

**PENGANTAR ESENSIAL DALAM
KEPERAWATAN: FONDASI PENGETAHUAN
UNTUK MAHASISWA DAN PROFESIONAL
KESEHATAN**

**Heru Purnomo
Maria Karolina Selano
Dewi Nurhanifah
Sanny Frisca
Kristiana Prasetya Handayani**



GET PRESS INDONESIA

**PENGANTAR ESENSIAL DALAM KEPERAWATAN:
FONDASI PENGETAHUAN UNTUK MAHASISWA DAN
PROFESIONAL KESEHATAN**

Penulis :

Heru Purnomo
Maria Karolina Selano
Dewi Nurhanifah
Sanny Frisca
Kristiana Prasetya Handayani

ISBN :

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep.

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

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat

Website : www.getpress.co.id

Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2024

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 Pengantar Esensial Dalam Keperawatan: Fondasi Pengetahuan Untuk Mahasiswa Dan Profesional Kesehatan ini.

Buku Ini Membahas Sejarah Dan Perkembangan Keperawatan, Konsep Dasar Keperawatan, Anatomi Dan Fisiologi Manusia, Proses Asuhan Keperawatan, Peran Keperawatan Dalam Perawatan Pasien.

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, Juli 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
BAB 1 SEJARAH DAN PERKEMBANGAN	
KEPERAWATAN	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Sejarah Keperawatan	2
1.2.1 Keperawatan Kebudayaan Kuno Sebelum Masehi..	2
1.2.2 Keperawatan Eropa Modern Awal.....	4
1.2.3 Keperawatan Florence Nightingale	4
1.3 Perkembangan Keperawatan Di Dunia	6
1.3.1 Tokoh Keperawatan Abad ke-19	7
1.3.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia.....	13
1.4 Perkembangan Keperawatan Di Indonesia.....	16
1.4.1 Era Kolonialisme.....	16
1.4.2 Era Setelah Kemerdekaan	17
1.4.3 Era Undang Undang Keperawatan Di Indonesia	17
DAFTAR PUSTAKA.....	24
BAB 2 KONSEP DASAR KEPERAWATAN	25
2.1 Definisi Keperawatan	25
2.1.1 Pengertian keperawatan menurut berbagai ahli dan organisasi.....	25
2.1.2 Nilai – nilai inti dalam profesi keperawatan	27
2.1.3 Tujuan dan ruang lingkup praktik keperawatan	28
2.2 Teori dan Model Keperawatan	30
2.2.1 Teori keperawatan klasik (Nightingale, Henderson, Orem)	30
2.2.2 Teori keperawatan modern (Roy, Neuman, Watson)	37
2.3 Interprofessional education dan interprofessional collaboration.....	41
DAFTAR PUSTAKA.....	44
BAB 3 ANATOMI DAN FISILOGI MANUSIA.....	49
3.1 Pengertian Anatomi dan Fisiologi.....	49

3.1.1 Anatomi	49
3.1.2 Fisiologi.....	49
3.2 Istilah-istilah Anatomi	49
3.3 Struktur Tubuh Manusia	52
3.3.1 Sel	52
3.3.2 Jaringan.....	53
3.3.3 Organ.....	57
3.3.4 Sistem Organ.....	58
3.4 Sistem Rangka	59
3.5 Sistem Otot.....	60
3.6 Sistem Pencernaan	60
3.7 Sistem Pernafasan.....	61
3.8 Sistem Reproduksi.....	61
3.8.1 Sistem Reproduksi Laki laki	61
3.8.2 Sistem Reproduksi Perempuan	63
3.9 Sistem Kardiovaskuler	64
3.10 Sistem Peredaran Darah.....	65
3.11 Sistem Perkemihan	66
3.12 Sistem Saraf	66
3.13 Sistem Integumen	67
3.14 Sistem Endokrin.....	68
DAFTAR PUSTAKA	70
BAB 4 PROSES ASUHAN KEPERAWATAN.....	71
4.1 Pendahuluan	71
4.2 Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan	71
4.3 Pengkajian Keperawatan.....	72
4.3.1 Anamnesa.....	73
4.3.2 Pemeriksaan Fisik	74
4.3.3 Pemeriksaan Diagnostik.....	76
4.4 Diagnosa Keperawatan	77
4.5 Perencanaan Keperawatan.....	79
4.6 Implementasi Keperawatan.....	83
4.7 Evaluasi Keperawatan.....	83
DAFTAR PUSTAKA	86
BAB 5 PERAN KEPERAWATAN DALAM	
PERAWATAN PASIEN.....	89
5.1 Pendahuluan	89

5.2 Peran Perawat 91

5.3 Macam-Macam Peran Perawat..... 92

5.4 Kualitas Pelayanan Perawat..... 94

DAFTAR PUSTAKA..... 99

BIODATA PENULIS

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Tokoh Keperawatan Abad ke -19.....	7
Tabel 1.2. Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia.....	13
Tabel 1.3. Keperawatan Berdasarkan UU Kesehatan No. 17	18
Tabel 3.1. Istilah anatomi berdasarkan letak/sikap anatomi	50
Tabel 3.2. Organ eksternal pada sistem organ reproduksi laki-laki beserta fungsinya.....	62
Tabel 3.3. Organ internal pada sistem organ reproduksi laki-laki beserta fungsinya.....	62
Tabel 3.4. Organ eksternal pada sistem organ reproduksi perempuan beserta fungsinya.....	63
Tabel 3.5. Organ internal pada sistem organ reproduksi perempuan beserta fungsinya.....	64
Tabel 4.1. Data yang dikaji lebih lanjut	74
Tabel 4.2. Contoh hasil pemeriksaan fisik dan diagnostik	75
Tabel 4.3. Jenis-jenis data.....	76
Tabel 4.5. Analisa data	78
Tabel 4.6. Prinsip penyusunan tujuan dalam perencanaan keperawatan.....	80
Tabel 4.7. Contoh rencana keperawatan	82
Tabel 4.8. Aplikasi Evaluasi dengan Metode SOAP	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Florence Nightingale.....	6
Gambar 3.1. Istilah-istilah anatomi berdasarkan letak/sikap.....	52
Gambar 3.2. Sel dan bagian-bagiannya	53
Gambar 3.3. Bentuk jaringan epitel: a) pipih selapis, b) kubus sederhana, c) batang sederhana, d) pipih berlapis	54
Gambar 3.4. Tipe jaringan ikat a) jaringan ikat longgar, b) jaringan lemak, c) jaringan darah, d) jaringan ikat padat, e) tulang rawan, f) tulang keras	55
Gambar 3.5. Tipe jaringan otot: a) otot lurik, b) otot jantung, c) otot polos.....	56
Gambar 3.6. Sel saraf sensorik pada kulit dan sel saraf motorik pada otot	57
Gambar 3.7. Organ tubuh manusia	58

BAB 1

SEJARAH DAN PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

Oleh Heru Purnomo

1.1 Pendahuluan

Sejarah dapat diartikan sebagai studi tentang peristiwa – peristiwa dari masa lalu hingga saat ini. Kajian sejarah tidak hanya berfokus pada kronologis peristiwa, namun juga dampak dan pengaruh peristiwa tersebut sepanjang waktu. Seiring perjalanan waktu, berbagai peristiwa terungkap dan tren bermunculan. Trens sejarah pada gilirannya mempengaruhi dan membentuk nasib suatu negara, individu atau kelompok. Perkembangan dan evolusi profesi keperawatan terkait erat dengan pengaruh sejarah sepanjang zaman, dimulai pada zaman kuno. Studi tentang sejarah keperawatan membantu kita untuk lebih memahami kekuatan masyarakat dan isu-isu yang terus menghadang profesi keperawatan. Memahami sejarah keperawatan juga memungkinkan perawat untuk mendapatkan apresiasi terhadap peran profesinya dalam sistem pelayanan kepada pasien (Egenes, 2015).

Keperawatan salah satu seni tertua dan merupakan pekerjaan yang sangat penting. Hal ini dimulai dengan kebutuhan untuk memberikan perawatan dan kenyamanan kepada mereka yang sedang menderita penyakit dan cedera. Bukti mendukung bahwa asuhan keperawatan sangat penting untuk mempertahankan kehidupan. Pengetahuan tentang riwayat umum diperlukan sebagai dasar untuk memahami dan menafsirkan perubahan yang terjadi dalam keperawatan. Kedokteran dan keperawatan saling terkait dan ditemukan dalam mitologi, budaya, dan agama kuno timur dan barat (Kaur, 2015).

Keperawatan adalah bagian integral dari sistem layanan kesehatan dan merupakan profesi penting yang memainkan peran dalam keselamatan dan perawatan pasien. Peran perawat dalam

sistem layanan kesehatan sulit untuk dievaluasi karena memiliki banyak aspek yang tidak ditentukan. Ketika pekerjaan perawat terbengkelai, hal tersebut akan berdampak terhadap kesehatan masyarakat dan dampak negatif pada fasilitas layanan kesehatan (Arumugam *et al.*, 2023).

1.2 Sejarah Keperawatan

Keperawatan memiliki sejarah yang kaya dan panjang bahkan sebelum zaman kita, para inovator hebat dan diwakili oleh sejumlah karakter yang tanpa pamrih membantu orang lain kehilangan nyawa karena alasan politik. Berabad-abad berlalu hal ini mengubah situasi ekonomi penduduk dan diikuti oleh perubahan dalam cara merawat dan memberikan pertolongan pada orang sakit. Hakikat terbesar dari pelayanan keperawatan adalah menyelamatkan nyawa dan membantu sesama manusia (Wierzbicka, 2019).

