak keluar atau pindah dari rumah orangtua mereka ke kehidupan mereka yang baru.

7) Lansia

1. Fisiologis

Lansia mengalami banyak perubahan fisik dan fisiologis seiring dengan proses menua.

2. Kognitif

Beberapa lansia masih dapat mempertahankan fungsi kognitifnya, dan beberapa lansia lainnya mengalami kerusakan kognitif akibat trauma psikologis dan emosi yang dialaminya.

3. Psikososial

Lansia menghadapi masa pensiun, dan kehilangan pasangan. Terjadi perubahan peran sosial, tanggung jawab keluarga, dan status kesehatan. Beberapa lansia memilih hidup dengan anggota keluarganya, dan sebagian lainnya memilih tinggal sendiri.

## **6.6 Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia**

Faktor – faktor yang mempengaruhi perkembangan manusia menurut Balasundaram & Avulakunta (2023), adalah:

### **6.6.1 Faktor Genetik**

Faktor genetik sangat kuat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, seperti: Jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik (tinggi badan, indeks massa tubuh), sikap tubuh, dan ciri khas lain yang lebih spesifik pada seseorang.

### **6.6.2 Faktor Kesehatan janin**

Stimulus atau gangguan yang terjadi selama perkembangan janin menyebabkan adaptasi perkembangan dan akan menghasilkan perubahan yang menetap di bagian akhir kehidupan seseorang.

### **6.6.3 Faktor Lingkungan**

Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan manusia, meliputi: musim, iklim, kehidupan sehari-hari.

### **6.6.4 Faktor Sosial Ekonomi**

Tingkat sosial ekonomi yang tinggi memiliki pengaruh yang lebih positif terhadap pertumbuhan dan perkembangan dibandingkan sosial ekonomi rendah.

### **6.6.5 Karakteristik Keluarga**

Tingkat pendidikan keluarga yang tinggi memiliki dampak positif bagi pertumbuhan. Dukungan emosi dan stimulus perkembangan yang kurang dapat menyebabkan kemunduran pertumbuhan dan perkembangan.

### **6.6.6 Nutrisi**

Malnutrisi, defisiensi mineral (kekurangan zat besi, selenium, yodium, mangan, dan tembaga) dapat menyebabkan retardasi pertumbuhan dan menghambat perkembangan. Pertumbuhan yang kurang ajeg atau kenaikan berat badan yang cepat, dan pola makan yang tidak sehat juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan.

### **6.6.7 Lingkungan Buatan Manusia**

Polutan, paparan timbal yang berlebihan, polusi udara, memiliki pengaruh yang besar terhadap pertumbuhan dan perkembangan.

### **6.6.8 Peran Pengalaman masa kanak-kanak**

Pengalaman masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, pengabaian, anak yang diadopsi pada usia lebih dari 6 bulan memiliki risiko tinggi mengalami defisit kognitif, masalah perilaku, autisme, dan hiperaktif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Fatima Malik;Raman Marwaha. 2023. *Cognitive Development*. StatPearls Publishing LLC. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537095/>.
- Gabriel A. Orenstein; Linda Lewis. 2023. *Eriksons Stages of Psychosocial Development*. StatPearls Publishing LLC. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>.
- Hayre-Kwan, S. *et al*. 2021. 'Nursing and Maslow's Hierarchy: A Health Care Pyramid Approach to Safety and Security During a Global Pandemic', *Nurse Leader*, 19(6), pp. 590–595. doi: 10.1016/j.mnl.2021.08.013.
- Kemenkes RI. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi Dini dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak Di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta-Indonesia: Kemenkes RI.
- Khoirun Nida, F. L. 2013. 'Intervensi Teori Perkembangan Moral Lawrence Kohlberg Dalam Dinamika Pendidikan Karakter', *Edukasia : Jurnal Penelitian Pendidikan Islam*, 8(2), pp. 271–290. doi: 10.21043/edukasia.v8i2.754.
- Palanikumar Balasundaram; Indirapriya Darshini Avulakunta. 2023. *Human Growth and Development*. StatPearls Publishing LLC. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567767/>.
- Patricia A. Potter; Anne Griffin Perry; Dripa Sjabana: Edward Tanujaya. 2010. *Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan*. Buku 1 edi. Jakarta-Indonesia: Salemba Medika.
- Rifda Arum. 2021. *Pertumbuhan dan Perkembangan Manusia: Pengertian, Ciri, Perbedaan, dan Faktor*, *Gramedia Blog*. Available at: <https://www.gramedia.com/literasi/pertumbuhan-dan-perkembangan-manusia/>.

- Sarah E. Lantz; Sagarika Ray. 2023. *Freud Developmental Theory*. StatPearls Publishing LLC. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557526/>.
- Saul Mcleod. 2023. *Maslow's Hierarchy Of Needs, Simply Scholar*. Available at: <https://www.simplypsychology.org/maslow.html>.
- Soetjiningsih; IG.N. Gde Ranuh. 2013. *Tumbuh Kembang Anak*. 2nd edn. Jakarta-Indonesia: EGC.
- Terri Kyle; Susan Carman. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri*. 2nd edn. Edited by Estu Tiar; Sari Isnaeni; Bararah Bariid. Jakarta-Indonesia: EGC.



# **BAB 7**

## **KONSEP MANUSIA SEHAT SAKIT**

*Oleh Daniel Suranta Ginting*

### **7.1 Pendahuluan**

Memang sulit untuk mendapatkan tubuh yang sehat dan segar, kebanyakan orang bilang Sehat Itu Mahal, tetapi benarkah tentang fakta itu, tapi menurut pendapat para Ilmu Kesehatan Dunia (WHO) , memang sehat itu mahal, karena kita harus memakan- makanan yang penuh dengan gizi, akan kaya protein, zat besi, dan lain-lain. Sementara itu kita harus membeli makanan itu dengan harga yang cukup mahal, apa lagi harga sayur-mayur, susu, beras, lauk pauk, dll, mungkin sedang melonjak harganya di pasar-pasar tradisional.

Untuk itu hidupilah dengan jaga kesehatan anda karena itu sangat penting bagi anda dan keluarga anda. Istilah sehat dalam kehidupan sehari-hari sering dipakai untuk menyatakan bahwa sesuatu dapat bekerja secara normal. Bahkan benda mati pun seperti kendaraan bermotor atau mesin, jika dapat berfungsi secara normal, maka seringkali oleh pemiliknya dikatakan bahwa kendaraannya dalam kondisi sehat. Kebanyakan orang mengatakan sehat jika badannya merasa segar dan nyaman. Bahkan seorang dokterpun akan menyatakan pasiennya sehat manakala menurut hasil pemeriksaan yang dilakukannya mendapatkan seluruh tubuh pasien berfungsi secara normal.



## 7.2 Pengertian Sehat

Pendekatan yang digunakan pada abad ke-21, sehat dipandang dengan perspektif yang lebih luas. Luasnya aspek itu meliputi rasa memiliki kekuasaan, hubungan kasih sayang, semangat hidup, jaringan dukungan sosial yang kuat, rasa berarti dalam hidup, atau tingkat kemandirian tertentu (Haber, 1994).

Pengertian sehat dikemukakan oleh beberapa ahli, diantaranya adalah:

1. WHO (1947)  
Sehat adalah keadaan yang sempurna dari fisik, mental, social tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.
2. White (1977)  
Sehat adalah suatu keadaan di mana seseorang pada waktu diperiksa tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda-tanda suatu penyakit dan kelainan.
3. Pender (1982)  
Sehat adalah perwujudan individu yang diperoleh melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain (aktualisasi).
4. Paune (1983)  
Sehat adalah fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri yang menjamin tindakan untuk perawatan diri secara adekuat.
5. UU No.23 (1992) tentang Kesehatan  
Sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi.
6. UU N0. 36 (2009) tentang kesehatan  
Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Menurut UU No.36/2009, kesehatan itu mencakup 5 aspek, yakni: fisik, mental, spiritual, sosial dan ekonomi. Wujud atau Indikator dari 5 dimensi sehat, antara lain:

1. Kesehatan Fisik

Kesehatan fisik mengandung arti bahwa seseorang tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak ada penyakit atau dengan kata lain semua organ tubuh normal dan tidak ada gangguan fungsi tubuh.

2. Kesehatan Mental

Kesehatan jiwa (Mental Health) adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain (Pasal 1 UU N0. 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa).

3. Kesehatan spiritual

Kesehatan spiritual mengandung arti bahwa seseorang mampu mengekspresikan rasa syukur, pujian atau penyembahan terhadap sang pencipta.

4. Kesehatan Sosial

Kesehatan Sosial adalah perikehidupan dalam masyarakat sedemikian rupa sehingga setiap warga negara mempunyai cukup kemampuan untuk memelihara dan memajukan kehidupannya

sendiri serta kehidupan keluarganya dalam masyarakat yang memungkinkannya bekerjadan menikmati hiburan pada waktunya (Penjelasan Pasal 3 UU N0. 9 Tahun 1960 tentang Pokok-Pokok Kesehatan).

Kesehatan sosial juga bisa diartikan seseorang mampu berinteraksi dengan orang lain atau kelompok tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya.

## 5. Kesehatan Ekonomi

Kesehatan ekonomi terlihat dari produktivitas seseorang yang sudah dewasa, mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Bagi yang belum memasuki usia kerja, anak dan remaja atau bagi yang sudah pensiun atau usia lanjut, sehat ekonomi terlihat dari perilaku produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan.

Dari 5 dimensi sehat di atas terlihat bahwa kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental, spiritual dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktifitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Bagi yang belum memasuki usia kerja, anak dan remaja atau bagi yang sudah pensiun atau usia lanjut, berlaku produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan, misalnya sekolah atau kuliah bagi anak dan remaja dan kegiatan sosial bagi usia lanjut. Kelima dimensi kesehatan tersebut saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan pada seseorang, kelompok atau masyarakat sehingga kesehatan itu bersifat holistik atau menyeluruh.

Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle. 1994 M) :

1. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
2. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
3. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

## **A. Definisi Sakit**

### **1. Parkins (1937)**

Sakit adalah suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari baik aktivitas jasmani, rohani dan sosial.

### **2. Reverlly Susan**

Sakit adalah tidak adanya keselarasan antara lingkungan dengan individu.

### **3. Bauman (1965)**

Seseorang menggunakan 3 kriteria untuk menentukan apakah mereka sakit:

- a. Adanya gejala seperti Naiknya suhu, rasa nyeri, mual.
- b. Persepsi tentang bagaimana mereka merasakan apakah baik, buruk, atau sakit.
- c. Kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari apakah mengganggu aktivitas bekerja, sekolah atau aktivitas sehari-hari.

### **4. Pemons (1972)**

Sakit adalah gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas termasuk keadaan organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian sosialnya.

### **5. *New Webster Dictionary***

Sakit adalah suatu keadaan yang ditandai dengan suatu perubahan gangguan nyata yang normal.

## **B. Definisi Penyakit**

### **1. Cassell**

Penyakit adalah sesuatu yang didapatkan oleh seorang pasien sepulang dari dokter setelah merasakan gejala-gejala. Jadi penyakit adalah sesuatu yang dimiliki dan dirasakan oleh suatu organ.

## 2. Kleinmen

Penyakit adalah gangguan fungsi atau adaptasi dari proses-proses biologis dan psikofisiologis pada seseorang.

Dari definisi di atas, dapat dibedakan konsep antara sakit dan penyakit seperti berikut:

1. Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah suatu fenomena objektif yang ditandai oleh perubahan fungsi tubuh sebagai organisme biologis.
2. Sakit (*Hines*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya. Hal ini merupakan fenomena subjektif yang ditandai dengan perasaan tidak enak (*feeling unwell*).

### Kombinasi Alternatif Antara Sakit Dan Penyakit

| Kombinasi alternative | Tidak ada penyakit | Ada penyakit |
|-----------------------|--------------------|--------------|
| Tidak dirasa sakit    | Area 1             | Area 2       |
| Dirasakan sakit       | Area 3             | Area 4       |

Interprestasi dari tabel di atas adalah:

Area 1 (*No disease and no illness*)

Seseorang tidak menderita penyakit (secara klinis) dan tidak merasa sakit, dalam arti seseorang sehat.

Area 2 (*Disease but no illness*)

Seseorang menderita penyakit, tetapi tidak merasakan sakit, kenyataan ini banyak terjadi dalam masyarakat. Dari hal ini muncul konsep sehat-sakit menurut masyarakat yaitu:

1. Konsep sehat masyarakat, menyatakan bahwa sehat adalah orang yang dapat bekerja atau menjalankan pekerjaannya sehari-hari.
2. Konsep sakit masyarakat menyatakan bahwa sakit adalah seseorang yang tidak dapat bangkit dari tempat tidur, tidak dapat menjalankan pekerjaannya sehari-hari.

Area 2 ini yang menyebabkan munculnya perbedaan konsep sehat-sakit antara masyarakat dengan petugas kesehatan.

Area 3 (*illness but no disease*)

Seseorang merasa sakit, tetapi secara klinis tidak ada penyakit di tubuhnya, kenyataan ini banyak dalam masyarakat karena gangguan psikis, umumnya ditemui di negara maju.

Area 4 (*illness with disease*)

Seseorang merasa sakit dan secara klinis memang ada penyakit di tubuhnya, dalam arti seseorang sakit.

### **C. Konsep Sehat-sakit Secara Umum Yang Berada Di Masyarakat**

Konsep sehat secara umum yang berada di masyarakat adalah bila seseorang tidak ada gangguan fisik; masih mampu beraktivitas walaupun ada gangguan fisik; masih mampu beraktivitas walaupun ada gangguan psikis; melakukan aktivitas dengan anggota fisik yang tidak lengkap.

Konsep sakit secara umum yang berada di masyarakat adalah bila seseorang tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari; bila fisik terasa tidak nyaman dan benar-benar sakit; bila psikis merasa ada gangguan; bila terdapat ketidakseimbangan antara fisik dengan psikis sehingga tidak mampu mengendalikan aktivitas.

#### **D. Perbedaan Persepsi Sehat-sakit Antara Petugas Dan Masyarakat**

Persepsi Sehat-Sakit Menurut Petugas Kesehatan, adalah:

1. Deteksi kebutuhan masyarakat akan upaya kesehatan merupakan tahap awal.
2. Orang masih sehat membutuhkan upaya kesehatan untuk mencegah timbulnya penyakit.

Persepsi Sehat-Sakit Menurut Masyarakat, adalah:

1. Baru merasa membutuhkan upaya kesehatan bila dalam tahap parah.
2. Tidak bisa diatasi dengan beristirahat dan minum jamu saja atau obat-obatan tradisional lainnya.
3. Setelah tidak sembuh dengan pengobatan dukun atau ahli obat tradisional lainnya.
- 4.