1.2.1 Keperawatan Kebudayaan Kuno Sebelum Masehi

Dalam masyarakat primitif, keputusan untuk menjadi pengasuh sering dilakukan oleh seseorang jauh sebelum ia mempunyai kemampuan untuk membuat pilihan menjadi seorang pengasuh. Misalnya dikalangan suku Zuni, jika terdapat bayi lahir dengan sebagian placenta atau ari ari menutupi wajahnya, maka hal ini dianggap sebagai tanda bahwa ia telah ditandai sebagai orang yang ditakdirkan menjadi pengasuh. Di banyak masyarakat, pemberian asuhan keperawatan merupakan peran yang diberikan kepada anggota keluarga perempuan, karena perempuan secara tradisional memberikan pengasuhan kepada bayinya sendiri, maka diasumsikan bahwa pendekatan pengasuhan yang sama juga dapat diterapkan kepada anggota masyarakat yang sedang sakit atau terluka. Di masyarakat lain, merawat orang sakit merupakan peran yang diberikan kepada dukun atau anggota suku laki-laki lainnya. Tidak tersedianya pendidikan formal dalam merawat orang sakit, para perawat mempelajari seni keperawatan melalui tradisi lisan yang diwariskan dari generasi ke generasi, dari observasi terhadap orang lain yang merawat orang sakit dan seringkali melalui proses trial and error. Seseorang yang memiliki reputasi sebagai ahli

merawat orang sakit dengan hasil positif sering kali dicari untuk memberikan perawatan kepada teman dan kerabat, dengan cara ini ahli perawatan memantapkan diri dalam praktik asuhan keperawatan (Egenes, 2015).

Istilah perawat berasal dari kata *nurice* dan *norice*, yang merupakan dari kata *nourice*, yang berasal dari bahasa Perancis Kuno yang awalnya berasal dari bahasa latin *nutricia* yang berarti seseorang yang memberikan makan dan disebut juga sebagai ibu susu, ada yang menyebut lain Suster merupakan wanita yang membantu menyusui bayi bagi yang tidak mampu melakukannya. Kehidupan dalam budaya kuno bersifat nomaden dan dibangun untuk mencari makanan dan menjaga kehangatan. Praktik kesehatan bervariasi dan didasarkan pada kecerdikan, pengalaman sebelumnya dan lingkungan. Orang menggunakan tumbuhan untuk menyembuhkan, dan beranggapan, bahwa roh jahat dan sihir mempengaruhi kesejahteraan. Masyarakat zaman dahulu memandang penyalit dan kematian sebagai bagian dari fenomena alami kehidupan dan terdapat variasi praktik antar budaya. Penyakit sering dikaitkan dengan roh jahat atau sesuatu yang dilakukan telah menyinggung para pendeta atau dewa. Babilonia merupakan masyarakat tertua kedua yang menyimpan rekam medis, pada masa ini bangsa Persia, Itali, Cina dan India mengembangkan upaya yang belum sempurna dan awal dalam penyediaan layanan kesehatan. Masyarakat Yunani lebih menekankan kesehatan pribadi daripada kesehatan komunitas dan percaya bahwa kesehatan pribadi dipengaruhi oleh lingkungan. Bangsa Romawi menyadari pentingnya pengaturan praktik medis dan menciptakan hukuman bagi kelalaian medis. Selama abad pertengahan (500 - 1500 M) agama Kristen berupaya memunculkan gagasan tanggung jawab pribadi terhadap diri sendiri, serta orang lain yang dicerminkan dalam perawatan orang sakit. Komunitas keagamaan menyediakan layanan bagi orang miskin yang sakit di hospes, tempat yang dapat menawarkan pengasuhan dan perawatan paliatif dan istilah rumah sakit dan hospice berasal. Selama masa Perang Salib, gereja membentuk kelompok perawat militer, seperti *Knights Hospitalers* yang secara eksklusif terdiri dari orang-orang yang memberikan perawatan bagi

para peziarah dan pelancong yang membutuhkan perawatan (Klainberg, 2010).

1.2.2 Keperawatan Eropa Modern Awal

Revolusi industri dimulai pada akhir abad ke-18 di Inggris (1760) dan berlanjut hingga awal abad ke-19 yang merupakan masa kemajuan teknologi diseluruh dunia. Penggunaan mesin dan pembangunan pabrik dengan cepat menyebar keseluruh dunia, sehingga masyarakat meninggalkan komunitas pedesaan dan pertanian menuju kota untuk mencari pekerjaan. Ilmu pengetahuan membuat masyarakat lebih sadar akan hubungan antara kebersihan dan kesehatan. Pada tahun 1789 dimulai Revolusi Perancis yang merupakan masa inovasi ilmiah, Benjamin Franklin menemukan kacamata yang mengatasi rabun jauh dan dekat. Leeuwenhoek menyempurnakan mikroskop yang ditemukan sebelumnya oleh Galileo sehingga sel-sel tubuh dan bakteri dapat diidentifikasi dan fungsi jantung dapat dijelaskan. Pada masa inilah peran perawat mulai diakui dan sekolah keperawatan didirikan. Pada abad ke-19 John Snow melakukan intervensi dan mampu membendung wabah besar kolera di London. Snow dan asistennya menghitung jumlah sebenarnya kematian akibat kolera dengan mengunjungi rumah ke rumah (Klainberg, 2010).

Di Inggris setelah reformasi Protestan, biara-biara ditutup dan tanah disita, sehingga perawatan terhadap orang sakit jatuh ketangan perempuan biasa yang berasal dari kelas bawah yang sudah terlalu tua. Selama pertengahan abad ke-19 berbagai reformis sosial Inggris mengajukan pembentukan kelompok wanita religius untuk menjadi staf di rumah sakit yang ada. Pada tahun 1840 Elizabeth Fry memperjuangkan reformasi penjara di Inggris mendirikan Protestant Sisters of Charity untuk memberi pembekalan pendidikan dasar keperawatan dengan mengamati pasien di rumah sakit London (Egenes, 2015).

1.2.3 Keperawatan Florence Nightingale

Florence Nightingale dilahirkan pada tanggal 12 Mei 1820 di kota Italia dari keluarga kaya Inggris. Ketika keluarganya kembali ke Inggris, Florence Nightingale dididik dalam bahasa Yunani dan

Latin. Florence Nightingale menyatakan bahwa ia percaya telah dipanggil untuk mengabdikan hidupnya untuk melayani kemanusiaan. Orang tua Florence Nightingale pada awalnya terkejut dengan keinginan untuk merawat orang sakit, karena pekerjaan seperti itu dianggap tidak pantas untuk wanita sekelasnya. Florence Nightingale diangkat menjadi pengawas rumah sakit kecil untuk wanita dan lanjut usia kelas atas yang mengalami kesulitan keuangan. Selama menjabat posisi tersebut, ia juga melakukan perjalanan ke Paris untuk mengamati pekerjaan rumah sakit dari Catholic Sisters of Charity dan menjadi sukarelawan sebagai perawat di Rumah Sakit Middlesex selama epidemi kolera. Pada tahun 1854 perang Krimea pecah, dimana Rusia mengobarkan perang melawan gabungan tentara Inggris, Perancis dan Turki. Florence Nightingale terkejut mengetahui bahwa angka kematian pasukan Inggris 41 persen, sedangkan Perancis mempunyai biarawati perawat untuk merawat pasukannya, tetapi tentara Inggris kekurangan perawat. Faktanya sebagian besar tentara Inggris meninggal karena penyakit, bukan karena cedera yang diderita di medan perang. Dengan menggunakan pengaruh politiknya Florence Nightingale meminta izin bersama sekelompok wanita dari kelas atas untuk melakukan perjalanan ke Krimea dan merawat tentara yang sakit dan terluka. Florence Nightingale percaya bahwa penyebab penyakit adalah kotoran, ia memulai kampanye untuk membersihkan barak tentara dan bangsal rumah sakit secara menyeluruh, serta membiarkan sinar matahari dan udara segar masuk. Dalam beberapa bulan, jumlah kematian menurun drastis dan dengan cermat Florence Nightingale mendokumentasikan hasil perawatannya dan menggunakannya sebagai dasar untuk intervensi lebih lanjut, sehingga melalui hasil karyanya Florence Nightingale telah meletakkan dasar bagi praktik keperawatan modern berbasis bukti (Egenes, 2015).



Gambar 1.1. Florence Nightingale
(Lusk, 2022)

1.3 Perkembangan Keperawatan Di Dunia

Perkembangan keperawatan di dunia tidak dapat dilepaskan dari perubahan akibat dari tantangan yang ada di masyarakat dan dunia. Abad ke -19 juga merupakan masa inovasi dan reformasi. Sepanjang sejarah, terdapat tokoh – tokoh yang dianggap sebagai pemimpin layanan kesehatan yang telah mengubah atau mempengaruhi kesejahteraan suatu komunitas atau masyarakat. Transformasi tersebut dipengaruhi oleh kebutuhan atau akibat perubahan di dalam atau di luar sistem. Tokoh atau pemimpin berupaya menciptakan atau menangani perubahan berdasarkan kebutuhan masyarakat (Klainberg, 2010).

1.3.1 Tokoh Keperawatan Abad ke-19

Perawat berikut ini membuat perubahan dalam praktik keperawatan baik kecil maupun besar dan termasuk diantaranya tokoh perawat abad ke-19 (Klainberg, 2010).

Tabel 1.1. Tokoh Keperawatan Abad ke -19

Nama Tokoh	Periode Waktu	Peran Perkembangan Dalam Keperawatan
Mary Jane Grant Seacole	1805-1861	Mary Seacole lahir di Kingston Jamaika, dari ibu yang berprofesi sebagai perawat dan ayah yang berprofesi sebagai tantara karir. Tidak mengikuti Pendidikan formal sebagai perawat, ia belajar ketrampilan keperawatan dari ibunya. Sebagai perawat, ia melakukan perjalanan ke Kuba dan Panama dan bekerja selama epidemi Kolera dan Demam Kuning. Pada tahun 1854 setelah mengetahui perang di Krimea, Mary Seacole meminta pemerintah Inggris untuk mengirimnya ke Krimea sebagai tentara perawat untuk membantu upaya perang dengan mendanai perjalanannya sendiri ke Krimea. Mary Seacole segera mendirikan rumah sakit dan rumah istirahat bagi tantara yang terluka dan kelelahan di Balaciava, Ia bekerja sebagai sukarelawan dan melakukannya tidak mendapat pengakuan atau pangkat tantara di Angkatan Darat Inggris. Mary Seacole dikenal sebagai “Mother Seacole”

Nama Tokoh	Periode Waktu	Peran Perkembangan Dalam Keperawatan
		di medan perang, karena merawat yang terluka, Ia menerima sedikit ketenaran dalam perannya dalam perang Krimea. Setelah perang Kembali ke Inggris dalam keadaan miskin dan kesehatannya memburuk. Penderitaanya dipublikasikan oleh surat kabar, dan akhirnya Mary Seacole di akui Inggris dan Jamaika atas karyanya di Krimea.
Clara Barton	1812-1912	Clara Barton lahir di Massachusetts, seorang guru sekolah di New England. Meskipun tidak mempunyai Pendidikan formal sebagai perawat, Ia menjadi sukarelawan sebagai perawat selama perang saudara Amerika. Ia berperan penting dalam mengatur dan memperoleh pasokan yang dibutuhkan pasukan selama perang Saudara. Clara Barton disebut oleh tantara yang ia rawat sebagai “Wanita kecil yang sendirian dalam sutra hitam”. Setelah perang saudara , ia tetap aktif dalam upaya menemukan orang hilang yang menjadi tentara dan membantu mendirikan pemakaman nasional pertama bagi tantara yang tewas dalam perang. Clara Barton pergi ke Eropa untuk memulihkan diri, dan ia belajar tentang Palang

Nama Tokoh	Periode Waktu	Peran Perkembangan Dalam Keperawatan
		Merah Internasional, sehingga terkenal karena perannya dalam mendirikan Palang Merah di Amerika Serikat.
Florence Nightingale	1820-1910	Pada abad ke-19 Florence Nightingale telah mengubah perkembangan keperawatan. Nightingale sering disebut sebagai “Nyonya dengan Lampu”, sebagaimana ia disebut sebagai pionir keperawatan modern. Florence Nightingale mempelajari perawatan dan pengobatan dengan mengikuti program 3 bulan untuk mempelajari keperawatan dibawah arahan Pastor Flidner dan istrinya Erika di Kaiserwerth Jerman. Ketika pekerjaannya di bidang keperawatan diakui, ia diajak berkonsultasi dalam organisasi pelatihan perawat, namun usahanya dilibatkan dalam perang Krimea. Ketika Florence Nightingale pulang ke London, ia dihormati sebagai pahlawan nasional. Pada tahun 1860 Florence Nightingale mengadakan program pelatihan untuk perawat di Rumah Sakit St. Thomas di London, yang sekarang menjadi Museum Florence Nightingale. Ia banyak menulis dari tempat tidur dan banyak tulisannya tetap

Nama Tokoh	Periode Waktu	Peran Perkembangan Dalam Keperawatan
		signifikan dan berpengaruh dalam keperawatan saat ini, bukunya yang paling terkenal "Notes on Nursing".
Mary Mahoney	1845-1926	Mary Mahoney merupakan perawat terdaftar Afrika – Amerika pertama yang menempuh Pendidikan di Amerika Serikat yang lahir di Boston. Pada tahun 1879 pada usia 34 tahun Mary Mahoney lulus dari Rumah Sakit Wanita dan Anak New England. Mary Mahoney adalah Wanita kulit hitam pertama yang lulus dari sekolah keperawatan professional. Kelulusannya mempunyai dampak yang luar biasa terhadap masa depan semua perawat kulit hitam. Sebagai pemimpin perawat Mary Mahoney menyadari perlunya perawat bekerja sama untuk meningkatkan peran dalam profesi keperawatan dan sekaligus menjadi anggota American Nurses Association (ANA). Mary Mahoney salah satu pendiri National Association of Colored Graduate Nurses (NACGN) dan membantu perawat kulit hitam untuk diterima dan diakui secara resmi oleh presiden Amerika Serikat. Kongres Amerika Serikat

Nama Tokoh	Periode Waktu	Peran Perkembangan Dalam Keperawatan
		memberikan penghargaan kepada Mary Mahoney atas dedikasinya terhadap keperawatan.
Mary Adelaide Nutting	1858-1948	Mary Adelaide Nutting merupakan seorang sejarawan perawat yang dikenal sebagai penganjur Pendidikan tinggi untuk perawat. Mary Adelaide Nutting dilahirkan di Kanada yang merupakan anggota lulusan perawat kelas pertama di Universitas Johns Hopkins pada tahun 1891 dan menjadi pengawas keperawatan kedua di sekolah tersebut, serta mempunyai peran penting dalam menciptakan perubahan untuk meningkatkan Pendidikan keperawatan. Mary Adelaide Nutting selanjutnya mendirikan program Pendidikan tinggi pertama untuk perawat sebagai Departemen Keperawatan dan Kesehatan. Mary Adelaide Nutting adalah Wanita pertama yang memegang jabatan professor di Universitas Cololumbia. Selama perang Dunia I, karena kekurangan perawat, Mary Adelaide Nutting dipanggil untuk memimpin Komite Keperawatan penasehat pertahanan Nasional. Komite tersebut bertugas merekrut dan

Nama Tokoh	Periode Waktu	Peran Perkembangan Dalam Keperawatan
		melatih perempuan sebagai perawat untuk Angkatan Darat Amerika Serikat, dan juga berperan penting dalam pengembangan dan pembuatan American Joournal of Nursing.
Lavinia Dock	1858-1956	Lavinia Dock lulusan Sekolah Pelatihan Perawat Bellevue pada tahun 1888 dan juga sebagai pemimpin perawat yang membantu , mengubah, dan memajukan profesi keperawatan. Lavinia Dock menggunakan ketrampilan keperawatannya selama epidemi Demam Kuning di Jacksonville Florida dan memberikan perawatan pada korban banjir Johnstown pada tahun 1890. Lavinia Dock juga mengikuti Gerakan memperjuangkan hak-hak perempuan. Lavinia Dock berbicara di sebuah Konvensi ANA mendesak perawat untuk mendukung Gerakan Serikat Perawat.
Lilian Wald	1867-1940	Lilian Wald seorang perawat dan pekerja social yang lahir dari keluarga Yahudi kelas menengah di Rochester New York. Awalnya Lilian Wald dikenal sebagai perawat di panti asuhan dan diminta menjadi sukarelawan untuk mengajar kelas di rumah perempuan yang mendidik

Nama Tokoh	Periode Waktu	Peran Perkembangan Dalam Keperawatan
		Sebagian besar imigran miskin di Lower East Side New York. Pada tahun 1893 Lillian Wald mendirikan Visiting Nurse Service di New York, dengan dukungan dari Departemen Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

Sumber(Klainberg, 2010)

1.3.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia

Sejarah perkembangan keperawatan di dunia tidak terlepas dari Florence Nightingale yang telah memberikan dampak perkembangan seiring berjalannya waktu menjadi profesi yang diakui dan mempunyai peran yang sangat penting dalam membantu pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit ataupun memberikan layanan kesehatan di masyarakat.

Tabel 1.2. Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia

Negara	Perkembangan Keperawatan
Australia	Rumah sakit swasta di Adelaide menjadi rumah sakit pelatihan perawat pertama pada tahun 1854 dan pada tahun 1900 sebagian besar rumah sakit di Australia memiliki program pelatihan keperawatan untuk siswa yang berlangsung selama 3 tahun. Pada tahun 1920 Australia Selatan menjadi negara bagian pertama mengesahkan undang – undang yang menjadikan keperawatan sebagai profesi terdaftar. Australia Barat menyusul pada tahun 1922 diikuti oleh New South Wales dan Victoria pada tahun 1942. Federasi Keperawatan Australia (ANF) memulai pertemuan pertama pada tahun 1924

Negara	Perkembangan Keperawatan
	mengupayakan kenaikan upah, dan kondisi kerja yang lebih baik serta -menjadi pendukung keperawatan. Pada akhir tahun 1970-an Royal College of Nursing Australia menyelenggarakan Diploma Sains Terapan Keperawatan pertama di Melbourne. Baru awal tahun 1990-an universitas benar benar mengizinkan gelar keperawatan diberikan sebagai gelar sarjana, sejalan dengan gelar Kesehatan yang terkait. Dewan Keperawatan dan Kebidanan Australia didirikan pada tahun 1992 untuk memastikan praktik keperawatan untuk memastikan praktik dapat diatur dengan baik. Pada tanggal 1 Juli 2010 perawat diatur dan didaftarkan dengan nama Dewan Keperawatan dan Kebidanan Australia, dibawah Badan Regulasi Praktisi Kesehatan Australia (Lusk, 2022).
India	Pada tahun 1664 keperawatan Militer dimulai oleh East India Company di Rumah Sakit Militer St. George di Madras, sekitar tahun 1861 sekolah keperawatan Kesehatan masyarakat dimulai. Rumah sakit Stephens di Delhi merupakan rumah sakit pertama yang memulai pelatihan bagi gadis-gadis India sebagai perawat. Sekolah keperawatan pertama dimulai di rumah sakit umum Madras dengan program diploma bidan selama 6 bulan. Pada tahun 1946 pendidikan program sarjana dasar selama 4 tahun didirikan di College of Nursing di Delhi. Setelah kemerdekaan program pengembangan masyarakat dan perluasan layanan rumah sakit menciptakan permintaan yang besar akan

Negara	Perkembangan Keperawatan
	perawat. Pada tahun 1959 program master keperawatan pertama dimulai di College of nursing New Delhi. Pada tahun 1991 pendidikan doctor keperawatan pertama didirikan di Institut Ilmu Keperawatan, mulai tahun 2002 sampai sekarang Pendidikan keperawatan berkembang pesat di seluruh India (Kaur, 2015).
Amerika Serikat	Keprihatinan yang dirasakan perawat saat itu, sepersepuluh orang yang melakukan praktik keperawatan di Amerika Serikat adalah lulusan sekolah pelatihan perawat rumah sakit. Lisensi perawat dianggap penting untuk melindungi masyarakat dengan memberikan perbedaan antara perawat berpendidikan dan perawat tidak berpendidikan. Para pemimpin perawat menyuarakan keprihatinan mereka tentang perlunya jaminan lisensi, menyerukan agar perawat bersatu untuk memajukan profesi dan mengusulkan strategi untuk menyatukan perawat. Pada tahun 1896 Nurses Associated Alumnae Amerika Serikat dan Kanada, yang kemudian menjadi American Nurses Association (ANA), didirikan dengan tujuan untuk mendapatkan lisensi bagi perawat melalui pengesahan undang-undang praktik perawat di setiap negara bagian (Egenes, 2015). Perang saudara di Amerika Serikat telah meletakkan dasar bagi keperawatan profesional di Amerika Serikat. Perang saudara juga mengubah openi public tentang pekerjaan perempuan di bidang Kesehatan. Wanita yang menjadi

Negara	Perkembangan Keperawatan
	sukarelawan sebagai perawat menyadari pentingnya Pendidikan formal dalam merawat orang sakit (Egenes, 2015).