#### **E. Dampak Sakit**

Dampak sakit terhadap seseorang adalah:

1. Terhadap Perilaku individu sakit

Ketika seseorang sakit maka Setiap orang memiliki reaksi yang berbeda-beda tergantung pada asal penyakit. Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupannya akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi klien dan keluarga. Misalnya seorang Ibu yang mengalami sakit gigi, akan merasakan nyeri yang hebat dan mengalami penurunan kesabaran dan mungkin akan lebih memilih menyendiri.

Sedangkan penyakit berat, apalagi jika mengancam kehidupannya dapat menimbulkan perubahan perilaku yang lebih luas, seperti penolakan, marah, dan menarik diri.

## 2. Terhadap Emosi individu sakit

Respon seseorang terhadap penyakit yang dideritanya dapat menimbulkan perubahan emosi. Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupannya akan menimbulkan sedikit perubahan emosi pada klien dan keluarga. Misalnya seorang Ayah yang mengalami radang sendi mempunyai dampak bersifat emosional dan mungkin mempunyai keterkaitan dengan rasa takut dan perasaan menderita fisik maupun mental yang lebih kuat daripada rasa sakit yang dialami. Sedangkan penyakit berat, apalagi jika mengancam kehidupannya dapat menimbulkan perubahan emosi dan perilaku yang lebih luas, seperti ansietas, syok, penolakan, marah.

## 3. Terhadap Peran dan Dinamika Keluarga

Peran seseorang dalam keluarga bervariasi, seperti pencari nafkah, pengambil keputusan, seorang profesional, atau sebagai orang tua. Ketika mengalami penyakit, peran-peran tersebut dapat mengalami perubahan, di mana perubahan tersebut mungkin tidak terlihat dan berlangsung singkat atau terlihat secara drastis dan berlangsung lama. Perubahan jangka pendek, biasanya klien tidak mengalami tahap penyesuaian yang berkepanjangan, tetapi pada perubahan jangka panjang klien memerlukan proses penyesuaian yang lama.

Dinamika Keluarga merupakan proses di mana keluarga melakukan fungsi keluarga, seperti mengambil keputusan, memberi dukungan kepada anggota keluarganya, dan melakukan koping terhadap perubahan dan tantangan hidup sehari-hari. Misalnya jika Ayah sakit maka pengambilan keputusan akan



tertunda. jika penyakitnya berkepanjangan, seringkali keluarga harus membuat pola fungsi yang baru sehingga bisa menimbulkan stress emosional. Misalnya: seorang anak akan mengalami rasa kehilangan yang besar jika ibunya sakit, karena tidak mampu memberikan kasih sayang dan rasa aman pada anak.

#### 4. Terhadap Konsep Diri

Konsep Diri adalah citra subyektif dari diri dan pencampuran yang kompleks dari perasaan, sikap dan persepsi bawah sadar maupun sadar. Konsep diri terdiri dari 5 komponen yaitu:

- a. Citra tubuh (*body image*)
- b. Citra tubuh adalah cara individu melihat dan berpikir mengenai dirinya sendiri pada waktu sekarang ini. Sering juga disebut cermin diri. Individu bertindak sesuai dengan bayangan/gambar yang muncul di dalam cermin.
- c. Peran diri (*role*)
- d. Peran adalah Serangkaian pola perilaku yang diharapkan di berbagai lingkungan sosial yang berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial.
- e. Identitas diri (*identity*)
- f. Identitas diri adalah prinsip pengorganisasian kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesinambungan, kesatuan, konsistensi dan keunikan individu.
- g. Ideal diri (*self ideal*)
- h. Ideal diri adalah gabungan dari semua kualitas serta ciri kepribadian orang yang sangat dikagumi atau merupakan gambaran dari sosok yang sangat diinginkan untuk menjadi seperti nya.

- i. Harga diri (*self esteem*)
- j. Harga diri adalah komponen yang bersifat emosional dan paling penting dalam menentukan sikap dan kepribadian individu atau bisa disebut seberapa suka dan hormat seseorang terhadap dirinya sendiri.

Konsep diri tidak hanya bergantung pada gambaran tubuh dan peran yang dimilikinya tetapi juga bergantung pada aspek psikologis dan spiritual diri. Perubahan konsep diri akibat sakit mungkin bersifat kompleks dan kurang bisa terobservasi dibandingkan perubahan peran. Konsep diri berperan penting dalam hubungan seseorang dengan anggota keluarganya yang lain. Klien yang mengalami perubahan konsep diri karena sakitnya mungkin tidak mampu lagi memenuhi harapan keluarganya, yang akhirnya menimbulkan ketegangan dan konflik. Akibatnya anggota keluarga akan merubah interaksi mereka dengan klien. Misalnya Klien yang menderita kanker payudara dan dilakukan operasi pengangkatan payudara akan merasa konsep diri dan citra tubuh terganggu karena merasa setelah payudaranya diangkat dia tidak menjadi wanita seutuhnya.

#### **F. Faktor Yang Mempengaruhi Keyakinan Dan Tindakan Seseorang Tentang Sehat**

Ada 2 faktor yang mempengaruhi keyakinan dan tindakan seseorang tentang sehat yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

1. Faktor Internal
2. Faktor internal merupakan faktor dari dalam diri seseorang yang mempengaruhi keyakinan dan tindakan terhadap kesehatan.

- a. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan

Keyakinan dan tindakan seseorang tentang kesehatan dapat ditentukan oleh faktor tahap pertumbuhan dan perkembangan yang berkaitan dengan usia seseorang.

Contoh: Balita dapat merasakan sakit, tetapi tidak dapat mengungkapkan dan mengatasinya sehingga perlu dibantu untuk mendapatkan penanganan atau mengembangkan perilaku pencegahan penyakit.

- b. Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan

Keyakinan dan tindakan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh pengetahuan tentang berbagai fungsi tubuh dan penyakit, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu.

Contoh: seseorang yang mengetahui cara penyebaran TBC melalui percikan air ludah maka orang tersebut akan melakukan upaya pencegahan dengan menutup hidung ketika ada orang yang batuk atau bersin.

- c. Cara seseorang merasakan fungsi fisiknya

Keyakinan dan tindakan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh cara seseorang merasakan fungsi fisiknya, apakah merasakan fungsi organ-organ tubuhnya penting atau tidak. Contoh: seseorang dengan penyakit ginjal yang kronis merasa bahwa tingkat kesehatan mereka berbeda dengan orang yang hanya menderita batuk dan pilek biasa. Akibatnya, keyakinan

terhadap kesehatan dan cara melaksanakan kesehatan pada masing-masing orang tersebut cenderung berbeda-beda. Selain itu, individu yang sudah sembuh dari penyakit yang parah mungkin akan mengubah keyakinan mereka terhadap kesehatan dan tindakan mereka dalam memandang fungsi tubuhnya.

d. Faktor Emosi

Keyakinan dan tindakan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor emosi yang berbeda-beda. Contoh:

- Seseorang yang memiliki emosi yang tenang cenderung mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit.
- Seseorang yang memiliki emosi yang tidak stabil cenderung menyalahkan keadaan ketika sakit.

e. Spiritual

Keyakinan dan tindakan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor spiritual seseorang karena hal ini akan mempengaruhi cara pandangnya terhadap kesehatan dilihat dari perspektif yang luas. Ada beberapa agama yang melarang penggunaan bentuk tindakan pengobatan tertentu, seperti KB, euthanasia, imunisasi.

3. Faktor Eksternal

4. Faktor eksternal merupakan faktor dari luar diri seseorang yang mempengaruhi keyakinan dan tindakan terhadap kesehatan.

a. Kebiasaan di Keluarga

b. Keyakinan dan tindakan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor kebiasaan di

keluarga dalam cara keluarga dalam melaksanakan kesehatannya. Contoh: Jika seorang ibu sering mengajak anaknya melakukan pemeriksaan gigi rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

- c. Faktor Sosioekonomi
- d. Keyakinan dan tindakan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor sosioekonomi, di mana yang termasuk faktor sosial adalah stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja sedangkan yang termasuk faktor ekonomi adalah penghasilan, pekerjaan.

Faktor sosioekonomi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mengartikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Contohnya: Orang yang status sosial ekonominya rendah biasanya kurang memahami

mengenai kesehatan, tidak mampu membeli makanan yang bergizi, tidak mampu membeli obat dan tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan.

- e. Budaya/kultur
- f. Keyakinan dan tindakan seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh faktor budaya/kultur, di mana tiap-tiap kultur memiliki pandangan tentang sehat dan diturunkan dari orang tua ke anak-anak. Contoh: ada budaya tertentu yang melakukan penanganan terhadap kejang dengan cara mengikat penderita dan menyembunyikannya di bawah tempat tidur.

## G. Riwayat Alamiah Penyakit

### 1. Definisi

Riwayat alamiah penyakit (*natural history of disease*) adalah deskripsi tentang perjalanan waktu dan perkembangan penyakit pada individu, dimulai sejak terjadinya paparan dengan agen kausal hingga terjadinya akibat penyakit, seperti kesembuhan atau kematian, tanpa terinterupsi oleh suatu intervensi preventif maupun terapeutik (CDC, 2010c). Riwayat alamiah penyakit merupakan salah satu elemen utama epidemiologi deskriptif. Riwayat alamiah penyakit perlu dipelajari. Pengetahuan tentang riwayat alamiah penyakit sama pentingnya dengan kausa penyakit untuk upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.

Dengan mengetahui perilaku dan karakteristik masing-masing penyakit maka bisa dikembangkan intervensi yang tepat untuk mengidentifikasi maupun mengatasi problem penyakit tersebut. Perkembangan secara alamiah suatu penyakit (tanpa intervensi/campur tangan medis) sehingga suatu penyakit berlangsung secara natural. Proses perjalanan penyakit secara umum dapat dibedakan atas :

#### 1) Tahap Pre Patogenesis (*Stage Of Susceptibility*)

Terjadi interaksi antara host – bibit penyakit – lingkungan , interaksi di luar tubuh manusia. Penyakit belum ditemukan, daya tahan tubuh host masih kuat, sudah terancam dengan adanya interaksi tersebut.(tahap ini kondisi masih sehat)

#### 2) Tahap Inkubasi (*Stage Of Presymtomatic Disease*)

Bibit penyakit sudah masuk ke dalam tubuh host, gejala penyakit belum nampak. Tiap penyakit mempunyai masa inkubasi berbeda-beda. Beberapa jam, hari, minggu, bulan sampai bertahun-tahun. Tahap inkubasi

dimulai dari masuknya bibit penyakit sampai sesaat sebelum timbulnya gejala. Daya tahan tubuh tidak kuat, penyakit berjalan terus terjadi gangguan pada bentuk dan fungsi tubuh, sehingga penyakit makin bertambah hebat dan timbul gejala. Horison Klinik ialah garis yang membatasi antara tampak atau tidaknya gejala penyakit.

- 3) Tahap Penyakit Dini (*Stage Of Clinical Disease*)
  - a. Dihitung dari munculnya gejala penyakit.
  - b. Tahap ini pejamu sudah merasa sakit (masih ringan), penderita masih dapat melakukan aktifitas (tidak berobat).
  - c. Perawatan

Cukup dengan obat jalan menjadi masalah besar dunia kesehatan (jika tingkat pengetahuan & pendidikan masyarakat rendah) mendatangkan masalah lanjutan yang makin besar Penyakit makin parah berobat memerlukan perawatan relatif mahal.
  - d. Akibat lain bahaya masyarakat luas menularkan kepada orang lain dan dapat menimbulkan KLB atau wabah.
- 4) Tahap Penyakit Lanjut
  - a. Penyakit makin bertambah hebat
  - b. Penderita tidak dapat melakukan pekerjaan
  - c. Jika berobat umumnya telah memerlukan perawatan (*bad rest*).
- 5) Tahap Akhir Penyakit
  - a. Perjalanan penyakit akan berhenti.
  - b. Berakhirnya perjalanan penyakit dengan beberapa keadaan yaitu :

- 1) Sembuh sempurna baik bentuk dan fungsi tubuh kembali semula seperti keadaan sebelum sakit;
- 2) Sembuh dengan cacat  
Penderita sembuh kesembuhan tidak sempurna ditemukan cacat pada pejamu. Kondisi cacat cacat fisik, fungsional dan sosial.
- 3) Karier  
Perjalanan penyakit seolah-olah terhenti gejala penyakit tidak tampak (dalam diri pejamu masih ditemukan bibit penyakit) suatu saat penyakit dapat timbul kembali (daya tahan tubuh menurun).
- 4) Kronis  
Perjalanan penyakit tampak berhenti, gejala penyakit tidak berubah, tidak bertambah berat ataupun ringan.
- 5) Meninggal Dunia  
Terhentinya perjalanan penyakit, pejamu meninggal dunia.(keadaan yang tidak diharapkan).

Informasi riwayat alamiah penyakit bermanfaat untuk:

- a. Diagnostik : Masa inkubasi pedoman penentuan jenis penyakit
- b. Pencegahan : Mengetahui rantai perjalanan penyakit mudah dicari titik potong yg penting dalam upaya pencegahan penyakit
- c. Terapi : fase paling awal, lebih awal diberikan lebih baik hasil yang diharapkan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. A. 2019. *Buku ajar konsep-konsep dasar dalam keperawatan komunitas*. Deepublish.
- Asmadi, N. S. 2008. Konsep dasar keperawatan. Eg.
- Zuliani, Z., Hariyanto, S., Panggabean, D. M., Tauran, I., Urifah, S., Sugiarto, A., ... & Kuswati, A. 2023. Keperawatan Profesional.
- Suryanti, P. E. 2021. Konsep Sehat-Sakit: Sebuah Kajian Filsafat. *Sanjiwani: Jurnal Filsafat*, 12(1), 90-101.
- Juwita, C. P. 2021. Modul konsep sehat dan sakit.

# **BAB 8**

## **EVIDENCE BASED NURSING**

*Oleh Anggi Pratiwi*

### **8.1 Definisi**

Penggunaan bukti eksternal, bukti internal serta manfaat dan keinginan klien untuk mendukung sebuah keputusan di pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan (Melynk & Fineout-overholt, 2015).

Sebuah proses yang didasari oleh hasil penelitian, pengetahuan klinis serta penalaran yang digunakan untuk memberikan sebuah intervensi spesifik terhadap klien (Bosswell & Cannon, 2020).

### **8.2 Manfaat bagi perawat**

Menurut Polit & Back (2017) manfaat *evidence based nursing* bagi perawat antara lain :

- a. Belajar dari hasil penelitian;
- b. Mengembangkan prosedur yang ada di ruang perawatan;
- c. Mengembangkan teknik yang sudah ada;
- d. Menemukan hal-hal terbaru;
- e. Meningkatkan keselamatan klien;
- f. Memberikan pelayanan terbaik terhadap klien;
- g. Meningkatkan rasa profesionalisme serta kepuasan perawat;
- h. Lebih efektif dan efisien untuk pembiayaan.

### 8.3 Kekuatan dan kelemahan

Dengan penerapan *evidence based nursing* pada pelayanan keperawatan dapat memberikan pelayanan terbaik terhadap klien serta menggunakan sumber daya yang terbaik serta terpercaya dalam pemberian intervensi. Selain memberikan pelayanan terbaik terhadap klien, *evidence based nursing* juga memberikan kualitas, kenyamanan, keefektifan biaya untuk klien, keluarga, pengguna pelayanan kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan itu sendiri (Brown, 2013; Craig & Smyth, 2012; Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

Selain kekuatan *evidenced based nursing* juga memiliki kelemahan yaitu membatasi autonomi profesional seorang perawat dikarenakan perawat bergantung terhadap hasil penentuan *evidence based* yang ada.

### 8.4 Keahlian minimum yang harus dimiliki

Dalam membuat atau menentukan sebuah *evidence based nursing* yang akan diterapkan disuatu ruangan maka perawat harus memiliki keahlian minimum antara lain ;

1. Memahami kebutuhan klien
2. Menemukan *evidence* terbaik
3. Menilai *evidence* (bagi pemula dengan bimbingan ahli)
4. Menafsirkan atau mengartikan *evidence*
5. Menerapkan *evidence*
6. Perawat harus dapat membuat pertanyaan klinis yang sesuai

### 8.5 Elemen dalam Evidence Based Nursing

Tiga elemen utama dalam EBN adalah hasil penelitian terbaik, keahlian klinis dan kebutuhan klien (Craig & Smyth, 2012).

**Penelitian terbaik** disini dimaksudkan adalah pengetahuan empiris yang dihasilkan dari sintesis temuan

penelitian berkualitas untuk menyelesaikan suatu masalah yang ditemukan. Penelitian terbaik ini ditentukan oleh Tim peneliti ahli, profesional kesehatan, dan terkadang keterlebitan pembuat kebijakan dan konsumen akan mensintesis bukti penelitian terbaik untuk dikembangkan dan dipakai sesuai kebutuhan klien.

**Keahlian klinis** adalah pengetahuan dan keterampilan profesional seorang perawat. Keahlian klinis seorang perawat tergantung pada pengalaman klinisnya selama bertahun-tahun, pengetahuan tentang penelitian dan literatur klinis terkini, dan pendidikan. Semakin kuat keahlian klinis seorang perawat, semakin baik penilaian klinisnya dalam menggunakan penelitian terbaik nantinya.

**Kebutuhan klien** adalah Kebutuhan klien mungkin berfokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, manajemen penyakit akut atau kronis, rehabilitasi, dan/atau kematian yang damai. Selain itu, klien membawa nilai-nilai atau preferensi unik, harapan, perhatian, dan keyakinan budaya pada pertemuan klinis. Dengan EBN, klien dan keluarganya didorong untuk berperan aktif dalam manajemen kesehatan mereka.

## **8.6 Persyaratan dalam penerapan EBN**

Dalam menerapkan EBN, perawat harus memahami konsep penelitian dan memiliki cara yang tepat untuk mengevaluasi hasil sebuah penelitian. Konsep penelitian meliputi proses/langkah-langkah dalam penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif, etika penelitian, desain penelitian, pengolahan data, proses interpretasi hasil penelitian dan lain-lain. Keakuratan dalam mengevaluasi hasil penelitian antara lain dapat ditingkatkan dengan menggunakan panduan yang sesuai dengan desain dan jenis penelitian yang dilakukan (Melnyk, 2014).

## 8.7 Langkah dalam menentukan EBN

Menurut Melynk & Fineout-overholt, 2011 ada 7 langkah penting yang harus dilakukan ketika akan menentukan sebuah *evidence based nursing* yaitu :

### 1. Membangkitkan jiwa bertanya/kritis terhadap permasalahan klien

Dalam membangkitkan jiwa bertanya atau kritis terhadap permasalahan klien diawali dengan menjadikan EBN sebagai budaya kerja diruangan, sehingga semua elemen yang ada akan mendukung setiap kegiatan yang dilakukan. Semua petugas kesehatan diharapkan mempunyai kemampuan berfikir kritis terhadap tindakan-tindakan yang dilakukan diruangan tersebut.

Selain itu tersedianya fasilitas penunjang untuk menentukan dan menerapkan EBN, Dukungan administrasi dan adanya kepemimpinan yang akan menilai, menentukan EBN model, serta menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk mempertahankan budaya EBN. Dan secara teratur mengenali/mengidentifikasi individu atau kelompok-kelompok yang secara konsisten melakukan EBN (Melynk & Fineout-overholt, 2011)

Penerapan EBN diharapkan menjadi budaya kerja bagi setiap elemen yang ada diruangan sehingga menjadi kebiasaan untuk selalu dilakukan dan diterapkan.

### 2. Merumuskan pengkajian klinis dalam struktur PICOT

Pendapat dari Polit & Back (2017) bahwasannya langkah penting pertama dalam membuat sebuah EBN adalah dengan menentukan kebutuhan informasi menjadi pertanyaan klinis yang memungkinkan dapat dijawab dengan bukti-bukti hasil penelitian yang terbaik. Beberapa penulis EBN membedakan antara pertanyaan *backkground* dan *foreground*. Pertanyaan *background* adalah

pemahaman dasar tentang klien ataupun penyakit. Dan jawabannya dapat ditemukan dalam buku teks. Sedangkan pertanyaan *foreground* adalah pertanyaan yang spesifik tentang diagnosis, manajemen, respon ataupun hasil-hasil. Jawaban ditemukan dengan memperoleh hasil berbasis bukti yang terbaik.

Banyak pedoman untuk EBN yang menggunakan format PICOT untuk membantu dalam menentukan pertanyaan ataupun pengkalian klinis yang ada. Format tersebut antara lain :

- a. P : populasi klien atau *disease of interest*
- b. I : intervensi atau issues of interest
- c. C : intervensi pembanding atau kelompok pembanding
- d. O : outcomes atau hasil-hasil yang diharapkan
- e. T : time frame atau batas waktu

Contoh penggunaan PICOT

- a. P : klien hipertensi
- b. I : pengaruh slow deep breathing
- c. C : rendam kaki dengan air hangat
- d. O : penurunan tekanan darah
- e. T : setelah 4 minggu intervensi

Macam-macam pertanyaan klinis

a. *Intervention question*

Pertanyaan penelitian yang menjabarkan atau mengenai keefektifan suatu intervensi yang diberikan  
Contohnya : bagaimanakah penurunan tekanan darah pada klien dengan tekanan darah tinggi yang diberi intervensi *slow deep breathing* dibandingkan dengan terapi rendam kaki menggunakan air hangat pada klien hipertensi diruang penyakit dalam rumah sakit.

*b. Diagnostic question*

Pertanyaan penelitian yang meneliti tentang manfaat, keakuratan, intepretasi dari suatu alat

Contohnya : Apakah diet karbohidrat mampu memprediksi pemeliharaan berat badan yang sehat ( $BMI < 25$ ) selama lebih dari 6 bulan pada klien yang mempunyai riwayat keluarga obesitas ( $BMI > 30$ )?

*c. Prognostic question*

Meneliti mengenai keadaan klien terkait kondisi tertentu atau mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin mengubah prognosis klien

Contohnya : Apakah d-dimer assay lebih akurat dalam mendiagnosa deep vein thrombosis jika dibandingkan dengan ultrasound pada klien suspected deep vein thrombosis?

*d. Etiology question*

Meneliti mengenai hubungan sebab akibat dan sesuatu yang mungkin merugikan

Contohnya : Apakah wanita kulit putih yang terpapar sinar UV ray berkepanjangan dan tidak menggunakan protection ( $>1$  jam) meningkatkan resiko terkena melanoma jika dibandingkan wanita kulit hitam yang tidak terpapar UV ray?

*e. Meaning question*

Meneliti mengenai makna dari sesuatu hal

Contohnya : Bagaimanakah wanita paruh baya dengan fibromialgia mempersepsikan kehilangan motor functions?

### **3. Mencari bukti terbaik**

Tatacara pencarian bukti terbaik menurut Polit & Back (2017) adalah dengan kata kunci yang dapat digunakan dalam mencari bukti terbaik adalah kata yang sama pada

PICOT yang telah digunakan sebelumnya. Atau dapat menggunakan kata kata yang memiliki sinonim atau arti yang sama dengan PICOT.

Beberapa *database* yang dapat digunakan dalam mencari bukti terbaik

- a. *Pubmed*
- b. *CINAHL*
- c. *Ovid-medline*
- d. *National Guideline Clearing house*
- e. *Chochrane Databases*

#### **4. Pemeriksaan bukti secara kritis**

Pemeriksaan bukti secara kritis atau *critical appraisal* menyesuaikan dari level atau tingkatan dari artikel yang digunakan (Melynk & Fineout-overholt, 2011)

Beberapa pertanyaan yang dapat digunakan dalam mengkritisi bukti yang digunakan :

- a. Apakah hasil dari penelitian yang digunakan valid  
Valid tidaknya suatu hasil penelitian dapat dilihat dari metodologi penelitian yang digunakan.
- b. Apakah hasil dari penelitian yang digunakan reliabel  
Reliable tidaknya suatu hasil penelitian dapat dilihat dari apakah intervensi yang digunakan bekerja dengan baik serta bagaimana keefektifan intervensi tersebut.
- c. Apakah hasil penelitian tersebut membantu dalam melakukan perawatan pada klien diruangan  
Ketika melihat kondisi klien diruangan kita maka pertanyaannya menjadi apakah sampel yang digunakan mirip dengan klien diruangan, bagaimana keuntungannya apakah lebih besar dibandingkan dengan resikonya nanti serta apakah memungkinkan untuk diterapkan diruangan.



Menurut Bosswell & Cannon (2020) untuk Tingkatan dari *evidence* yang dapat digunakan :

- a. Level 1 : *Meta-analysis*
- b. Level 2 : *Experimental designs (randomized controlled trials)*
- c. Level 3 : *Well-designed quasi-experimental design (not randomized or no control group)*
- d. Level 4 : *Well-designed nonexperimental design*
- e. Level 5 : *Case reports, clinical expertise, expert opinion*

## **5. Mengintegrasikan bukti-bukti**

Dalam mengintegrasikan bukti-bukti yang ditemukan menurut DiCenso, Guyatt, & Ciliska (2005) bahwasannya kepakaran klinis atau *clinical expertise* merupakan bagian paling penting untuk membuat suatu keputusan (*decision making*) dalam proses evidence based nursing. Sehingga terdapat proses evaluasi terhadap hasil yang telah ditemukan sebelumnya yang akan menentukan untuk penerapan atau implementasi diruangan kedpannya.

Klien juga memegang peranan penting dalam penerapan *evidence* : Jika kualitas *evidence* bagus dan intervensi sangat memberikan manfaat, akan tetapi jika hasil diskusi dengan klien menghasilkan suatu alasan yang membuat klien menolak treatment, maka intervensi tersebut tidak bisa diaplikasikan.

## **6. Evaluasi outcome**

Langkah evaluasi *outcome* merupakan hal penting, untuk menilai dan mendokumentasikan dampak dari perubahan pelayanan berdasarkan EBN dalam kualitas pelayanan kesehatan/manfaatnya bagi klien (Burns, Grove & Stuppy(1999).

Menilai apakah perubahan yang terjadi saat mengimplementasikan hasil EBN di ruangan sesuai dengan apa yang tertulis dalam artikel.

Jika hasil tidak sesuai dengan artikel-artikel yang ada maka Apakah treatment dilaksanakan sesuai dengan SOP di artikel; apakah klien kita mirip dengan sample penelitian dalam artikel tersebut?

## **7. Menyebarluaskan hasil praktik berbasis bukti**

Dessiminasi dilakukan untuk membagikan hasil EBN sehingga perawat dan tenaga kesehatan yang lain mau melakukan perubahan bersama dan atau menerima perubahan tersebut untuk memberikan pelayanan perawatan yang lebih baik (Melynck & Fineout-overholt, 2011).

Bentuk-bentuk dessiminasi:

- a. Melalui oral presentasi
- b. Melalui panel presentasi
- c. Melalui roundtable presentasi
- d. Melalui poster presentasi
- e. Melalui small-group presentasi
- f. Melalui podcast/vodcast presentasi
- g. Melalui *community meetings*
- h. Melalui *hospital/organization-based & professional committee meetings*.
- i. Melalui journal clubs
- j. Melalui publishing

## DAFTAR PUSTAKA

- Brown, S. J. 2013. *Evidence-based nursing: The research-practice connection (3rd ed.)*. Boston: Jones and Bartlett.
- Burns, S.K., Grove, N., & Stuppy, D.J 1999. *Understanding Nursing research (2nd ed.)* Philadelphia: Saunders
- Craig, J., & Smyth, R. 2012. *The evidence-based practice manual for nurses (3rd ed.)*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone Elsevier.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. 2005. Evidence-based nursing: A guide to clinical practices. St Louis: Elsevier.
- Melnyk, B. M. 2014. *Evidence-based practice versus evidence-informed practice: A debate that could stall forward momentum in improving healthcare quality, safety, patient outcomes, and costs*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11, 347–349
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. 2015. *Evidence-based practice in nursing and healthcare (3rd ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D, F., & Beck, C, T. 2017. *Nursing Research : Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10th ed)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

# **BAB 9**

## **STANDAR PROFESIONAL DALAM PELAYANAN KEPERAWATAN**

*Oleh I Gede Purnawinadi*

### **9.1 Pendahuluan**

Reformasi layanan kesehatan dan tenaga kerja menjadi agenda pemerintah dan penyedia layanan lainnya yang berupaya menekan biaya perawatan kesehatan sambil memberikan perawatan kesehatan yang aman dan efektif kepada masyarakat. Layanan praktisi perawat merupakan salah satu inovasi tenaga kesehatan yang telah diadopsi secara global untuk meningkatkan akses tepat waktu ke perawatan klinis, namun masih sedikit literatur yang melaporkan evaluasi kualitas inovasi layanan ini (Gardner, Gardner and O'Connell, 2014). Perencanaan untuk penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas menjadi perhatian global. Inisiatif reformasi diimplementasikan sering menggabungkan ruang lingkup praktik yang diperluas untuk para profesional kesehatan dan model penyampaian layanan yang inovatif, oleh karena itu memahami faktor-faktor yang memengaruhi keberlanjutan sangat penting untuk penyediaan layanan yang baik (Fox, Gardner and Osborne, 2018).