Sumber (Lusk, 2022); (Kaur, 2015); (Egenes, 2015)

1.4 Perkembangan Keperawatan Di Indonesia

Perkembangan keperawatan di Indonesia terbagi dalam tiga era, antara lain Kolonialisme, setelah Kemerdekaan, dan Undang-Undang Keperawatan.

1.4.1 Era Kolonialisme

Perkembangan keperawatan Indonesia tidak lepas dari sejarah penjajahan bangsa yang dilakukan oleh Inggris, Belanda, dan Jepang. Pada tahun 1799 RS Binnen pertama kali didirikan di Jakarta, namun perawatnya hanya melayani orang sakit, khusus staf Belanda dan tentara. Keperawatan di Indonesia berkembang selama dua periode kolonialisme Inggris dibawah perintah Thomas Stamford Bingley Raffles, bahwa kesehatan adalah milik seluruh umat manusia termasuk pengobatan terhadap narapidana, pengobatan penyakit cacar dan kesehatan mental. Selama tahun 1816 – 1942 Indonesia dijajah kembali oleh Belanda, beberapa rumah sakit mulai dibangun di Jakarta, seperti Rumah Sakit Umum Daerah Kota yang saat ini bernama Dr. Cipto Mangunkusumo, disebut juga Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Salemba. Hindia Belanda mulai mendidik perawat dalam kurun waktu tiga tahun dengan teori dan praktek, kemudian menjadi perawat bersertifikasi Hindia Belanda dan jika lulus ujian diploma dengan gelar Mantriner Diploma Satu. Perawat diajari pekerjaan laboratorium dan farmasi , setelah lulus diberi wewenang untuk memberikan pertolongan dasar untuk sebagian besar penyakit umum dan mengoperasikan bangsal atau klinik rawat jalan. Berbagai pendidikan spesialis paramedis dikembangkan diantaranya perawat penyakit cacar dan perawat malaria dengan bersertifikat Eropa dan Hindia Belanda. Selanjutnya selama periode tahun 1942-1945 dibawah kendali Jepang , keperawatan tidak dipertimbangkan (Gede Juanamasta *et al*, 2021).

1.4.2 Era Setelah Kemerdekaan

Pendidikan keperawatan di Indonesia mulai pada tahun 1800-an di sebuah rumah sakit di Batavia yang dikenal dengan nama PGI (Persatuan Gereja Indonesia) Cikini Jakarta. Pendidikan keperawatan berkembang pada tahun 1952 setelah kemerdekaan RI. Sekolah Pengatur Rawat (SPR) di Rumah Sakit Tantja Rhinos Bandung, yang sekarang adalah RSUP Hasan Sadikin Bandung. Sekolah Pengatur Rawat kemudian berubah nama menjadi Sekolah Perawatan Kesehatan (SPK) yang setara dengan SMA dengan masa tempuh studi tiga tahun. Pada tahun 1960 Sukarno, Presiden Republik Indonesia menjalin kerjasama dengan John F. Kenedy Presiden Amerika Serikat (AS) dengan mendirikan organisasi layanan kesehatan internasional dengan melatih para profesional perawatan kesehatan dalam memberikan perawatan (Gede Juanamasta *et al.*, 2021).

1.4.3 Era Undang Undang Keperawatan Di Indonesia

Pemerintah menyelesaikan permasalahan tumpang tindih wilayah praktik pada berbagai jenjang pendidikan dan adanya sistem tata kelola profesi maka, diperlukan kebijakan perundang-undangan yang jelas, sehingga perlu diterbitkannya Undang Undang Keperawatan No. 38 tahun 2014. Peraturan perundangan tersebut membantu Perawat dalam pendidikan, praktik, dan penelitian. Peningkatan standar pendidikan keperawatan mulai dilakukan dengan pembentukan Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) yang dibentuk pada akhir tahun 2011. Organisasi tersebut menyusun kurikulum dan mengatur pelaksanaan ujian kompetensi yang berstandar nasional sejak tahun 2013. Perawat yang tersertifikasi maka telah dinyatakan lulus ujian kompetensi dan mendapatkan sertifikat kompetensi yang diterbitkan oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia (MTKI) serta dapat digunakan sebagai prasyarat melamar pekerjaan (Gede Juanamasta *et al.*, 2021).

Keperawatan berdasarkan UU Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dapat dijabarkan kedalam tabel berikut :

Tabel 1.3. Keperawatan Berdasarkan UU Kesehatan No. 17
Tahun 2023

Bab	Bagian	Pasal / Ayat	Keterangan
Bab VII Sumber Daya Manusia	Bagian Kesatu ; Pengelompokan Sumber Daya Manusia Kesehatan	Pasal 197	Sumber Daya Manusia Kesehatan terdiri atas : a. Tenaga Medis b. Tenaga Kesehatan c. Tenaga pendukung atau penunjang Kesehatan
		Pasal 199 (1)	Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 197 huruf b dikelompokan kedalam : a. Tenaga psikologi klinis b. Tenaga keperawatan c. Tenaga kebidanan d. Tenaga kefarmasian e. Tenaga kesehatan masyarakat f. Tenaga kesehatan lingkungan g. Tenaga gizi h. Tenaga keterampilan fisik i. Tenaga keteknisian medis j. Tenaga Teknik biomedika k. Tenaga Kesehatan tradisional ; dan

Bab	Bagian	Pasal / Ayat	Keterangan
			l. Tenaga kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri
		Pasal 199 (3)	Jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga Keperawasebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b terdiri atas perawat Vokasi, Ners, dan Ners Spesialis
	Bagian Ketiga ; Pengadaan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan	Pasal 209 (1)	Pendidikan profesi bidang kesehatan sebagai bagian dari pendidikan tinggi diselenggarakan oleh perguruan tinggi dan bekerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, dan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan dibidang kesehatan dengan melibatkan peran Kolegium sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan.
		Pasal 209 (2)	Selain diselenggarakan oleh perguruan tinggi sebagaimana

Bab	Bagian	Pasal / Ayat	Keterangan
			dimaksud pada ayat (1), pendidikan profesi bidang kesehatan untuk program spesialis dan subspecialis juga dapat diselenggarakan oleh Rumah Sakit pendidikan sebagai penyelenggara utama dan bekerja sama dengan perguruan tinggi, kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang pendidikan, dan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang kesehatan dengan melibatkan peran Kolegium.
		Pasal 210 (1)	Tenaga Medis harus memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah pendidikan profesi
		Pasal 210 (2)	Tenaga Kesehatan memiliki kualifikasi pendidikan paling rendah diploma tiga.
		Pasal 212 (2)	Mahasiswa yang telah menyelesaikan pendidikan Tenaga kesehatan program sarjana sebagaimana dimaksud pada ayat

Bab	Bagian	Pasal / Ayat	Keterangan
			(1) hanya dapat melakukan praktik profesi setelah menyelesaikan pendidikan profesi dan diberikan sertifikat profesi
		Pasal 213 (1)	Dalam rangka menilai pencapaian standar kompetensi Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan, mahasiswa pada program vokasi dan program profesi, baik tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan harus mengikuti uji kompetensi secara nasional.
		Pasal 213 (2)	Uji kompetensi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diselenggarakan oleh penyelenggara pendidikan bekerja sama dengan kolegium.
		Pasal 213 (3)	Mahasiswa yang menyelesaikan pendidikan program vokasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang lulus uji kompetensi pada akhir masa pendidikan memperoleh sertifikat kompetensi.

Bab	Bagian	Pasal / Ayat	Keterangan
		Pasal 213 (4)	Mahasiswa yang menyelesaikan pendidikan program profesi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang lulus uji kompetensi pada akhir masa pendidikan memperoleh sertifikat profesi dan sertifikat kompetensi.
		Pasal 214	Lulusan program vokasi atau profesi diberi gelar oleh perguruan tinggi setelah menyelesaikan pendidikan
		Pasal 215	Lulusan uji kompetensi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 213 ayat (3) dan ayat (4) wajib diangkat sumpah profesinya oleh penyelenggara pendidikan sesuai dengan etika profesi.
		Pasal 225	Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan meningkatkan kompetensi secara berkelanjutan untuk mengembangkan keprofesiannya.
	Bagian Keenam ; Registrasi dan Perizinan	Pasal 260 (1)	Setiap Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan yang akan menjalankan praktik

Bab	Bagian	Pasal / Ayat	Keterangan
			wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR)
		Pasal 260 (2)	STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diterbitkan oleh Konsil atas nama Menteri setelah memenuhi persyaratan.
		Pasal 260 (3)	Persyaratan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) paling sedikit : a. Memiliki ijazah pendidikan di bidang kesehatan dan atau sertifikat profesi ; dan b. Memiliki sertifikat kompetensi
		Pasal 260 (4)	STR sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berlaku seumur hidup.