Perawatan kesehatan sedang berubah, baik untuk penyedia maupun penerima perawatan, dengan tantangan berkelanjutan terhadap peran tradisional dan keseimbangan kekuatan. Faktor penyebab perubahan cara layanan kesehatan disediakan sangat kompleks (Byrne, Baldwin and Harvey, 2020). Kegiatan keperawatan sangat penting dalam rumah sakit dan harus memecahkan masalah yang dibutuhkan pasien. Asuhan perawatan

pasien meliputi melakukan asesmen, menyatakan diagnosis keperawatan, mengembangkan rencana intervensi, mengimplementasikan asuhan, dan membuat evaluasi untuk memodifikasi atau menghentikan asuhan (Asmirajanti, Hamid and Hariyati, 2019). Kualitas kegiatan keperawatan harus selalu baik untuk meningkatkan kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan efektivitas biaya.

Pandemi COVID-19 berdampak besar pada berbagai sektor di seluruh dunia, terutama di bidang kesehatan (Purnawinadi, 2021). Sejak meningkatnya jumlah kasus COVID-19 menuntut kesiapsiagaan tenaga kesehatan di garda terdepan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang terinfeksi COVID-19 (Firmansyah, Rahmanto and Setiawan, 2020). Keadaan ini menyebabkan perubahan dunia kesehatan secara nasional, sehingga pelayanan kesehatan masyarakat harus mampu beradaptasi dengan kondisi tersebut (Khotimah *et al.*, 2022). Dalam pelaksanaan kegiatan pendidikan kesehatan, khususnya bidang keperawatan, harus diupayakan dalam banyak aspek bahkan profesionalisasi, membentuk sistem dan manajemen pendidikan sedemikian rupa sehingga tujuan gelar profesi merupakan tujuan yang nyata dengan sendirinya. yang dapat dicapai lembaga pendidikan dengan kualitas tinggi (Manalu *et al.*, 2021).

Kepuasan penerima layanan kesehatan dalam hal ini pasien adalah kriteria konkret untuk evaluasi perawatan kesehatan dan oleh karena itu kualitas asuhan keperawatan menjadi indikator utama (Karaca and Durna, 2019). Meningkatnya persaingan di setiap bidang saat ini juga mempengaruhi industri kesehatan. Keunggulan kompetitif yang paling penting dari penyedia layanan kesehatan adalah untuk memberikan layanan kesehatan yang berkualitas. Upaya organisasi profesi sangat penting untuk mendorong otonomi dalam mempraktekkan perawat melalui

dukungan yang memadai, pendidikan, pelatihan, dan kebijakan yang dikembangkan (Labrague, McEnroe-Petitte and Tsaras, 2019).

## **9.2 Standar Kompetensi Perawat**

Mutu tenaga keperawatan harus selalu dipertahankan dan ditingkatkan untuk meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Oleh karena itu, keterampilan perawat harus diukur dan dibakukan dalam hal pengetahuan, keterampilan dan perilaku profesional. Buku Standar Profesi Perawat yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI yang dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/425/2020 diharapkan dapat menjadi alat ukur dan pedoman bagi perawat dalam melakukan pembinaan profesi pelayanan kesehatan masyarakat.

### **9.2.1 Maksud, Tujuan, dan Manfaat**

Standar Kompetensi Keperawatan bertujuan untuk memberikan jaminan kepada masyarakat bahwa perawat yang memenuhi syarat mendapatkan pelayanan dalam bentuk asuhan keperawatan, sedangkan tujuannya adalah:

1. Menjelaskan latar belakang Standar Kompetensi Perawat
2. Menjelaskan dasar hukum dari Standar Kompetensi Perawat
3. Menjelaskan manfaat Standar Kompetensi Perawat
4. Menjelaskan 5 (lima) area Kompetensi Perawat berdasarkan jenis Perawat
5. Menguraikan masalah Keperawatan dan keterampilan tiap jenis Perawat

Manfaat ditetapkannya standar kompetensi perawat adalah:

1. Bagi Perawat  
Ketersediaan dokumentasi keterampilan yang diperoleh selama pelatihan untuk memandu pelaksanaan pekerjaan keperawatan dan mengukur efikasi diri.



2. **Bagi Institusi Pendidikan**  
Sebagai referensi untuk pengembangan kurikulum dan instruksional, untuk mempromosikan konsistensi dalam organisasi pendidikan, dan untuk menetapkan kriteria dan alat tes seperti metrik tes.
3. **Bagi Pemerintah/Pengguna**  
Bertindak sebagai acuan dewan dalam perencanaan tenaga kerja, penempatan dan seleksi, penunjukan dan penempatan, evaluasi kinerja, penghargaan/insentif dan insentif, serta pelatihan dan pendidikan yang diperlukan untuk meningkatkan dan mengembangkan keterampilan perawat.
4. **Bagi Organisasi Profesi**  
Menjadi titik acuan untuk manajemen keanggotaan, manajemen organisasi, perencanaan dan penyampaian program pengembangan profesional berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan keperawatan dan penilaian keterampilan profesional keperawatan yang telah lulus di luar negeri.
5. **Bagi Masyarakat**  
Tersedianya referensi untuk memperoleh karakteristik profesi keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pelayanan keperawatan di Indonesia.

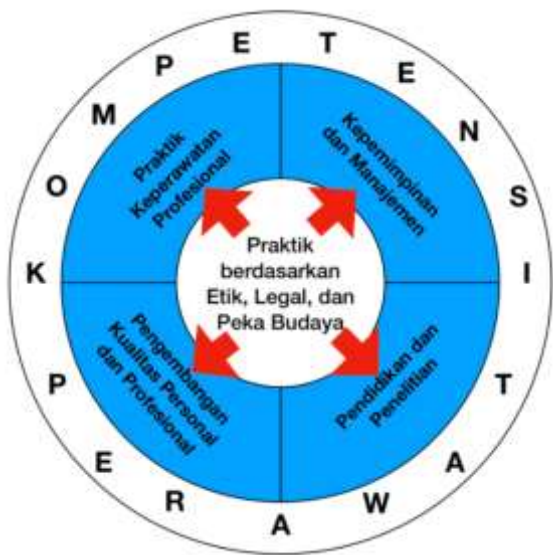
### **9.2.2 Area Kompetensi**

Keperawatan adalah sintesis dari berbagai disiplin ilmu, termasuk biomedis, psikologis, sosial, perilaku, antropologi dan budaya. Standar kualifikasi untuk perawat yang disediakan secara sosial dari keperawatan yang berkualitas dan berkualitas harus dijamin. Kompetensi seorang perawat meliputi pengetahuan, sikap dan keterampilan. Kerangka kompetensi perawat dikelompokkan dalam beberapa area kompetensi seperti yang ditampilkan pada gambar 9.1, area ini



sesuai dengan 5 domains of the ASEAN *Nursing Common Core Competencies* yaitu praktik berdasarkan etik legal dan peka budaya, praktik keperawatan profesional, kepemimpinan dan manajemen, pendidikan dan penelitian, serta pengembangan Kualitas Personal dan Profesional (Fadhillah *et al.*, 2020).

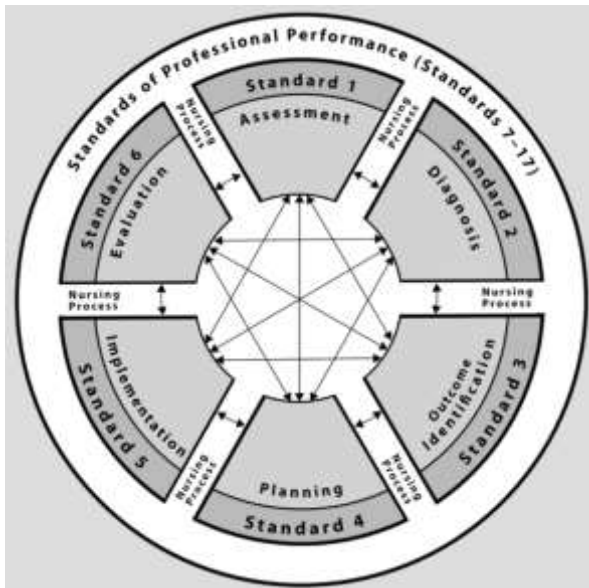
Standar kualifikasi keperawatan diharapkan dapat menjadi acuan dan dasar bagi perawat dalam memenuhi tugas dan tanggung jawabnya dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terstandar di semua tatanan kesehatan. Selain itu, standar ini dapat dijadikan acuan dalam merencanakan dan melaksanakan program pendidikan keperawatan di Indonesia. Agar penyelenggaraan pelayanan asuhan dan pendidikan di Indonesia dapat berjalan sesuai standar, diperlukan kesamaan persepsi dan pemahaman bersama tentang standar kompetensi.



**Gambar 9.1.** Area Kompetensi  
(Sumber : Fadhillah *et al.*, 2020)

### **9.3 Standar Profesional Praktik Keperawatan**

Keperawatan adalah profesi yang dipelajari berdasarkan kompetensi inti yang mencerminkan komponen kembar seni dan sains. Keperawatan membutuhkan penilaian dan keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip ilmu biologi, fisik, perilaku dan sosial. Pernyataan Ruang Lingkup Praktik memberikan kerangka kerja dan konteks untuk praktik keperawatan dan melengkapi standar keperawatan profesional dan kompetensi terkait yang mengidentifikasi praktik keperawatan. Standar praktik termasuk dalam ring pertama bertepatan dengan langkah-langkah proses keperawatan untuk mewakili sifat direktif dari standar sebagai perawat profesional menyelesaikan setiap komponen dari proses keperawatan. Demikian pula, standar kinerja profesional sekitarnya yang diidentifikasi di lingkaran terluar mencerminkan bagaimana perawat profesional mematuhi standar praktik, menyelesaikan proses keperawatan, dan mengatasi masalah dan masalah praktik keperawatan lainnya seperti yang digambarkan pada gambar 9.2.



**Gambar 9.2.** Proses Keperawatan dan Standar Praktik Keperawatan Profesional  
(Sumber : ANA, 2015)

### 9.3.1 Standar Profesional Menurut *American Nurses Association* (ANA)

Sebuah organisasi profesi memiliki tanggung jawab kepada anggotanya dan kepada publik yang berfungsi untuk mengembangkan ruang lingkup dan standar praktik profesinya. *The American Nurses Association* (ANA), organisasi profesional untuk perawat terdaftar, telah lama memikul tanggung jawab untuk mengembangkan dan memelihara ruang lingkup pernyataan praktik dan standar yang berlaku untuk praktik semua perawat profesional dan juga berfungsi sebagai template untuk evaluasi dari praktik spesialisasi keperawatan.

Keperawatan merupakan perlindungan, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan kemampuan, pencegahan penyakit dan cedera, fasilitasi penyembuhan, pengentasan penderitaan melalui

diagnosis dan penanganan terhadap respon manusia, dan advokasi dalam perawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan populasi. Definisi ini berfungsi sebagai dasar untuk deskripsi yang diperluas dari ruang lingkup praktik keperawatan dan standar praktik keperawatan profesional.

Standar praktik keperawatan profesional terdiri dari standar praktik dan standar kinerja profesional (ANA, 2015):

### **Standar Praktek**

Standar Praktik menggambarkan tingkat asuhan keperawatan yang kompeten seperti yang ditunjukkan oleh model berpikir kritis yang dikenal sebagai proses keperawatan. Proses keperawatan meliputi komponen pengkajian, diagnosis, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dengan demikian, proses keperawatan mencakup tindakan signifikan yang diambil oleh perawat terdaftar dan membentuk dasar pengambilan keputusan perawat.

*a. Standar 1. Pengkajian*

Perawat terdaftar mengumpulkan data dan informasi terkait dengan kesehatan atau situasi konsumen layanan kesehatan.

*b. Standar 2. Diagnosis*

Keperawatan terdaftar menganalisis data asesmen untuk menentukan diagnosis, masalah, dan isu aktual atau potensial.

*c. Standar 3. Identifikasi Hasil*

Perawat terdaftar mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk rencana individual untuk konsumen kesehatan atau situasi.

*d. Standar 4. Perencanaan*

Perawat terdaftar mengembangkan rencana yang menentukan strategi untuk mencapai hasil yang diharapkan dan terukur.

*e. Standar 5. Implementasi*

Perawat terdaftar mengimplementasikan rencana yang diidentifikasi.

*f. Standar 5A. Koordinasi Perawatan*

Perawat terdaftar mengoordinasikan pemberian perawatan.

*g. Standar 5B. Edukasi Kesehatan dan Promosi Kesehatan*

Perawat terdaftar menggunakan strategi untuk mempromosikan kesehatan dan lingkungan yang aman.

*h. Standar 6. Evaluasi*

Perawat terdaftar mengevaluasi kemajuan menuju pencapaian tujuan dan hasil.

### **Standar Kinerja Profesional**

Standar Kinerja Profesional menggambarkan tingkat perilaku yang kompeten dalam peran profesional, termasuk kegiatan yang berkaitan dengan etika, praktik yang selaras secara budaya, komunikasi, kolaborasi, kepemimpinan, pendidikan, praktik dan penelitian berbasis bukti, kualitas praktik, evaluasi praktik profesional, sumber daya pemanfaatan, dan kesehatan lingkungan. Semua perawat terdaftar diharapkan terlibat dalam aktivitas peran profesional, termasuk kepemimpinan, sesuai dengan pendidikan dan posisi mereka. Perawat terdaftar bertanggung jawab atas tindakan profesional mereka kepada diri mereka sendiri, konsumen perawatan kesehatan mereka, rekan-rekan mereka, dan akhirnya kepada masyarakat.

*a. Standar 7. Etika*

Perawat beregister berpraktik secara etis.

*b. Standar 8. Praktik yang Sesuai Secara Budaya*

Perawat terdaftar melakukan praktik dengan cara yang sesuai dengan keragaman budaya dan prinsip inklusi.

- c. *Standar 9. Komunikasi*  
Perawat terdaftar berkomunikasi secara efektif di semua area praktik.
- d. *Standar 10. Kolaborasi*  
Perawat terdaftar bekerja sama dengan konsumen layanan kesehatan dan pemangku kepentingan utama lainnya dalam melakukan praktik keperawatan.
- e. *Standar 11. Kepemimpinan*  
Perawat terdaftar memimpin dalam pengaturan praktik profesional dan profesi.
- f. *Standar 12. Pendidikan*  
Perawat terdaftar mencari pengetahuan dan kompetensi yang mencerminkan praktik keperawatan saat ini dan mempromosikan pemikiran futuristik.
- g. *Standar 13. Praktik dan Penelitian Berbasis Bukti* Perawat terdaftar mengintegrasikan bukti dan temuan penelitian ke dalam praktik.
- h. *Standar 14. Kualitas Praktik*  
Perawat terdaftar berkontribusi pada praktik keperawatan berkualitas.
- i. *Standar 15. Evaluasi Praktik Profesional*  
Perawat terdaftar mengevaluasi praktik keperawatan sendiri dan orang lain.
- j. *Standar 16. Pemanfaatan Sumber Daya*  
Perawat terdaftar menggunakan sumber daya yang sesuai untuk merencanakan, menyediakan, dan mempertahankan layanan keperawatan berbasis bukti yang aman, efektif, dan bertanggung jawab secara fiskal.
- k. *Standar 17. Kesehatan Lingkungan*  
Perawat terdaftar berpraktik dengan cara yang aman dan sehat lingkungan.

## DAFTAR PUSTAKA

- ANA. 2015. *Nursing: Scope and Standards of Practice*. Third. Edited by American Nurses Association. Silver Spring: Nursesbooks.org. Available at: <https://www.nursingworld.org/~4af71a/globalassets/catalog/book-toc/nssp3e-sample-chapter.pdf> (Accessed: 27 March 2023).
- Asmirajanti, M., Hamid, A.Y.S. and Hariyati, R.T.S. 2019. 'Nursing care activities based on documentation', *BMC Nursing*, 18(1), pp. 1–5. Available at: <https://doi.org/10.1186/S12912-019-0352-0/TABLES/1>.
- Byrne, A.-L., Baldwin, A. and Harvey, C. 2020. 'Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review', *PLOS ONE*. Edited by J.A. Vaingankar, 15(3), p. e0229923. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>.
- Fadhillah, H. *et al.* 2020. *Standar Profesi Perawat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Firmansyah, M.I., Rahmanto, F. and Setiawan, D. 2020. 'The Preparedness for The COVID-19 Pandemic Management in Indonesia', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(2), p. 188. Available at: <https://doi.org/10.20473/jaki.v8i2.2020.188-201>.
- Fox, A., Gardner, G. and Osborne, S. 2018. 'Nursing service innovation: A case study examining emergency nurse practitioner service sustainability', *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), pp. 454–464. Available at: <https://doi.org/10.1111/jan.13454>.
- Gardner, G., Gardner, A. and O'Connell, J. 2014. 'Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation', *Journal of Clinical Nursing*,

- 23(1-2), pp. 145-155. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.12146>.
- Karaca, A. and Durna, Z. 2019. 'Patient satisfaction with the quality of nursing care', *Nursing Open*, 6(2), pp. 535-545. Available at: <https://doi.org/10.1002/nop2.237>.
- Khotimah *et al.* 2022. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Edited by R. Watrianthos. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Labrague, L.J., McEnroe-Petitte, D.M. and Tsaras, K. 2019. 'Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study', *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), p. e12711. Available at: <https://doi.org/10.1111/ijn.12711>.
- Manalu, N.V. *et al.* 2021. *Keperawatan Profesional*. Edited by A. Karim. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Purnawinadi, I.G. 2021. 'Dampak Pandemi COVID-19 pada Prestasi Belajar Mahasiswa Keperawatan Tahap Akademik', *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 7(1), pp. 63-69. Available at: <https://doi.org/10.35974/jsk.v7i1.2485>.





# **BAB 10**

## **PELAYANAN KEPERAWATAN**

*Oleh Maria Suryani*

### **10.1 Pendahuluan**

Seseorang membutuhkan pelayanan keperawatan untuk mendapatkan kembali kesehatannya. Bagaimanapun pelayanan keperawatan tidak hanya diberikan kepada pasien yang sedang sakit, melainkan juga pada orang yang sehat. Pelayanan keperawatan dibutuhkan oleh individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Hal ini memberikan gambaran bahwa pelayanan perawat sangat dibutuhkan oleh banyak orang.

Perawat merupakan salah satu profesi dalam bidang kesehatan. Sebagai suatu profesi, perawat memiliki otonomi dalam memberikan pelayanan keperawatan. Perawat memiliki tanggung jawab atas segala yang dilakukannya pada pasien.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Oleh karena itu kualitas dari pelayanan keperawatan menentukan pula kualitas dari pelayanan kesehatan. Pemberian pelayanan keperawatan berkualitas merupakan tujuan dari setiap institusi pemberi pelayanan kesehatan. Setiap institusi pelayanan kesehatan berupaya untuk mengoptimalkan sumber daya keperawatan agar pelayanan keperawatan yang diberikan berkualitas.

Bab ini akan membahas secara mendalam mulai dari pengertian pelayanan keperawatan, pemberi pelayanan keperawatan, diversitas pelayanan keperawatan, dan kualitas pelayanan keperawatan.

## **10.2 Pengertian Pelayanan Keperawatan**

Undang-undang Republik Indonesia (UU RI) nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan menyatakan bahwa pelayanan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu keluarga, kelompok, atau masyarakat baik sehat maupun sakit (DPR, 2014). Melalui pendekatan sistem terbuka, teori pemberian pelayanan keperawatan menjelaskan bahwa pelayanan keperawatan merupakan bagian dari proses suatu organisasi yang dapat berdampak pada kepuasan penerima pelayanan keperawatan (Meyer and O'Brien-Pallas, 2010). Pengertian pelayanan keperawatan ini telah memberikan batasan bagaimana pelayanan diberikan dan siapa penerima pelayanan.

### **10.2.1 Penerima pelayanan keperawatan**

Sesuai dengan UU RI nomor 38 tahun 2014, klien adalah perseorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang menggunakan jasa pelayanan keperawatan (DPR, 2014). Klien sebagai individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat merupakan penerima dari pelayanan keperawatan. Adanya penerima pelayanan keperawatan yang berbeda di berbagai pelayanan kesehatan memberikan pengembangan berbagai bidang keperawatan seperti keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, keperawatan gawat darurat, keperawatan kritis, keperawatan jiwa, keperawatan keluarga, dan keperawatan komunitas.

Kondisi kesehatan penerima pelayanan keperawatan selama kehidupannya terdapat dalam rentang sehat dan sakit (Alimul Hidayat, 2009). Mereka berhak untuk menerima pelayanan keperawatan baik sehat maupun sakit. Tujuan dari pelayanan keperawatan adalah membantu klien yang sakit untuk mendapatkan kembali kesehatannya dan membantu

pasien yang sehat untuk mempertahankan kesehatannya dan meningkatkan kesehatannya agar menjadi sejahtera.

### **10.2.2 Bentuk Pelayanan Keperawatan**

Bentuk pelayanan keperawatan adalah bentuk pelayanan yang profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan (DPR, 2014). Sebagai bentuk pelayanan yang profesional maka pelayanan keperawatan yang diberikan harus bersifat komprehensif mencakup pelayanan biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual (Alimul Hidayat, 2009).

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan (Alimul Hidayat, 2009). Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kedokteran, pelayanan keperawatan, dan pelayanan kesehatan masyarakat. Tampak jelas bahwa pelayanan keperawatan sangat menentukan bagaimana kualitas dari pelayanan kesehatan yang diberikan (Nursalam, 2015). Sebagaimana halnya pelayanan kesehatan yang memiliki tiga bentuk pelayanan, yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health care*), pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health care*), dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*tertiary health care*), begitu juga dengan pelayanan keperawatan (Alimul Hidayat, 2009).

#### **1. Pelayanan tingkat pertama**

Pelayanan keperawatan diberikan pada klien yang sehat atau memiliki masalah kesehatan ringan. Tujuan dari pelayanan ini adalah membantu klien mendapatkan kesehatan dan kesejahteraannya secara optimal. Umumnya keluarga dan komunitas merupakan penerima pelayanan kesehatan ini, bagaimanapun klien secara individu dapat pula menerima pelayanan keperawatan ini. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit menjadi kunci utama dalam pemberian pelayanan keperawatan ini. Pelayanan

keperawatan ini diberikan di pelayanan puskesmas, klinik pratama, klinik dokter, dan klinik utama (Chitty and Black, 2011; Maybin, Charles and Honeyman, 2016). Terdapat juga pelayanan keperawatan yang ada di klinik keperawatan. Perawat merupakan pemberi pelayanan utama di tingkat primer secara global (McCullough *et al.*, 2023). Saat ini kebutuhan akan pelayanan keperawatan di tingkat primer khususnya perawatan di rumah sangat besar (Maybin, Charles and Honeyman, 2016).

## 2. Pelayanan tingkat kedua

Pelayanan keperawatan ini diberikan pada klien yang membutuhkan pelayanan keperawatan di rawat inap atau di rumah sakit dan tidak dilaksanakan di pelayanan kesehatan utama atau primer yang memiliki rawat inap. Pelayanan keperawatan bersifat kuratif sangat penting pada pelayanan ini.

## 3. Pelayanan tingkat ketiga

Pelayanan keperawatan ini merupakan pelayanan tingkat tertinggi dimana pemberian pelayanan ini umumnya diberikan di rumah sakit tipe A atau B. Pelayanan kesehatan bersifat kuratif dan rehabilitatif sangat penting pada pelayanan ini.

Semua bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi pelayanan dasar dan pelayanan rujukan (Alimul Hidayat, 2009). Sebagai bagian dari pelayanan kesehatan maka pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan keluarga dan komunitas diberikan pada pelayanan keperawatan dasar dan asuhan keperawatan umum seperti asuhan keperawatan medikal bedah, asuhan keperawatan anak, asuhan keperawatan maternitas, asuhan keperawatan gawat darurat, asuhan keperawatan kritis, dan asuhan keperawatan jiwa diberikan pada pelayanan

keperawatan rujukan. Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya.

Secara ideal, pelayanan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, pendidikan *self care*, dan evaluasi (Zendrato, Hariyati and Afifah, 2019). Pelayanan keperawatan yang diberikan perawat tentu saja dapat bervariasi. Kebijakan pemerintah yang berlaku dapat mempengaruhi bagaimana pelayanan keperawatan yang diberikan (Kim *et al.*, 2017; Mason *et al.*, 2020).

### **10.3 Pemberi Pelayanan Keperawatan**

Perawat merupakan pemberi pelayanan keperawatan. Seseorang yang memiliki profesi sebagai perawat telah lulus dari pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Chitty and Black, 2011). Berbagai atribut seperti pengetahuan, ketrampilan, dan sikap melekat pada diri seorang perawat dan dapat menjadi kekuatan dari perawat itu sendiri (Banfield, 2011). Perawat yang baik harus memiliki pengetahuan, ketrampilan, dan sikap yang adekuat sesuai dengan situasi dan kondisi pasien sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan tepat. Contoh saat perawat akan memberikan pelayanan keperawatan pada pasien ulkus kaki diabetik, maka perawat tersebut harus memiliki pengetahuan, ketrampilan, dan sikap yang adekuat terkait dengan perawatan pada pasien dengan ulkus kaki diabetik. Bagaimanapun berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, ketrampilan dan sikap perawat bervariasi pada berbagai situasi dan kondisi pasien di berbagai negara (Abdullah, Al-Senany and Al-Otheimin, 2017; Bilal *et al.*, 2018;

Kaya and Karaca, 2018; Kumarasinghe, Hettiarachchi and Wasalathanthri, 2018; Abate *et al.*, 2020). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pengetahuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan akan mempengaruhi perawat dalam melakukan praktik keperawatan (Bilal *et al.*, 2018; Kumarasinghe, Hettiarachchi and Wasalathanthri, 2018).

Berdasarkan pendidikan tinggi keperawatan yang dilaluinya, perawat di Indonesia terdiri dari perawat profesi dan perawat vokasi (DPR, 2014). Ners dan ners spesialis merupakan perawat profesi yang pendidikannya melalui pendidikan akademik sarjana keperawatan dan pendidikan vokasi. Perawat yang melalui pendidikan vokasi serendah-rendahnya adalah program diploma tiga keperawatan termasuk dalam perawat vokasi. Baik perawat vokasi dan perawat profesi harus memiliki surat tanda registrasi (STR) perawat untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan. Bagaimanapun penyebaran tenaga perawat di Indonesia belumlah merata (Romadhona and Siregar, 2018).

## **10.4 Diversitas Pelayanan Keperawatan**

Diversitas atau keberagaman pelayanan keperawatan yang diberikan merupakan hal yang umum terjadi (Philbrick, 1984). Diversitas pelayanan keperawatan dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu:

### **1. Variasi tanggung jawab dari perawat**

Setiap perawat memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan uraian tugas dan kewenangan yang diberikan kepadanya. Pemberian tugas dan kewenangan tersebut bergantung pada kompetensi klinis yang dimiliki.

Sesuai dengan peraturan kementerian kesehatan, perawat di Indonesia dengan jenjang perawat klinik I akan memiliki tanggung jawab berbeda dengan jenjang perawat

klinik II, begitu juga dengan perawat klinik III dan IV (Kementrian kesehatan Indonesia, 2017). Semakin rendah jenjang perawat klinik seseorang maka tanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan semakin berada pada level dasar. Perawat dengan jenjang perawat klinik I memiliki tanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan dasar, sedangkan perawat dengan jenjang perawat klinik II memiliki tanggung jawab untuk memberikan asuhan keperawatan lanjutan.

Tidak jauh berbeda dengan negara Indonesia, beberapa negara di luar negeri mereka menggunakan jenjang karier perawat seperti perawat teregristrasi (*registerd nurse/RN*) dan perawat praktikal berlisensi (*isence practical nurse/LPN*) (Chitty and Black, 2011). Setiap jenjang perawat di luar negeri ini juga memiliki tugas dan tanggung jawab yang berbeda. Perawat RN memiliki tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan langsung pada pasien di rumah sakit, rumah perawatan, dan rumah pasien. Mereka juga memiliki tanggung jawab lain seperti membantu menjaga kesehatan komunitas dan populasi di sekolah, membantu dalam perawatan jalan individu dan keluarga, melakukan pelayanan spesialis, memberikan pelayanan keperawatan pada tingkat manajemen menengah dan top atau tertinggi, melakukan penelitian keperawatan, dan memberikan pelayanan professional dan pendidikan kepemimpinan kepada profesi (Philbrick, 1984).