Sumber (Kemenkes Republik Indonesia, 2023)

DAFTAR PUSTAKA

- Arumugam, I. *et al.* (2023) 'History of Nursing and Their Role in Modern Healthcare Section: Research Paper', *Eropean Chemical Bulletin*, 12(1), pp. 1442–1449.
- Egenes, K.J. (2015) *History of Nursing*, Jones and Bartle Publishers. Burlington. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(50\)90850-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(50)90850-6).
- Gede Juanamasta, I. *et al.* (2021) 'Nursing Development in Indonesia: Colonialism, After Independence and Nursing act', *SAGE Open Nursing*, 7, pp. 1–18. Available at: <https://doi.org/10.1177/23779608211051467>.
- Kaur, B.N. (2015) *Textbook Of Advanced Nursing Practice*. 1/e. University College of Nursing; Baba Farid University of Health Sciences; Faridkot; Punjab; India. Available at: https://doi.org/10.5005/jp/books/12603_30.
- Kemenkes Republik Indonesia (2023) *Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.
- Klainberg, M. (2010) *An Historical Overview of Nursing*, Jones and Bartlett Publisher. Boston.
- Lusk, B. (2022) 'The history of nursing.', *HCA Health care Australia*, 59(3), pp. 4–5. Available at: <https://doi.org/10.2307/3418198>.
- Wierzbicka, I.B. (2019) 'Nursing-history and development of the profession', *Journal of Education, Health and Sport*, 9, pp. 121–129. Available at: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3386706>.

BAB 2

KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Oleh Maria Karolina Selano

2.1 Definisi Keperawatan

2.1.1 Pengertian keperawatan menurut berbagai ahli dan organisasi

Keperawatan merupakan sebuah profesi yang dinamis dan berkembang seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi. Banyak ahli dan organisasi telah memberikan definisi yang berbeda-beda mengenai keperawatan, namun secara umum mengandung esensi yang sama.

Virginia Henderson, seorang perawat dan teoritis keperawatan terkenal, mendefinisikan keperawatan sebagai "Membantu individu, baik sehat maupun sakit, dalam melakukan kegiatan yang berkontribusi pada pemulihan kesehatan atau kematian yang damai, yang akan dilakukan sendiri jika memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan yang cukup" (Henderson, 1966, dalam Tomey dan Alligood, 2006).

Sementara itu, American Nurses Association (ANA) menjelaskan bahwa "Keperawatan adalah perlindungan, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan kemampuan, pencegahan penyakit dan cedera, pengentasan penderitaan melalui diagnosis dan perawatan respons manusia, dan advokasi dalam perawatan individu, keluarga, masyarakat, dan populasi" (American Nurses Association, 2021).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan keperawatan sebagai "Melibatkan perawatan otonom dan kolaboratif untuk individu dari semua usia, keluarga, kelompok dan komunitas, sakit atau sehat, dalam segala pengaturan. Keperawatan mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang yang sakit, cacat dan sedang sekarat" (World Health Organization, 2020).

Dari berbagai definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa keperawatan merupakan profesi yang bertujuan untuk memberikan perawatan, baik secara mandiri maupun kolaboratif, kepada individu, keluarga, dan masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, serta perawatan dan pengentasan penderitaan bagi yang sakit (Tomey dan Alligood, 2006; American Nurses Association, 2021; World Health Organization, 2020).

Selain definisi dari ahli dan organisasi tersebut, beberapa negara juga memiliki konsepsi tersendiri tentang keperawatan yang tertuang dalam undang-undang atau regulasi keperawatan. Di Indonesia, pengertian keperawatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, yang menyebutkan bahwa "Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat" (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014).

Di Inggris, *The Nursing and Midwifery Council* (NMC) mendefinisikan keperawatan sebagai "Penggunaan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, diperoleh melalui pendidikan lengkap untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu dari segala usia, keluarga, kelompok, dan masyarakat, sakit atau sehat, di semua lingkungan" (The Nursing and Midwifery Council, 2018).

Sementara itu, di Kanada, *Canadian Nurses Association* (CNA) menyatakan bahwa "Keperawatan adalah profesi penting dalam pelayanan kesehatan yang secara unik berada untuk membantu individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat mencapai kesejahteraan yang optimal" (Canadian Nurses Association, 2019).

Dari berbagai definisi tersebut, dapat dilihat bahwa meskipun terdapat perbedaan redaksional, namun esensi dari keperawatan tetap sama, yaitu suatu profesi yang bertujuan untuk memberikan asuhan atau perawatan kepada individu, keluarga, dan masyarakat dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014; The Nursing and Midwifery Council, 2018; Canadian Nurses Association, 2019).

2.1.2 Nilai – nilai inti dalam profesi keperawatan

Profesi keperawatan bukan hanya sekedar pekerjaan, tetapi juga sebuah panggilan mulia yang mengandung nilai-nilai luhur. Nilai-nilai inti ini menjadi pedoman bagi setiap perawat dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya. Beberapa nilai-nilai inti dalam profesi keperawatan antara lain:

1. Kepedulian (Caring)

Kepedulian merupakan inti dari praktik keperawatan. Perawat harus memiliki kepedulian yang tulus dan empati kepada pasien, serta memberikan perawatan dengan penuh kasih sayang dan rasa hormat (Watson, 2008). Kepedulian ini tidak hanya terbatas pada aspek fisik, tetapi juga mencakup aspek emosional, sosial, dan spiritual pasien.

2. Advokasi

Perawat berperan sebagai pembela dan pendukung pasien untuk memastikan hak-hak dan kesejahteraan pasien terpenuhi (American Nurses Association, 2015). Perawat harus menjadi suara bagi pasien yang tidak mampu mengadvokasi diri sendiri, serta melindungi keselamatan dan martabat pasien.

3. Otonomi

Keperawatan merupakan profesi yang otonom, di mana perawat memiliki kewenangan untuk membuat keputusan dan bertindak sesuai dengan ruang lingkup praktik keperawatan (Mantzoukas dan Jasper, 2004). Ini mencerminkan tanggung jawab dan akuntabilitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

4. Integritas

Integritas menjadi landasan etika bagi perawat dalam berinteraksi dengan pasien, keluarga, dan rekan sejawat (American Nurses Association, 2015). Perawat harus jujur, dapat dipercaya, dan berkomitmen pada nilai-nilai moral dan etika profesi.

5. Keadilan

Perawat harus memperlakukan semua pasien secara adil tanpa memandang ras, etnis, agama, status sosial ekonomi, atau latar belakang lainnya (International Council of Nurses,

2012). Keadilan juga mencakup pemerataan akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

6. Kerahasiaan

Perawat berkewajiban untuk menjaga kerahasiaan informasi terkait kondisi kesehatan pasien dan hanya membagikan informasi tersebut kepada pihak yang berwenang (American Nurses Association, 2015). Ini merupakan bentuk penghormatan terhadap privasi dan martabat pasien.

Nilai-nilai inti ini menjadi pedoman bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas, serta membangun kepercayaan dan hubungan terapeutik dengan pasien (Watson, 2008; American Nurses Association, 2015; Mantzoukas dan Jasper, 2004; International Council of Nurses, 2012).

2.1.3 Tujuan dan ruang lingkup praktik keperawatan

Praktik keperawatan merupakan komponen penting dalam sistem pelayanan kesehatan modern. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan dan kesejahteraan pasien melalui pendekatan holistik yang berfokus pada individu, keluarga, dan masyarakat (Finkelman, 2017).

Tujuan praktik keperawatan dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Promosi Kesehatan : Perawat berperan dalam mendidik dan memberdayakan individu serta masyarakat untuk mengadopsi gaya hidup sehat dan mencegah penyakit (Kemppainen et al., 2013).
2. Pencegahan Penyakit : Melalui skrining, imunisasi, dan edukasi, perawat membantu mencegah timbulnya penyakit atau komplikasi (World Health Organization, 2016).
3. Pemulihan Kesehatan : Perawat memberikan perawatan langsung kepada pasien yang sakit atau cedera untuk memfasilitasi proses penyembuhan (American Nurses Association, 2015).

4. Manajemen Penyakit Kronis : Perawat membantu pasien mengelola kondisi kronis untuk meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi (Bodenheimer et al., 2018).
5. Perawatan Paliatif : Memberikan dukungan dan kenyamanan kepada pasien dengan penyakit terminal dan keluarga mereka (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020).

Ruang lingkup praktik keperawatan sangat luas dan mencakup berbagai aspek perawatan pasien. Menurut International Council of Nurses (2021), ruang lingkup praktik keperawatan meliputi :

1. Penilaian Kesehatan: Perawat melakukan pengkajian menyeluruh terhadap status kesehatan pasien, termasuk aspek fisik, psikologis, dan sosial.
2. Diagnosis Keperawatan: Mengidentifikasi masalah kesehatan aktual atau potensial berdasarkan hasil pengkajian.
3. Perencanaan Perawatan: Mengembangkan rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan individual pasien.
4. Implementasi Perawatan: Melaksanakan intervensi keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
5. Evaluasi: Menilai efektivitas perawatan yang diberikan dan melakukan penyesuaian jika diperlukan.
6. Kolaborasi Interprofesional: Bekerja sama dengan profesional kesehatan lainnya untuk memberikan perawatan komprehensif (Interprofessional Education Collaborative, 2016).
7. Advokasi Pasien: Menjadi suara bagi pasien dan memastikan hak-hak mereka terpenuhi dalam sistem pelayanan kesehatan (Choi, 2015).
8. Manajemen dan Kepemimpinan: Mengelola tim perawatan dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan organisasi (Huber, 2018).
9. Penelitian dan Pengembangan Praktik Berbasis Bukti: Berkontribusi pada pengembangan pengetahuan keperawatan

melalui penelitian dan penerapan praktik berbasis bukti (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

10. Pendidikan Kesehatan: Memberikan edukasi kepada pasien, keluarga, dan masyarakat tentang kesehatan dan pencegahan penyakit (Bastable, 2019).

Dalam perkembangannya, praktik keperawatan terus mengalami evolusi seiring dengan kemajuan teknologi dan perubahan kebutuhan kesehatan masyarakat. Perawat dituntut untuk terus mengembangkan kompetensi mereka dan beradaptasi dengan tren baru dalam pelayanan kesehatan, seperti telenursing, perawatan berbasis komunitas, dan penggunaan kecerdasan buatan dalam pengambilan keputusan klinis (Pepito & Locsin, 2019).

Dengan memahami tujuan dan ruang lingkup praktik keperawatan yang komprehensif, diharapkan para perawat dapat memberikan perawatan yang optimal dan berkontribusi secara signifikan dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

2.2 Teori dan Model Keperawatan

2.2.1 Teori keperawatan klasik (Nightingale, Henderson, Orem)

1. Teori Nightingale

Teori keperawatan Florence Nightingale, yang sering disebut sebagai Teori Lingkungan, merupakan salah satu landasan fundamental dalam praktik dan filosofi keperawatan modern. Nightingale, yang dikenal sebagai "The Lady with the Lamp" dan pendiri keperawatan profesional, mengembangkan teorinya berdasarkan pengalamannya selama Perang Krimea pada pertengahan abad ke-19.

Inti dari teori Nightingale adalah keyakinan bahwa lingkungan memainkan peran krusial dalam kesehatan dan penyembuhan pasien. Dia berpendapat bahwa tugas utama seorang perawat adalah memanipulasi lingkungan pasien untuk memfasilitasi proses penyembuhan alami tubuh. Nightingale menekankan pentingnya udara segar, air bersih,

sanitasi yang memadai, kebersihan, cahaya, nutrisi yang baik, dan ketenangan dalam proses penyembuhan (Nightingale, 1860/1969).

Dalam bukunya yang terkenal, "Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not," Nightingale menguraikan prinsip-prinsip keperawatannya. Dia menyatakan bahwa penyakit bukan hanya affliction yang datang dari luar, tetapi juga merupakan proses pemulihan yang diatur oleh alam. Peran perawat, menurutnya, adalah untuk membantu proses ini dengan menempatkan pasien dalam kondisi terbaik agar alam dapat bertindak (Nightingale, 1860/1969).

Nightingale sangat menekankan pentingnya observasi. Dia percaya bahwa perawat harus mengamati pasien dengan cermat dan terus-menerus untuk mendeteksi perubahan sekecil apapun dalam kondisi mereka. Observasi ini kemudian harus digunakan untuk membuat keputusan perawatan yang tepat. Konsep ini menjadi dasar bagi praktik berbasis bukti dalam keperawatan modern (Mackey & Bassendowski, 2017).

Salah satu kontribusi signifikan Nightingale adalah penekanannya pada kebersihan dan sanitasi. Selama Perang Krimea, dia menerapkan langkah-langkah kebersihan sederhana seperti mencuci tangan dan membersihkan bangsal, yang secara dramatis mengurangi tingkat kematian di rumah sakit militer. Prinsip-prinsip ini masih menjadi inti dari praktik pengendalian infeksi dalam perawatan kesehatan modern (Hegge, 2013).

Nightingale juga menekankan pentingnya nutrisi dalam penyembuhan. Dia berpendapat bahwa makanan yang tepat dan cara penyajiannya sama pentingnya dengan obat-obatan dalam proses pemulihan pasien. Konsep ini sejalan dengan pemahaman modern tentang peran nutrisi dalam kesehatan dan penyembuhan (Selanders & Crane, 2012).

Teori Nightingale juga memiliki pengaruh yang luas di luar bidang keperawatan. Pendekatannya yang sistematis terhadap pengumpulan dan analisis data telah

mempengaruhi perkembangan epidemiologi dan statistik kesehatan. Karyanya dalam mengorganisir dan menstandarisasi perawatan rumah sakit juga telah berkontribusi pada perkembangan administrasi rumah sakit modern (McDonald, 2014).

Warisan Florence Nightingale tetap menjadi fondasi penting dalam pendidikan dan praktik keperawatan. Prinsip-prinsipnya tentang kebersihan, observasi pasien, dan peran lingkungan dalam penyembuhan terus mempengaruhi cara perawat memahami dan melaksanakan peran mereka. Teori Nightingale berfungsi sebagai pengingat akan pentingnya pendekatan holistik terhadap perawatan pasien dan peran kritis yang dimainkan oleh perawat dalam proses penyembuhan (Dossey, 2010).

2. Teori Henderson

Teori keperawatan Virginia Henderson, yang juga dikenal sebagai "Teori Kebutuhan Dasar" atau "Definisi Keperawatan", merupakan salah satu kontribusi paling signifikan dalam bidang keperawatan modern. Henderson, seorang perawat, peneliti, dan teoretikus Amerika, mengembangkan teorinya pada pertengahan abad ke-20, namun pengaruhnya terus berlanjut hingga saat ini.

Virginia Henderson mengidentifikasi 14 kebutuhan dasar manusia yang menjadi fokus intervensi keperawatan. Kebutuhan-kebutuhan ini mencakup aspek fisiologis, psikologis, spiritual, dan sosial dari kehidupan manusia. Berikut adalah penjelasan dari masing-masing kebutuhan tersebut:

a. Bernafas secara normal

Ini mengacu pada kemampuan pasien untuk bernafas dengan mudah dan efektif. Perawat mungkin perlu membantu pasien dengan posisi, latihan pernafasan, atau penggunaan alat bantu pernafasan jika diperlukan.

b. Makan dan minum secara adekuat

Kebutuhan ini meliputi asupan nutrisi dan hidrasi yang cukup. Perawat mungkin perlu membantu pasien

- dengan pemberian makan, edukasi gizi, atau penggunaan metode pemberian makan alternatif.
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)
Ini melibatkan pembuangan limbah tubuh secara teratur dan nyaman. Perawat mungkin perlu membantu dengan manajemen inkontinensia, pelatihan toilet, atau penggunaan alat bantu eliminasi.
 - d. Bergerak dan mempertahankan postur tubuh yang diinginkan
Kebutuhan ini mencakup mobilitas dan kemampuan untuk mengubah posisi. Perawat mungkin perlu membantu dengan latihan, transfer, atau penggunaan alat bantu mobilitas.
 - e. Tidur dan istirahat
Ini melibatkan kemampuan untuk mendapatkan tidur dan istirahat yang cukup. Perawat mungkin perlu membantu dengan manajemen lingkungan, teknik relaksasi, atau pengobatan untuk memfasilitasi tidur.
 - f. Memilih pakaian yang tepat
Kebutuhan ini mencakup kemampuan untuk berpakaian dan melepas pakaian secara mandiri. Perawat mungkin perlu membantu dengan pemilihan pakaian yang sesuai atau teknik berpakaian adaptif.
 - g. Mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal
Ini melibatkan kemampuan untuk mengatur suhu tubuh. Perawat mungkin perlu membantu dengan manajemen lingkungan atau penggunaan metode pemanasan atau pendinginan.
 - h. Menjaga kebersihan tubuh dan kerapihan penampilan
Kebutuhan ini mencakup higiene pribadi dan perawatan diri. Perawat mungkin perlu membantu dengan mandi, perawatan mulut, atau perawatan kulit.
 - i. Menghindari bahaya lingkungan dan menghindari mencederai orang lain
Ini melibatkan keselamatan pasien dan orang lain. Perawat mungkin perlu membantu dengan pencegahan jatuh, manajemen perilaku, atau edukasi keselamatan.

- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, ketakutan, atau pendapat.
Kebutuhan ini mencakup kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif. Perawat mungkin perlu membantu dengan alat bantu komunikasi, terapi bicara, atau dukungan emosional.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan
Ini melibatkan kemampuan untuk melaksanakan praktik spiritual atau keagamaan. Perawat mungkin perlu memfasilitasi kunjungan rohaniwan atau menyediakan bahan-bahan keagamaan.
- l. Bekerja sedemikian rupa sehingga menimbulkan perasaan berprestasi
Kebutuhan ini mencakup rasa pencapaian dan produktivitas. Perawat mungkin perlu membantu dengan terapi okupasi atau aktivitas yang bermakna.
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi
Ini melibatkan kemampuan untuk terlibat dalam aktivitas yang menyenangkan. Perawat mungkin perlu membantu dengan perencanaan aktivitas rekreasi atau adaptasi hobi.
- n. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan dan kesehatan yang normal
Kebutuhan ini mencakup pertumbuhan pribadi dan pembelajaran seumur hidup. Perawat mungkin perlu menyediakan edukasi kesehatan atau memfasilitasi akses ke sumber daya pembelajaran.

Henderson menekankan bahwa setiap individu memiliki kebutuhan yang unik dan bahwa peran perawat adalah membantu pasien mencapai kemandirian dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan ini. Teori ini telah terbukti fleksibel dan dapat diterapkan dalam berbagai setting perawatan,

dari perawatan akut hingga perawatan jangka panjang dan perawatan komunitas (Ahtisham & Jacoline, 2015).

Dalam praktik modern, 14 kebutuhan dasar Henderson sering digunakan sebagai kerangka kerja untuk pengkajian pasien, perencanaan perawatan, dan evaluasi hasil. Mereka juga telah diintegrasikan ke dalam berbagai model dokumentasi keperawatan dan sistem informasi kesehatan (Feo et al., 2018).

Dalam bidang pendidikan keperawatan, teori Henderson terus menjadi komponen penting dalam kurikulum. Sebuah studi oleh Younas dan Quennell (2019) menunjukkan bahwa mahasiswa keperawatan yang diperkenalkan pada teori Henderson pada tahap awal pendidikan mereka menunjukkan pemahaman yang lebih baik tentang peran holistik perawat dan pentingnya individualisasi perawatan. Meskipun teori Henderson dikembangkan beberapa dekade yang lalu, relevansinya dalam praktik keperawatan kontemporer tetap kuat. Kalogianni et al. (2020) melakukan tinjauan sistematis terhadap penerapan teori Henderson dalam praktik keperawatan modern. Mereka menemukan bahwa prinsip-prinsip Henderson masih sangat relevan, terutama dalam konteks perawatan yang berpusat pada pasien dan praktik berbasis bukti.