Bagaimanapun tanggung jawab perawat dengan jenjang klinis yang sama tidak menjamin untuk memiliki tanggung jawab yang sama pada berbagai pelayanan kesehatan tempat perawat bekerja. Aktivitas harian perawat di rumah sakit umum akan berbeda dengan rumah sakit jiwa, begitu juga pada rumah perawatan. Pelayanan



keperawatan di rumah perawatan dan rumah sakit fokus pada pasien di tempat tidur.

Lokasi dan tipe pelayanan kesehatan juga akan mempengaruhi tanggung jawab dari pemberi pelayanan keperawatan. Tanggung jawab perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di rumah sakit pemerintah di lokasi terpencil dengan di lokasi di kota akan berbeda. Pelayanan keperawatan di rumah sakit besar dapat berupa pelayanan yang lebih spesialis. Pelayanan keperawatan di rawat inap, puskesmas, rawat jalan juga dapat berbeda (Zendrato, Hariyati and Afifah, 2019; McCullough *et al.*, 2023).

**Tabel 10.1.** Contoh tanggung jawab personel pelayanan keperawatan di rumah sakit

| No | Tanggung Jawab                                                                         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Pengkajian                                                                             |
|    | a. Melakukan pengkajian saat masuk-riwayat keperawatan                                 |
|    | b. Melakukan pemeriksaan fisik                                                         |
|    | c. Menentukan kebutuhan perawatan                                                      |
|    | d. Mengobservasi perubahan kondisi pasien                                              |
| 2  | Diagnosa keperawatan                                                                   |
|    | a. Menganalisa berbagai data yang dapat mengarah kepada pembuatan diagnosa keperawatan |
| 3  | Perencanaan keperawatan                                                                |
|    | a. Mengembangkan rencana keperawatan yang sesuai                                       |
|    | b. Mengevaluasi perubahan yang diperlukan dalam perencanaan                            |
|    | c. Menetapkan prioritas yang sesuai dengan kondisi                                     |
|    | d. Menyesuaikan tindakan dengan kebutuhan                                              |

|    |                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------|
| No | Tanggung Jawab                                                |
|    | pasien                                                        |
| 4  | Interaksi dengan dokter                                       |
|    | a. Mendiskusikan rencana keperawatan di                       |
|    | b. Kontak dokter terkait masalah dan perubahan kondisi pasien |
|    | c. Mengintrepetasi instruksi dokter                           |
|    | d. Menerima instruksi dokter melalui telepon                  |
|    | e. Menghubungkan instruksi keperawatan dan instruksi dokter   |
|    | f. Melakukan asistensi dokter untuk prosedur tertentu         |
| 5  | Supervisi dan komunikasi                                      |
| 6  | Edukasi pasien dan keluarga                                   |

Sumber: (Philbrick, 1984)

## 2. Variasi personel pemberi pelayanan keperawatan

Sejumlah perawat banyak mendominasi di rumah sakit. Hanya sedikit perawat yang berkerja di rumah perawatan atau panti jompo. Pendidikan yang lebih tinggi juga ditemukan di rumah sakit dibandingkan dengan puskesmas ataupun panti jompo. Adanya variasi personel pemberi pelayanan kesehatan di suatu institusi mempengaruhi bagaimana pelayanan keperawatan diberikan. Bagaimanapun penyebaran perawat belum merata di Indonesia, masih banyak terpusat di pulau Jawa (Romadhona and Siregar, 2018).

Mayoritas perawat di Indonesia memiliki jenjang pendidikan D3 keperawatan. Perawat dengan jenjang pendidikan ners dan perawat spesialis di Indonesia banyak menduduki jabatan di tingkatkan manajerial, sedangkan pendidikan diploma keperawatan menjadi perawat pelaksana. Perawat RN merupakan komponen terbesar

personel pemberi pelayanan keperawatan di Amerika Serikat, dibandingkan dengan LPNs (Philbrick, 1984; Mason *et al.*, 2020)

Adanya perbedaan tingkat pendidikan juga menjadi dasar bagi rumah sakit dalam membuat standar fungsi personel pemberi pelayanan keperawatan dan model pemberian pelayanan keperawatan (Parreira *et al.*, 2021). Hal ini juga memberikan dasar untuk mendelegasikan tanggung jawab pada berbagai personel.

### 3. Variasi campuran personel dalam pemberian pelayanan keperawatan

Kuantitas dan kualitas personel keperawatan yang ada akan berdampak pada pembiayaan yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit atau rumah perawatan (Nursalam, 2015). Adanya proporsi campuran staf keperawatan di rumah sakit memungkinkan adanya transfer ilmu antar perawat satu dengan yang lain sehingga pelayanan keperawatan yang diberikan semakin baik.

Adanya berbagai metode pemberian asuhan keperawatan yang dipakai rumah sakit memungkinkan adanya campuran personel keperawatan karena memiliki cara tersendiri untuk memberikan asuhan keperawatan (Parreira *et al.*, 2021). Bagaimanapun tidak ada satu model pemberian pelayanan keperawatan yang dapat dipakai semua unit karena setiap unit perawatan memiliki komposisi pasien maupun personel keperawatan yang berbeda (Prentice, Moore and Desai, 2021).

## 10.5 Kualitas Pelayanan Keperawatan

Sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, maka kualitas dari pelayanan keperawatan mempengaruhi kualitas dari pelayanan kesehatan (Maybin, Charles and Honeyman, 2016). Kualitas pelayanan keperawatan adalah salah satu faktor utama yang menentukan kesembuhan pasien. Tentu saja usia, jenis kelamin, dan tempat tinggal pasien menentukan persepsi mereka akan kualitas pelayanan keperawatan yang telah mereka terima (Yusefi *et al.*, 2022).

Kebijakan yang diberlakukan oleh organisasi tempat perawat bekerja dapat berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan (Kim *et al.*, 2017; Mason *et al.*, 2020). Penentuan bagaimana model pelayanan keperawatan diberikan sangat menentukan hasil dari pelayanan yang diberikan dan kepuasan pasien (Prentice, Moore and Desai, 2021). Terdapat variasi model dalam pemberian pelayanan keperawatan.

Suatu hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien mempersepsikan kualitas pelayanan keperawatan dalam pemberian pelayanan psikososial, fisik, dan komunikasi pada level sedang (Yusefi *et al.*, 2022).

### 1. Pelayanan keperawatan psikososial

Pelayanan keperawatan yang diberikan berupa perilaku perawat untuk membuat pasien nyaman secara psikologis.

Contoh tindakan yang perlu dilakukan perawat antara lain:

- a. Merespons terhadap pertanyaan pasien
- b. Memberikan lingkungan yang sesuai saat menjawab pertanyaan pasien
- c. Menggunakan intonasi suara yang menunjukkan ketertarikan untuk menyelesaikan masalah pasien dan memenuhi kebutuhannya
- d. Memperhatikan perkataan pasien

- e. Memberikan kepuasan pasien setelah berbicara dengan perawat
- f. Memanggil nama, tidak nomor tempat tidur
- g. Memperkenalkan diri pada perawat
- h. Menampilkan perilaku yang baik walau perilaku pasien tidak sesuai
- i. Memberikan waktu dengan pasien saat pasien merasakan kesendirian
- j. Mendiskusikan dengan pasien jika pengobatan sudah selesai dan menganjurkan untuk selalu patuh dengan pengobatan

## 2. Pelayanan keperawatan fisik

Pelayanan keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien untuk perbaikan kondisi fisik pasien. Contoh tindakan yang perlu dilakukan perawat antara lain:

- a. Memenuhi kebutuhan harian pasien
- b. Meminta pasien menyebutkan nama sebelum pemberian obat
- c. Memperhatikan pola makan pasien
- d. Memperhatikan perubahan berat badan pasien
- e. Memperhatikan pola eliminasi pasien
- f. Memperhatikan pola istirahat dan tidur pasien

## 3. Pelayanan keperawatan komunikasi

Pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien harus dapat dikomunikasikan dengan baik pada pasien. Komunikasi menjadi kunci utama keberhasilan dalam seluruh pelayanan keperawatan yang diberikan.

Contoh tindakan yang perlu dilakukan perawat antara lain:

- a. Bersedia untuk mendengarkan ungkapan perasaan pasien
- b. Mudah untuk ditanya tentang penyakit
- c. Mendengarkan dengan baik setiap perkataan pasien
- d. Memberi kesempatan untuk bertanya

- e. Menggunakan komunikasi yang sesuai antar perawat dengan tenaga kesehatan lain

## DAFTAR PUSTAKA

- Abate, T. W. *et al.* 2020. 'Nurses' knowledge and attitude towards diabetes foot care in Bahir Dar, North West Ethiopia', *Heliyon*. Elsevier, 6(11), p. e05552. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e05552.
- Abdullah, W. H., Al-Senany, S. and Al-Otheimin, H. K. 2017. 'Capacity building for nurses' knowledge and practice regarding prevention of diabetic foot complications', *Int J Nurs Sci*, 7(1), pp. 1–15.
- Alimul Hidayat, A. 2009. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Banfield, B. E. 2011. 'Nursing agency: the link between practical nursing science and nursing practice', *Nursing Science Quarterly*. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA, 24(1), pp. 42–47.
- Bilal, M. *et al.* 2018. 'Knowledge, attitudes, and practices among nurses in Pakistan towards diabetic foot', *Cureus*. Cureus, 10(7). doi: 10.7759/cureus.3001.
- Chitty, K. K. and Black, B. P. 2011. *Professional nursing: concepts & challenges*.
- DPR, R. I. 2014. 'Undang-Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan', *DPR RI*.
- Kaya, Z. and Karaca, A. 2018. 'Evaluation of nurses' knowledge levels of diabetic foot care management', *Nursing Research and Practice*. Hindawi, 2018. doi: 10.1155/2018/8549567.
- Kementrian kesehatan Indonesia. 2017. 'Peraturan Menteri Kesehatan No. 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis', *Kementerian Kesehatan*.

- Kim, J. *et al.* 2017. 'Policy issues and new direction for comprehensive nursing service in the national health insurance', *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. Korean Academy of Nursing Administration, 23(3), pp. 312–322.
- Kumarasinghe, S. A., Hettiarachchi, P. and Wasalathanthri, S. 2018. 'Nurses' knowledge on diabetic foot ulcer disease and their attitudes towards patients affected: A cross-sectional institution-based study', *Journal of clinical nursing*. Wiley Online Library, 27(1–2), pp. e203–e212. doi: 10.1111/jocn.13917.
- Mason, D. J. *et al.* 2020. *Policy & politics in nursing and health care-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Maybin, J., Charles, A. and Honeyman, M. 2016. 'Understanding quality in district nursing services', *London: Kings Fund*.
- McCullough, K. *et al.* 2023. 'An examination of primary health care nursing service evaluation using the Donabedian model: A systematic review', *Research in Nursing & Health*. Wiley Online Library, 46(1), pp. 159–176. doi: 10.1002/nur.22291.
- Meyer, R. M. and O'Brien-Pallas, L. L. 2010. 'Nursing services delivery theory: an open system approach', *Journal of Advanced Nursing*. Wiley Online Library, 66(12), pp. 2828–2838. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05449.x.
- Nursalam, D. 2015. *Manajemen Keperawatan" Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Parreira, P. *et al.* 2021. 'Work methods for nursing care delivery', *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI, 18(4), p. 2088. doi: 10.3390/ijerph18042088.
- Philbrick, M. 1984. 'Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions'. Wiley Online Library.



- Prentice, D., Moore, J. and Desai, Y. 2021. 'Nursing care delivery models and outcomes: A literature review', in *Nursing Forum*, pp. 971–979. doi: 10.1111/nuf.12640.
- Romadhona, Y. S. and Siregar, K. N. 2018. 'Analisis sebaran tenaga kesehatan puskesmas di indonesia berdasarkan peraturan menteri kesehatan nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas', *Jurnal Kesehatan Manarang*, 4(2), pp. 114–121. doi: 10.33490/jkm.v4i2.99.
- Yusefi, A. R. *et al.* 2022. 'Patients' perceptions of the quality of nursing services', *BMC nursing*. BioMed Central, 21(1), pp. 1–11. doi: 10.1186/s12912-022-00906-1.
- Zendrato, M. V., Hariyati, R. T. S. and Afifah, E. 2019. 'Outpatient nursing care implementations in Indonesian regional public hospitals', *Enfermeria Clinica*. Elsevier, 29, pp. 449–454. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.066 1130-8621/© 2019 Elsevier Espana, ~ S.L.U. All rights r.

# BAB 11

## ASPEK ETIKA DAN HUKUM DALAM KONTEKS PROFESI KEPERAWATAN

*Oleh Dewi Wulandari*

### 11.1 Pendahuluan

Aspek etika keperawatan penting bagi perawat yang bertugas. Banyak kasus pelanggaran etik di Indonesia, seperti bayi melepuh karena ditinggal perawat, salah suntik, pasien jatuh, pasien terlambat berobat adalah hal yang masih terjadi dalam perawatan pasien. Hal ini dapat terjadi karena perawat kurang memperhatikan prinsip etik dalam keperawatan. Penelitian Amelia (2013) menunjukkan bahwa banyak keluhan pasien yang disebabkan oleh kecerobohan caregiver.

Etika keperawatan merupakan pedoman bagi perawat dalam memberikan asuhan, sehingga semua tindakan yang dilakukannya tetap memperhatikan kepentingan terbaik pasien (Kozier, 2016). Etika keperawatan mengandung unsur pengorbanan, komitmen, pengabdian, dan hubungan antara perawat dan klien, dokter, sesama perawat, diri sendiri, keluarga klien, dan pengunjung.

Ada 7 prinsip etika keperawatan yaitu; Otonomi (*menghormati* hak-hak pasien), *bebas dari bahaya* (tidak merugikan pasien), *charity* (melakukan yang terbaik untuk pasien), *keadilan* (bersikap adil kepada semua pasien), *truefulness* (jujur kepada pasien dan keluarga), *kesetiaan* (selalu menepati janji kepada pasien dan keluarga), dan *kerahasiaan* (kemampuan menyimpan rahasia Pasien). Etika keperawatan dan etika kesehatan sampai saat ini menjadi topik

yang menarik untuk didiskusikan karena perawat menghadapi masalah etika sehari-hari.

Secara umum beberapa aspek prinsip etik yang sering dilanggar secara tidak sadar oleh sebagian perawat adalah aspek otonomi. Caregiver terkadang tidak meminta persetujuan sebelum mengambil tindakan karena pasien dianggap sudah pasrah kepada petugas kesehatan untuk kesembuhannya. Dalam banyak kasus ditemukan bahwa pelayanan yang diberikan oleh perawat tidak sesuai dengan kode etik keperawatan yang telah ditetapkan. Perawat ingin profesional, namun hal tersebut belum sesuai dalam proses pelaksanaannya dan melanggar kode etik yang telah ditetapkan.

Hasil penelitian kami terkait survei penggunaan prinsip etik di kalangan perawat menunjukkan bahwa sebagian besar hasil memberikan intervensi keperawatan tanpa *informed consent dan kurang peduli terhadap pasien*. Informed consent adalah penyampaian informasi oleh dokter atau perawat kepada pasien sebelum prosedur medis dilakukan, dan ini adalah prinsip *otonomi* pasien .

Hal ini penting karena setiap pasien berhak mengetahui resiko dan manfaat dari tindakan medis yang akan mereka jalani . Selama ini pemasangan infus dianggap normal dan merupakan prosedur umum bagi pasien yang memasang infus tanpa pemberitahuan terlebih dahulu setiap kali masuk rumah sakit, bahkan bagi pasien sudah menjadi hal yang lumrah. Padahal, saat memasang infus, diperlukan penjelasan dan pelatihan bagi pasien dan keluarganya.

Pendidikan pasien adalah salah satu prinsip etika perawatan pasien. Banyak kejadian di mana pasien yang masuk rumah sakit tiba-tiba diminta untuk menandatangani selembar kertas tanpa mengetahui apa isi kertas tersebut. Berdasarkan wawancara dan observasi, lembar tersebut ternyata

merupakan lembar informasi bagi pasien. Akibatnya, banyak tenaga kesehatan yang lupa memberikan edukasi, padahal hal tersebut sangat penting bagi pasien dan keluarga. Pihak rumah sakit tidak bisa melihat karena evaluasi hanya dilakukan dari dokumen yang ditandatangani lengkap dengan tanda tangan pasien dan keluarga.

Penerapan prinsip etik menjadi penting agar tidak merugikan pasien. Kerugian tersebut dapat mengakibatkan *cedera* atau kerusakan fisik, kerusakan emosional seperti ketidakpuasan, kecacatan bahkan kematian, dan pada akhirnya tujuan pelayanan *keselamatan pasien* tidak pernah tercapai. Selain itu, hal ini menyebabkan ketidakpuasan pasien yang pada akhirnya berdampak negatif pada citra perawat dan pendapatan rumah sakit. Pasien yang tidak puas dengan pelayanan yang diberikan tidak akan mundur ke tempat ini karena tidak puas dengan pelayanan yang diberikan.

Dampak lain yang muncul pada perawat adalah perawat dipandang kasar dan buruk *Citra* perawat oleh pasien, menyebabkan pasien kehilangan rasa percaya diri dan meragukan kompetensi perawat. Perawat yang memahami etika dan menerapkannya dalam pelayanan perawatan pasien akan menghasilkan kepuasan pasien, membina hubungan antara perawat, pasien dan tenaga kesehatan lainnya sehingga pasien memiliki kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan. Pasien merasa lebih aman dan layanan kesehatan yang diberikan berkualitas tinggi.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang siaga 24 jam sehari dalam memberikan pelayanan keperawatan harus memberikan asuhan keperawatan dengan baik dan selalu mematuhi kode etik keperawatan serta menerapkan prinsip etik keperawatan dalam pemberian pelayanan. Kode Keperawatan adalah salah satu pedoman kami sebagai perawat untuk mencegah kesalahpahaman dan konflik. Penerapan etika

keperawatan tidak lepas dari kepribadian caregiver dan faktor-faktor lain yang mempengaruhinya, termasuk *sikap caring* caregiver. *Caring* adalah sikap merawat pasien dengan keinginan yang tulus untuk membantu pasien meningkatkan kesehatannya. Menerapkan perilaku peduli dimaksudkan untuk meningkatkan penerapan prinsip etika dan mencegah pengasuh dari perbuatan tercela.

## 11.2 Etika Perawatan

Etika keperawatan adalah studi ilmiah yang mengkaji karakter, motif, dan perilaku seorang perawat. Etika juga dimaksudkan untuk mencerminkan standar, karakteristik, dan prinsip seseorang dalam berperilaku secara profesional. Etika keperawatan harus dipahami dan dipraktikkan oleh seorang perawat dan dipelajari di departemen keperawatan. Pemahaman yang mendalam tentang etika keperawatan, prinsip dan tujuan per se.

Ternyata, menjadi seorang perawat tidaklah mudah karena terdorong oleh etika keperawatan. Tidak asal [kuliah di jurusan keperawatan](#), bisa langsung jadi perawat. Tapi itu juga membutuhkan banyak komitmen dan tanggung jawab. Ketika kita menjadi perawat, kita tidak boleh sembarangan memperlakukan pasien sesuka kita. Ada etika keperawatan yang harus Anda pelajari, renungkan, dan praktikkan saat Anda berada di lapangan.

Ketika berbicara tentang etika keperawatan, ada yang namanya kode etik keperawatan. Dengan demikian, Kode Etik Keperawatan merupakan standar profesi yang menjadi acuan atau pedoman bagi perilaku perawat dalam menjalankan profesinya. Tentu saja, kode etik ini wajib dimiliki oleh setiap caregiver. Tujuannya jelas untuk meminimalisir terjadinya kasus dan kejadian pelanggaran kode etik dalam praktek dengan pasien.

### 11.3 Prinsip Etik Keperawatan

Mungkin ada yang bertanya, apa prinsip etika keperawatan? pertanyaan kritis. Ada 8 prinsip etika keperawatan yaitu otonomi, bersikap baik, adil, tidak menyakiti, kejujuran, menepati janji, menjaga rahasia dan tanggung jawab.

1. Otonomi

Kita tahu bahwa setiap orang memiliki hak asasi manusia dan memiliki hak untuk menyatakan pendapatnya. Tentu saja, pada akhirnya mereka juga memiliki prinsip, teori, dan cara berpikir yang berbeda. Dimana teori yang mereka miliki mempengaruhi sebuah keputusan.

Oleh karena itu, seorang pengasuh harus dapat menerapkan hak kemerdekaan dan kebebasan kepada orang lain dan tidak menuntut atau mendiskriminasi orang lain (putri, 2015).

2. Jadilah baik (amal)

Yang tidak kalah pentingnya adalah etika keperawatan berbuat baik. Perbuatan atau sikap yang baik meminimalkan kesalahan dan kejahatan.

3. Keadilan

Penting juga bagi seorang perawat untuk memiliki sikap yang adil terhadap orang lain. Perawat tetap menjunjung tinggi prinsip moral, kemanusiaan dan hukum. Tentu saja sikap keadilan berkaitan dengan standar praktik dan keyakinan yang sejalan dengan prinsip-prinsip moral.

4. Jangan membahayakan (non-maleficence)

Etika keperawatan bukan tentang menyakiti orang lain atau menghindari bahaya. Konteks tidak merugikan perawat berarti tidak merugikan dan menimbulkan kerugian fisik atau psikis pada pasien.

Misalnya, pasien ingin berolahraga meskipun memiliki penyakit yang tidak memungkinkannya untuk terlalu aktif.

5. Kejujuran (kejujuran)

Kejujuran juga merupakan etika keperawatan yaitu dengan memberikan informasi yang obyektif, akurat dan komprehensif kepada pasiennya. Pekerjaan perawat juga diperlukan agar pasien dapat memahami apa yang disampaikan oleh perawat.

6. Menepati janji (kesetiaan)

Etika keperawatan lainnya adalah menepati janji yang dibuat oleh pasien. Wujud dari menepati janji yang dimaksud adalah upaya pengasuh untuk menghormati setiap kewajiban kepada orang lain.

7. Menjaga rahasia (*confidentiality*)

Dalam dunia medis, etika perawatan yang paling utama adalah perawatan rekam medis pasien yang menjunjung tinggi kerahasiaan. Karena kerahasiaan pasien adalah privasi anda. Oleh karena itu, hanya dokter dan perawat yang diperbolehkan untuk tujuan perawan dan penyembuhan.

8. Akuntabilitas

Etika keperawatan juga memiliki peran dan tanggung jawab dalam setiap tindakan untuk tetap profesional. Misalnya, perawatan harus dilakukan untuk tidak memberikan dosis obat yang salah kepada pasien.

## 11.4 Tujuan Kode Etik Keperawatan

1. Membantu pasien, individu dan komunitas tetap mandiri

Tidak semua pasien sadar hidup mandiri. Banyak pasien yang kesakitan merasa putus asa dan putus asa. Terima kasih kepada para perawat, mereka setidaknya bisa menyemangati para pasien.

## 2. Membantu klien mengatasi penyakitnya

Sebagai manusia biasa, wajar jika tidak mengetahui penyakit yang ada pada dirinya. Nah , tujuan etika keperawatan adalah agar perawat benar-benar membantu pasien dengan mendidik pasien tentang penyakitnya.

## 3. Ajak pasien, individu dan komunitas untuk terlibat dalam sektor kesehatan

Tidak dapat dipungkiri bahwa etika keperawatan tidak semata-mata bertujuan untuk menyembuhkan pasien. tetapi juga mendorong pasien untuk berpartisipasi.

Misalnya setelah mendapat pendidikan dan pengalaman, seorang pasien yang terinfeksi HIV ingin membagikan semangatnya kepada ODHA agar tetap semangat dan tidak putus asa.

## 4. Bantuan untuk pasien yang meninggal dengan damai

Ternyata kode perawatan membantu pasien yang meninggal dengan damai. Seperti menenangkan keluarga, membantu mengurus jenazah sebelum dipulangkan dan masih banyak lagi.

## 5. Mengajak untuk menjaga kesehatan dan mengembangkan potensi kesehatan

Etika keperawatan juga sangat membantu pasien untuk [menjaga kesehatannya](#) agar tidak lagi kesakitan. Siapa yang mau sakit? Saya tidak berpikir ada orang yang ingin sakit jika mereka menghabiskan banyak uang.

## 6. Membantu memulihkan kondisi pasien setelah sakit

Saat rumah sakit penuh dengan dokter, ternyata banyak pasien yang sakit jiwa. Ya, memang benar kehadiran seorang perawat ternyata bisa menjadi penyembuh psikologis. Dokter fokus pada penyembuhan fisik.



Caregiver secara tidak langsung memantau tidak hanya kondisi fisik pasien, tetapi juga memastikan ketenangan bagi keluarga pasien. Karena perawat menjelaskan apa yang perlu dilakukan untuk keluarga dan pasien itu sendiri.

#### 7. Mengajak untuk menjaga kesehatan

Mengajak pasien atau keluarga pasien untuk tetap hidup sehat dan menjaga kesehatannya adalah hal yang paling utama. Ajakan untuk perawatan kesehatan tidak terjadi pada saat sakit, tetapi sebelum sakit sebagai pencegahan.

#### 8. Mengajak Anda untuk mencapai kesehatan yang optimal

Banyak orang punya banyak uang. Akhirnya , karena gaya hidup yang tidak sehat, kesehatannya menjadi terganggu dan kehidupannya tidak optimal . Uang sebanyak apapun tidak ada artinya, karena kesehatan adalah hal yang paling penting.

#### 9. Jaga kesehatan pasien

Tujuan etika keperawatan selanjutnya adalah menjaga kesehatan pasien sebelum atau sesudah perawatan. Bisa dibayangkan jika tidak ada perawat, keluarga pasien tidak tahu harus berbuat apa . Oleh karena itu perawat sangat dibutuhkan di rumah sakit.

#### 10. Mencegah lebih banyak rasa sakit

tidak tahu apa yang sebenarnya membuat rasa sakitnya semakin parah. Nah, seorang perawat memberikan kontribusi yang sangat besar untuk mendidik pasien agar tidak memperparah penyakit pasien. Inilah tujuan etika keperawatan yang perlu ditekankan. Apalagi buat kamu yang mengaku dan bercita-cita menjadi seorang perawat.

## **11.5 Fungsi Kode Etik Keperawatan**

Etika keperawatan memiliki banyak fungsi (Potter Perry, 2019)

1. Berikan pengasuh dengan bimbingan yang sistematis dan ilmiah tentang bagaimana memecahkan masalah klien melalui pengasuhan
2. Memberikan pedoman bahwa perawat yang berkualitas adalah perawat profesional yang mampu memecahkan masalah dengan pendekatan komunikasi yang efisien dan efektif.
3. Memberikan kebebasan kepada pasien untuk mendapatkan pelayanan yang terbaik sesuai dengan kebutuhan dan kemandiriannya dalam bidang kesehatan
4. Mendidik perawat agar berperilaku tepat, sistematis dan sesuai dengan kode etik perawat sehingga pasien merasa senang, puas dan nyaman.
5. Membangun kepemimpinan dan akuntabilitas
6. Memotivasi perawat untuk melanjutkan penelitian sebagai bentuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang keperawatan
7. Dapat meningkatkan mutu dan pelayanan asuhan
8. Memotivasi perawat untuk memenuhi tugasnya yaitu mendidik pasien tentang hidup sehat setelah pulang dari rumah sakit.
9. Mendorong pengasuh untuk mengadopsi sikap loyalitas dan integritas kepada masyarakat
10. Mendorong perawat menjadi pribadi yang tanggap, produktif, dan berpikiran maju.