3. Teori Orem

Teori Keperawatan Orem, yang juga dikenal sebagai Teori Defisit Perawatan Diri, adalah salah satu konsep paling berpengaruh dalam ilmu keperawatan modern. Dikembangkan oleh Dorothea Orem pada tahun 1959, teori ini terus berkembang dan relevan dalam praktik keperawatan kontemporer.

Inti dari teori Orem adalah konsep perawatan diri, yang didefinisikan sebagai praktik aktivitas yang dimulai dan dilakukan oleh individu atas nama mereka sendiri untuk memelihara kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan. Orem berpendapat bahwa manusia pada dasarnya memiliki kemampuan untuk merawat diri mereka sendiri, tetapi

ketika kemampuan ini terganggu atau tidak memadai, perawatan menjadi diperlukan (Alligood, 2018).

Teori Orem terdiri dari tiga teori yang saling terkait: Teori Perawatan Diri, Teori Defisit Perawatan Diri, dan Teori Sistem Keperawatan. Teori Perawatan Diri menjelaskan mengapa dan bagaimana orang merawat diri mereka sendiri. Teori Defisit Perawatan Diri menggambarkan kapan perawatan diperlukan. Teori Sistem Keperawatan menjelaskan bagaimana perawat dapat membantu orang (Younas & Quennell, 2019).

Dalam Teori Perawatan Diri, Orem mengidentifikasi tiga kategori persyaratan perawatan diri: universal (kebutuhan dasar seperti air, udara, makanan), perkembangan (terkait dengan proses kehidupan manusia), dan penyimpangan kesehatan (muncul dari kondisi penyakit atau cedera). Kemampuan individu untuk memenuhi persyaratan ini disebut sebagai agensi perawatan diri (Shah, 2015).

Teori Defisit Perawatan Diri menjelaskan situasi di mana kemampuan perawatan diri individu tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri mereka. Ini adalah titik di mana intervensi keperawatan menjadi diperlukan. Orem mengidentifikasi lima metode bantuan yang dapat digunakan perawat: bertindak atau melakukan untuk orang lain, membimbing orang lain, mendukung orang lain (secara fisik atau psikologis), menyediakan lingkungan yang mendukung perkembangan pribadi, dan mengajar orang lain (Petiprin, 2020).

Teori Keperawatan Orem memberikan kerangka kerja komprehensif untuk memahami dan memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien. Dengan penekanannya pada pemberdayaan pasien dan peran adaptif perawat, teori ini tetap menjadi alat yang berharga dalam praktik keperawatan modern. Ketika profesi keperawatan terus berkembang, prinsip-prinsip Orem tentang perawatan diri dan intervensi keperawatan yang disesuaikan tetap relevan dan berharga.

2.2.2 Teori keperawatan modern (Roy, Neuman, Watson)

1. Teori Roy

Teori Adaptasi Roy, yang dikembangkan oleh Sister Callista Roy pada tahun 1970, merupakan salah satu teori keperawatan yang paling berpengaruh dan banyak digunakan dalam praktik keperawatan modern. Teori ini memandang manusia sebagai sistem adaptif yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungannya, baik internal maupun eksternal. Menurut Roy, tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan kemampuan adaptasi individu dan kelompok, sehingga berkontribusi pada kesehatan, kualitas hidup, dan kematian yang bermartabat (Roy, 2018). Model Adaptasi Roy (RAM) berfokus pada konsep adaptasi sebagai proses dan hasil di mana individu menggunakan kesadaran dan pilihan untuk menciptakan integrasi manusia dan lingkungan. Roy mengidentifikasi empat mode adaptasi utama: fisiologis-fisik, konsep diri, fungsi peran, dan interdependensi.

Mode fisiologis-fisik berkaitan dengan proses fisik dan kimia yang terlibat dalam fungsi dan aktivitas organisme hidup. Mode konsep diri berfokus pada keyakinan dan perasaan seseorang tentang diri mereka sendiri. Mode fungsi peran berkaitan dengan peran yang dimainkan individu dalam masyarakat dan harapan terkait perilaku peran tersebut. Mode interdependensi berfokus pada hubungan interpersonal dan mekanisme pendukung terkait (Aligood, 2017).

Dalam teorinya, Roy menjelaskan bahwa setiap individu memiliki mekanisme koping bawaan dan yang diperoleh untuk merespons perubahan dalam lingkungan mereka. Mekanisme koping ini dibagi menjadi dua subsistem: regulator (melibatkan respons otomatis melalui proses saraf, kimia, dan endokrin) dan kognator (melibatkan empat saluran kognitif-emosional: persepsi dan pemrosesan informasi, pembelajaran, penilaian, dan emosi). Perawat berperan dalam membantu pasien memperkuat mekanisme

koping mereka dan meningkatkan kemampuan adaptasi mereka (Roy, 2014).

Penerapan Teori Adaptasi Roy dalam praktik keperawatan telah terbukti efektif dalam berbagai bidang. Sebuah studi oleh Jennings (2017) menunjukkan bahwa penggunaan RAM dalam perawatan pasien dengan penyakit kronis dapat meningkatkan kemampuan adaptasi mereka dan kualitas hidup secara keseluruhan. Demikian pula, penelitian oleh Ursavaş et al. (2014) menemukan bahwa intervensi keperawatan berbasis RAM efektif dalam meningkatkan adaptasi pasien yang menjalani hemodialisis.

Teori Adaptasi Roy memberikan kerangka kerja komprehensif untuk memahami dan meningkatkan kemampuan adaptasi pasien dalam menghadapi tantangan kesehatan. Dengan penekanannya pada interaksi dinamis antara individu dan lingkungan mereka, teori ini tetap relevan dan berharga dalam praktik keperawatan kontemporer. Ketika profesi keperawatan terus berkembang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan yang kompleks dan beragam, prinsip-prinsip adaptasi dan integrasi Roy terus memberikan panduan yang berharga bagi praktik, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

2. Teori Neuman

Teori Sistem Neuman, yang dikembangkan oleh Betty Neuman pada tahun 1970, adalah salah satu teori keperawatan yang paling komprehensif dan dinamis dalam praktik keperawatan modern. Teori ini memandang klien (individu, keluarga, kelompok, atau komunitas) sebagai sistem terbuka yang berinteraksi secara konstan dengan lingkungannya. Neuman menggunakan pendekatan holistik yang menekankan reaksi klien terhadap stres dan faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan klien untuk mempertahankan stabilitas sistem (Neuman & Fawcett, 2011).

Inti dari Teori Sistem Neuman adalah konsep "garis pertahanan" yang melindungi struktur dasar atau inti dari

sistem klien. Neuman mengidentifikasi tiga jenis garis pertahanan: garis pertahanan fleksibel (lapisan terluar yang berfungsi sebagai penyangga), garis pertahanan normal (keadaan kesejahteraan normal klien), dan garis resistensi (faktor internal yang membantu klien melawan stressor). Stressor, yang dapat bersifat intrapersonal, interpersonal, atau ekstrapersonal, dapat menembus garis-garis pertahanan ini dan menyebabkan ketidakstabilan sistem (Ahmadi & Sadeghi, 2017).

Neuman juga mengidentifikasi lima variabel yang mempengaruhi sistem klien: fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual. Interaksi antara variabel-variabel ini dan lingkungan klien menentukan kemampuan klien untuk bertahan terhadap stressor dan mempertahankan kesejahteraan optimal (Ume-Nwagbo et al., 2006).

Dalam teorinya, Neuman menekankan tiga tingkat pencegahan sebagai intervensi: primer (untuk memperkuat garis pertahanan fleksibel), sekunder (untuk memperkuat garis pertahanan internal dan mengurangi reaksi), dan tersier (untuk memperkuat resistensi terhadap stressor dan mencegah kekambuhan). Tujuan utama keperawatan, menurut Neuman, adalah membantu klien mencapai dan mempertahankan stabilitas sistem (Neuman & Fawcett, 2011).

Penerapan Teori Sistem Neuman dalam praktik keperawatan telah terbukti efektif dalam berbagai bidang. Sebuah studi oleh Khatiban et al. (2019) menunjukkan bahwa penggunaan model Neuman dalam perawatan pasien dengan penyakit kronis dapat meningkatkan kualitas hidup mereka secara signifikan. Model ini juga telah digunakan dengan sukses dalam manajemen stres pada pasien kanker (Saini et al., 2020) dan dalam perawatan pasien dengan gangguan kardiovaskular (Ahmadi & Sadeghi, 2017).

Teori Sistem Neuman memberikan kerangka kerja komprehensif untuk memahami dan meningkatkan stabilitas sistem klien dalam menghadapi stressor. Dengan

penekanannya pada pendekatan holistik dan pencegahan, teori ini tetap relevan dan berharga dalam praktik keperawatan kontemporer. Ketika profesi keperawatan terus berkembang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan yang kompleks dan beragam, prinsip-prinsip Neuman tentang stabilitas sistem dan pencegahan terus memberikan panduan yang berharga bagi praktik, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

3. Teori Watson

Teori Caring Jean Watson, yang dikenal juga sebagai Teori Human Caring, adalah salah satu paradigma keperawatan yang paling berpengaruh dan banyak digunakan dalam praktik keperawatan kontemporer. Dikembangkan oleh Dr. Jean Watson pada tahun 1979, teori ini menekankan pentingnya hubungan transpersonal antara perawat dan pasien, serta mempromosikan pendekatan holistik terhadap perawatan kesehatan yang menggabungkan dimensi fisik, emosional, spiritual, dan sosial dari pengalaman manusia (Watson, 2018).

Inti dari teori Watson adalah konsep "caring" yang ia definisikan sebagai proses interpersonal yang melibatkan kepedulian, perhatian, dan keterlibatan dengan orang lain. Watson berpendapat bahwa caring adalah esensi dari keperawatan dan merupakan fokus moral dari praktik keperawatan. Ia mengidentifikasi sepuluh faktor karatif (yang kemudian berkembang menjadi proses caritas) yang membentuk kerangka kerja untuk praktik keperawatan yang berpusat pada caring (Watson, 2012).