## 11.6 Masalah Hukum Dalam Keperawatan

Hukum dibuat oleh lembaga pemerintah dan harus diikuti oleh warga negara. Mereka yang tidak mematuhi hukum diwajibkan secara hukum untuk membayar denda atau penjara. Beberapa situasi yang harus dihindari perawat:

a. Kelalaian

Seorang perawat lalai ketika dia melukai pasien dengan tidak melakukan pekerjaan seperti yang diharapkan atau tidak melakukannya dengan hati-hati, menyebabkan pasien jatuh dan melukai dirinya sendiri.

b. Pencurian

Jika anda mengambil sesuatu yang bukan milik anda, anda bersalah karena mencuri. Siapa pun yang tertangkap akan dihukum. Mengambil barang yang tidak berharga juga bisa dihitung sebagai pencurian.

c. Fitnah

Jika anda membuat pernyataan palsu tentang seseorang dan merugikan orang tersebut, anda bersalah atas pencemaran nama baik. Hal ini berlaku baik secara lisan maupun tulisan.

d. Penahanan palsu

Menahan tindakan seseorang tanpa otorisasi yang tepat adalah pemenjaraan yang melanggar hukum atau palsu. Penggunaan pengekangan fisik atau bahkan ancaman untuk membuat pasien mau bekerja sama juga dapat dianggap sebagai perampasan kebebasan. Pengekangan dan pengekangan harus digunakan sesuai petunjuk dokter (okatiranti, 2015)

e. Menyerang dan memukul

Penyerangan berarti dengan sengaja mencoba menyentuh atau bahkan mengancam akan menyentuh tubuh orang lain. Memukul sebenarnya adalah menyentuh orang lain tanpa izin. Perawatan yang kami tawarkan selalu dilakukan

atas izin atau informed consent pasien. Artinya pasien perlu mengetahui dan menyetujui apa yang kita rencanakan dan lakukan (papalia, 2015)

f. Pelanggaran data

Pasien memiliki hak atas kerahasiaan dan hal-hal pribadi pelanggaran kerahasiaan merupakan pelanggaran privasi dan tindakan melawan hukum.

g. Penganiayaan

Menyalahgunakan pasien bertentangan dengan prinsip etika dan mewajibkan anda untuk mengambil tindakan hukum. Standar etika mengharuskan perawat untuk tidak melakukan sesuatu yang merugikan pasien. Siapapun bisa dilecehkan, tapi hanya orang tua dan anak-anak yang paling rentan. Biasanya, penyedia layanan atau keluarga yang bertanggung jawab atas penyalahgunaan ini. Mungkin sulit untuk memahami mengapa seseorang menganiaya orang lain yang lemah atau rapuh, tetapi itu terjadi. Beberapa orang merasa puas untuk mengendalikan orang lain. Tetapi hampir semua pelecehan berasal dari perasaan frustrasi dan kelelahan, dan sebagai pengasuh, Anda harus menjaga keamanan dan keselamatan pasien Anda (Rubenfeld, 2015)

## **11.7 Dasar dari aspek hukum keperawatan**

Dasar dari sisi legal care adalah care law, baik secara individu maupun kelompok.

Kewenangan ini hanya diberikan kepada mereka yang memiliki kemampuan. Namun, memiliki kemampuan bukan berarti memiliki otoritas. Selain keterampilan yang diperoleh secara bertahap, wewenang yang diberikan juga dipentaskan. Kompetensi keperawatan adalah kemampuan khusus perawat dalam bidang tertentu yang memiliki tingkat minimal yang harus dilampaui. Dalam profesi kesehatan hanya kewenangan

umum yang diatur oleh Kementerian Kesehatan sebagai kewenangan seluruh profesi kesehatan dan kedokteran. Sementara itu, kewenangan khusus dalam arti tindakan kedokteran atau kesehatan tertentu diserahkan kepada kelompok profesi masing-masing ( Rosdahl , 2017).

### **11.8 Penerapan aspek hukum dalam keperawatan**

Hukum mengatur perilaku hubungan manusia sebagai subjek hukum yang menghasilkan hak dan kewajiban. Dalam kehidupan manusia, baik secara individu maupun kelompok, hukum mengatur penyelenggaraan hubungan baik antara orang dengan orang, antara orang dengan kelompok orang, dan antara orang dengan kelompok orang. Hukum dalam pergaulan manusia merupakan suatu keniscayaan ( Nies ., 2015 ) . Sehubungan dengan Pasal 1(6) UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009 disebutkan: “Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang berdedikasi di bidang kesehatan dan melalui pelatihan di bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan yang diperlukan untuk jenis-jenis tertentu. kewenangan menyelenggarakan upaya kesehatan.” Demikian pula Pasal 63 ayat 4 UU No. 36 Tahun 2009 menyatakan: “Pelaksanaan pengobatan dan/atau perawatan berdasarkan ilmu kedokteran atau keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dan kewenangan untuk mengaturnya”. Berdasarkan pasal tersebut, Keperawatan adalah Profesi/Pribadi. Pelayanan kesehatan yang misinya memberikan pelayanan kepada pasien yang membutuhkan. Pelayanan keperawatan di rumah sakit meliputi: proses pemberian asuhan, penelitian dan pendidikan berkelanjutan. Dalam hal ini proses pemberian asuhan dilaksanakan sebagai inti kegiatan dan dilanjutkan dengan pelaksanaan kajian penunjang asuhan, serta pengetahuan, keterampilan dan sikap yang diperoleh melalui pendidikan, padahal semua itu

bertujuan untuk menjamin keselamatan. Perawatan untuk penyedia layanan dan pasien sebagai penerima perawatan. Berdasarkan Kepmenkes 1239 dan Permenkes no. HK.02.02/Menkes/148/I/2010 ada beberapa hal yang berkaitan dengan kegiatan keperawatan. Mengenai kegiatan yang dapat dikaitkan langsung dengan aspek legalisasi pengasuhan:

- 1) Proses keperawatan
- 2) Tindakan keperawatan
- 3) Lembar persetujuan

Untuk melindungi perawat dari tuntutan pelanggan/pasien, perlu diatur secara jelas hak, tugas dan wewenang perawat, agar tidak terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tugasnya serta terciptanya kepastian dan perlindungan hukum bagi perawat. Hak dan kewajiban perawat diatur dalam Kepmenkes 1239/2001 dan Keputusan Dirjen Pelayanan Medis No. YM00.03.2.6.956

## DAFTAR PUSTAKA

- amelia, N. 2013. *Prinsip etika keperawatan*. Diproses dari L Vityaksana. Yogyakarta: D-Medis
- Kozier Dan kacang. 2016. *Dasar dari Peduli: konsep, proses, Dan praktek* . edisi ke-10 Diproses dari T.Zak Dan K Wilson. Inggris
- bersin M A Dan McEwen, M. 2015. *Komunitas/Umum Kesehatan Peduli: Dukungan keuangan Itu Kesehatan populasi* . 6. Edisi Kanada: Elsevier
- Okatiranti. 2015. "Deskripsi pengetahuan dan sikap perawat dalam praktek memulangkan perencanaan Pada Sabar diabetes Melitus Jenis II', *buku harian Untuk mengetahui keperawatan*, III, hlm. 233-7246.
- Papalia, DE dan Feldman, RD. 2015. *Menjelajahi Pembangunan Manusia*. 12. Edisi Jakarta: salemba humanisme
- tembikar, P A *et al.* 2019. *Dasar-dasar untuk peduli praktek* . edisi ke-9 Kanada: Elsevier.
- Putri, DMP. 2017. *Pengantar Konsep Riset Keperawatan dan Aplikasi Riset Di dalam keperawatan*. Yogyakarta: referensi Pers baru
- Rosdahl, CB dan Kowalski, MT. 2017. *Buku Ajar Keperawatan Dasar* . edisi ke-11. Diproses dari K squazzo, H. kogut, Dan e kor. Philadelphia: Wolter cerdik
- Rubenfeld, M G. Dan Scheffer, B. K. 2015. *kritis Memikirkan taktik untuk Perawat : Untuk mencapai Itu IOM kompetensi* . 3 edisi Diproses dari A martin, S

## BIODATA PENULIS



### **Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep**

Staf Dosen Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Klaten tanggal 4 Januari 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Nabire, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2018. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Keperawatan Nabire dan aktif di organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia sebagai Sekretaris Dewan Pengurus Daerah Nabire hingga sekarang.

Email : [wibowohanafi@gmail.com](mailto:wibowohanafi@gmail.com)



## **BIODATA PENULIS**



**Ns. Ramadhan Trybahari Sugiharno, M.Kep.**

Dosen Program Studi DIII Keperawatan Nabire  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Jayapura pada tanggal 14 Maret 1993. Penulis merupakan dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura, Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Kampus Nabire Papua. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 Magister Ilmu Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta.

## BIODATA PENULIS



**Dr. [Name] S**

Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan  
Politeknik Sandi Karsa

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2007. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan profesi Ners dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2012. Kemudian penulis menyelesaikan studi Magister Kesehatan pada tahun 2013 dan pada tahun 2021 penulis menyelesaikan Program Doktorat. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain itu penulis. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti penulis juga aktif sebagai editor in chief, review jurnal nasional terakreditasi dan beberapa jurnal international bereputasi serta menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menekuni menjadi Dosen, LLDIKTI 9

memberikan penghargaan sebagai salah satu Dosen Tetap Yayasan dengan masa pengabdian 10 tahun pada tahun 2022.  
Email; [atoenurse@gmail.com](mailto:atoenurse@gmail.com); <https://researchid.co/rid20509>

## **BIODATA PENULIS**



**Ns. Solehudin, S.Kep, M.Kes., M.Kep**  
Dosen Program Studi Keperawatan  
Universitas Indonesia Maju Jakarta

Lahir 7 Maret 1975 di Kota Majalengka, Jawa Barat. Penulis menempuh pendidikan di Sekolah Perawat Kesehatan Depkes Cirebon, Diploma III Keperawatan di Poltekkes Bogor, memperoleh gelar Sarjana Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2013, gelar Magister Kesehatan dari Program Studi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju Jakarta pada tahun 2017, gelar Magister Keperawatan dari Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2021. Penulis pernah bekerja sebagai perawat di RSUD Cideres Majalengka tahun 1994–1995, di RS PMI Bogor tahun 1995–2020, dosen di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wijaya Husada Bogor sejak tahun 2017–2020. Sejak Oktober tahun 2020 bekerja sebagai dosen di Program Studi Keperawatan Universitas Indonesia Maju Jakarta.

## BIODATA PENULIS



**Ns. Lela Aini, S.Kep., M.Bmd.**

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIK Siti Khadijah  
Palembang

Penulis lahir di OKU Timur tanggal 20 Oktober 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIK Siti Khadijah Palembang. Menyelesaikan Pendidikan S1 dan Profesi Ners di Ilmu Keperawatan STIK Siti Khadijah Palembang (Sumsel) dan melanjutkan Magister S2 pada Jurusan Biomedik UNSRI Palembang. Penulis menekuni bidang menulis. Beberapa jurnal yang telah terbit diantaranya: Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Fraktur, Pengaruh Paparan Gas Amonia Terhadap Perubahan Ureum Dan Kreatinin Pada Kelompok Berisiko Di Kota Palembang, Pengaruh pemberian serai (Cymbopogon Citratus) Terhadap penurunan Nyeri Arthritis Gout Di Puskesmas Merdeka Palembang, dan Hubungan Pola makanan berserat dan air putih terhadap kejadian konstipasi di SDIT Darussalam Palembang.

## **BIODATA PENULIS**



**Ns. Zakiyah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J.**

**Email: [zakiyah@binawan.ac.id](mailto:zakiyah@binawan.ac.id)**

**Dosen Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan  
Kebidanan, Universitas Binawan**

Penulis lahir di Bekasi, tanggal 17 September 1978. Penulis mengawali pendidikan tingginya dengan menyelesaikan pendidikan D3 keperawatan di akademi keperawatan Abdi Nusantara (saat ini STIKes Abdi Nusantara) lulus tahun 1999, melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di FIK-UI lulus tahun 2003, Pendidikan ners di FIK-UI lulus tahun 2004, pendidikan S2 Keperawatan Jiwa di FIK UI lulus tahun 2016, dan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa FIK-UI lulus tahun 2017. Penulis mengawali karirnya dengan bekerja menjadi staf di Akper Abdi Nusantara (2000-2005), Menjadi sebagai staf magang dan tenaga honorer di ruang Psikiatrik Intensive Care Unit (PICU) RS Marzoeqi Mahdi Bogor (2005-2006), dan saat ini menjadi staf dosen tetap di Prodi Keperawatan Universitas Binawan Jakarta sejak (2005 – saat ini). Saat ini penulis juga aktif menjadi pengurus Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) wilayah DKI Jakarta. Sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan kegiatan tridarma

perguruan tinggi dengan melaksanakan kegiatan pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian masyarakat. Penulis juga aktif dalam pertemuan-pertemuan ilmiah keperawatan di tingkat nasional maupun internasional. Semoga tulisan pada buku ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membacanya.

## **BIODATA PENULIS**



### **Ns. Daniel Suranta Ginting, M.Kep**

Dosen Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada

Penulis lahir di Kota Medan tanggal 29 Agustus 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua Sumatera Utara. Penulis adalah putra dari Sakeus Ginting Munthe dan Mester Br. Tarigan. Penulis Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua Lulus Tahun 2018 dan melanjutkan pendidikan ke jenjang Magister Keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara Lulus Tahun 2021. Penulis aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi salah satunya dalam menulis buku ini dan buku yang penulis tulis ini masih banyak kekurangan tapi penulis tidak akan pernah berhenti belajar terus untuk selalu memperbaiki diri kedepannya.



## **BIODATA PENULIS**



**Ns. Anggi Pratiwi, S.Kep, M.Kep**

Dosen Program Studi D3 Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati

Penulis lahir di Tanjung Enim tanggal 24 Oktober 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Dosen Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati. Menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang dan melanjutkan S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung.

## **BIODATA PENULIS**



**Ns. I Gede Purnawinadi, S.Kep., M.Kes.**  
Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Universitas Klabat

I Gede Purnawinadi lahir pada tanggal 1 Desember tahun 1987 di Desa torue, Kecamatan Torue, Kabupaten Parigi-Moutong, Provinsi Sulawesi Tengah. Penulis merupakan lulusan dari Sekolah Menengah Umum (SMU) Advent Palu, kemudian menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada tahun 2010 di Universitas Klabat Airmadidi Manado. Penulis melanjutkan pendidikan ke jenjang magister dan telah menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan bidang minat Epidemiologi pada tahun 2016 di Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat melalui program Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri (BPPDN) dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Republik Indonesia. Pendidikan Profesi Ners peneliti selesai pada tahun 2018 di Universitas Klabat. Penulis bekerja sebagai dosen tetap dan menjabat sebagai Ketua Komite Penelitian di Fakultas Keperawatan Universitas Klabat sampai saat ini. Selain aktif menjalankan tugas dalam bidang akademis, sejak tahun 2018 penulis juga aktif dalam organisasi profesi sebagai wakil ketua

bidang penelitian, sistem informasi dan komunikasi PPNI Kabupaten Minahasa Utara. Penulis telah berkolaborasi secara nasional dalam menulis lebih dari sepuluh buku terkait bidang keperawatan dan kesehatan masyarakat. Penulis aktif sebagai peneliti dalam bidang keperawatan kesehatan komunitas, epidemiologi dan biostatistik. Penulis juga aktif menjadi editor dan *reviewer* di beberapa jurnal nasional maupun internasional.

## BIODATA PENULIS



**Dr. Maria Suryani, SKp, M.Kep.**

Dosen Program Studi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Elisabeth Semarang

Penulis lahir di Jakarta tanggal 4 April 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ners, STIKES Elisabeth Semarang. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S1 pada tahun 2000 dan S2 keperawatan pada tahun 2004 di Universitas Indonesia, dan melanjutkan S3 pada program doktor ilmu kedokteran dan kesehatan Universitas Diponegoro pada tahun 2021. Penulis menekuni bidang keperawatan dengan melakukan kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat hingga sekarang.