Proses caritas Watson mencakup elemen-elemen seperti praktik cinta dan kebaikan, kultivasi kesadaran spiritual, pengembangan hubungan caring-healing yang autentik, dukungan ekspresi perasaan positif dan negatif, dan penciptaan lingkungan healing di semua tingkat. Watson menekankan bahwa proses ini tidak hanya bermanfaat bagi pasien, tetapi juga bagi perawat, mendorong pertumbuhan pribadi dan profesional (Wei & Watson, 2019).

Teori Watson juga menekankan pentingnya "momen caring" - saat-saat ketika perawat dan pasien berinteraksi dengan cara yang mendalam dan bermakna. Ia berpendapat bahwa momen-momen ini memiliki potensi untuk menjadi transformatif bagi kedua belah pihak dan dapat memfasilitasi penyembuhan dan pertumbuhan (Watson, 2012).

Penerapan Teori Caring Watson dalam praktik keperawatan telah terbukti efektif dalam berbagai bidang. Sebuah studi oleh Durgun Ozan dan Okumus (2017) menunjukkan bahwa penggunaan model caring Watson dalam perawatan pasien pasca operasi dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mengurangi kecemasan. Demikian pula, penelitian oleh Arslan-Özkan et al. (2014) menemukan bahwa pendekatan berbasis teori Watson efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan kanker payudara.

Teori Caring Watson memberikan kerangka kerja komprehensif untuk memahami dan menerapkan konsep caring dalam praktik keperawatan. Dengan penekanannya pada hubungan transpersonal dan pendekatan holistik terhadap perawatan, teori ini tetap relevan dan berharga dalam praktik keperawatan kontemporer. Ketika profesi keperawatan terus berkembang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan yang kompleks dan beragam, prinsip-prinsip caring Watson terus memberikan panduan yang berharga bagi praktik, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

2.3 Interprofessional education dan interprofessional collaboration

Interprofessional Education (IPE) dan *Interprofessional Collaboration* (IPC) telah menjadi fokus utama dalam pendidikan dan praktik kesehatan modern. Kedua konsep ini saling terkait dan bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien melalui kerjasama yang efektif antar profesi kesehatan.

Interprofessional Education (IPE) didefinisikan oleh *World Health Organization* (WHO) sebagai situasi di mana dua atau lebih

profesi belajar tentang, dari, dan dengan satu sama lain untuk memungkinkan kolaborasi yang efektif dan meningkatkan hasil kesehatan (WHO, 2010). IPE bertujuan untuk mempersiapkan mahasiswa dan profesional kesehatan untuk bekerja dalam tim kolaboratif, memahami peran dan tanggung jawab masing-masing profesi, dan mengembangkan keterampilan komunikasi antar profesi.

Reeves et al. (2013) melakukan tinjauan sistematis terhadap efektivitas IPE dan menemukan bahwa IPE dapat menghasilkan perubahan positif dalam sikap, pengetahuan, dan keterampilan mahasiswa terkait praktik kolaboratif. Mereka juga mencatat bahwa IPE dapat memiliki dampak positif pada praktik profesional dan hasil pasien, meskipun bukti untuk ini masih terbatas.

Implementasi IPE dalam kurikulum pendidikan kesehatan telah menjadi tren yang berkembang. Guraya dan Barr (2018) mengidentifikasi berbagai model IPE yang telah dikembangkan, termasuk pembelajaran berbasis kasus, simulasi, dan pengalaman klinis bersama. Mereka menekankan pentingnya merancang kegiatan IPE yang relevan dan bermakna bagi semua profesi yang terlibat.

Interprofessional Collaboration (IPC), di sisi lain, mengacu pada praktik kerja di mana berbagai profesi kesehatan bekerja bersama sebagai tim untuk mencapai tujuan perawatan pasien yang optimal.

Reeves et al. (2017) melakukan tinjauan sistematis terhadap efektivitas intervensi untuk meningkatkan IPC dalam pengaturan perawatan akut. Mereka menemukan bahwa intervensi seperti pertemuan tim terstruktur, alat komunikasi, dan perubahan proses kerja dapat meningkatkan kolaborasi dan koordinasi antar profesi.

Teknologi juga memainkan peran penting dalam memfasilitasi IPC.

Paradis dan Whitehead (2018) mengidentifikasi beberapa hambatan terhadap IPE dan IPC, termasuk struktur organisasi hierarkis, perbedaan status profesional, dan kurangnya dukungan institusional. Mereka menekankan perlunya perubahan sistemik untuk mendukung praktik kolaboratif.

Evaluasi efektivitas IPE dan IPC juga menjadi fokus penelitian. Lutfiyya et al. (2016) mengembangkan kerangka kerja untuk mengevaluasi hasil IPE, yang mencakup perubahan dalam pengetahuan, keterampilan, dan sikap mahasiswa, serta dampak pada praktik profesional dan hasil pasien.

Dalam konteks global, IPE dan IPC semakin diakui sebagai strategi kunci untuk memperkuat sistem kesehatan dan mencapai cakupan kesehatan universal. WHO (2010) menekankan pentingnya IPE dan IPC dalam mengatasi kekurangan tenaga kesehatan global dan meningkatkan akses ke layanan kesehatan berkualitas.

Interprofessional Education dan Interprofessional Collaboration merupakan pendekatan penting dalam pendidikan dan praktik kesehatan modern. Mereka bertujuan untuk mempersiapkan profesional kesehatan untuk bekerja secara efektif dalam tim, meningkatkan komunikasi antar profesi, dan pada akhirnya meningkatkan kualitas perawatan pasien. Meskipun ada tantangan dalam implementasi, bukti yang berkembang menunjukkan bahwa IPE dan IPC dapat memiliki dampak positif pada hasil pendidikan, praktik profesional, dan kesehatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- American Nurses Association (2021) What is Nursing
<https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>
- American Nurses Association. (2015). Nursing: Scope and Standards of Practice (3rd ed.). Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- American Nurses Association (2015) Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. International Journal of Caring Sciences, 8(2), 443-450.
- Alligood, M. R. (2017). Nursing Theorists and Their Work-E-Book. Elsevier Health Sciences.
- Arslan-Özkan, İ., Okumuş, H., & Buldukoğlu, K. (2014). A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women. Journal of Advanced Nursing, 70(8), 1801-1812.
- Ahmadi, Z., & Sadeghi, T. (2017). Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal - Experimental, Translational and Clinical, 3(3), 2055217317726798
- Bastable, S. B. (2019). Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice (5th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Bodenheimer, T., Bauer, L., Olayiwola, J. N., & Syer, S. (2018). RN Role Reimagined: How Empowering Registered Nurses Can Improve Primary Care. California Health Care Foundation.
- Barr, H., Gray, R., Helme, M., Low, H., & Reeves, S. (2016). Interprofessional education guidelines 2017. Fareham: Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE).
- Choi, P. P. (2015). Patient advocacy: the role of the nurse. Nursing Standard, 29(41), 52-58.

- Canadian Nurses Association (2019) Nursing Career. Tersedia pada: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-profession-of-nursing>
- Dossey, B. M. (2010). Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer. FA Davis.
- Durgun Ozan, Y., & Okumuş, H. (2017). Effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: A randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 6(2), 95-109.
- Finkelman, A. (2017). *Professional Nursing Concepts: Competencies for Quality Leadership* (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Feo, R., Kitson, A., & Conroy, T. (2018). How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2189-2229.
- Guraya, S. Y., & Barr, H. (2018). The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 34(3), 160-165.
- Hegge, M. (2013). Nightingale's environmental theory. *Nursing Science Quarterly*, 26(3), 211-219.
- Huber, D. L. (2018). *Leadership and Nursing Care Management* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN.
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- International Council of Nurses (2012) *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- Jennings, K. M. (2017). The Roy Adaptation Model: A theoretical framework for nurses providing care to individuals with anorexia nervosa. *ANS. Advances in Nursing Science*, 40(4), 370-383.

- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28(4), 490-501.
- Kalogianni, A., Almpani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C., & Brokalaki, H. (2020). Can Henderson's nursing theory be applied in adult cardiac surgery patients? A prospective experimental study. *Heart & Lung*, 49(5), 492-499.
- Lutfiyya, M. N., Brandt, B. F., & Cerra, F. (2016). Reflections from the intersection of health professions education and clinical practice: the state of the science of interprofessional education and collaborative practice. *Academic Medicine*, 91(6), 766-771.
- Mantzoukas, S. dan Jasper, M.A. (2004) 'Issues of Representation Within Advance Nursing Practice.' *Journal of Advanced Nursing*, 47(6), pp. 597-607.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice* (4th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Mackey, A., & Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33(1), 51-55.
- McDonald, L. (2014). Florence Nightingale, statistics and the Crimean War. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 177(3), 569-586.
- Nightingale, F. (1860/1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Dover Publications.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model* (5th ed.). Pearson.
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2018). Beyond the interprofessional rhetoric: a critical examination of interprofessionalism in academic health sciences. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 137-139.
- Pepito, J. A., & Locsin, R. (2019). Can nurses remain relevant in a technologically advanced future? *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 106-110.

- Petiprin, A. (2020). Dorothea Orem - Nursing Theory. Nursing Theory. <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Dorothea-E-Orem.php>
- Roy, C. (2014). Generating middle range theory: From evidence to practice. Springer Publishing Company.
- Roy, C. (2018). Key issues in nursing theory: Developments, challenges, and future directions. *Nursing Research*, 67(2), 81-92.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Selander, L. C., & Crane, P. C. (2012). The voice of Florence Nightingale on advocacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1), 1.
- Shah, M. (2015). Compare and contrast of grand theories: Orem's Self-Care Deficit Theory and Roy's Adaptation Model. *International Journal of Nursing Didactics*, 5(1), 39-42.
- Tomey, A.M. dan Alligood, M.R. (2006) *Nursing Theorists and Their Work*. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.
- The Nursing and Midwifery Council (2018) *The Code: Professional Standards of Practice and Behaviour for Nurses, Midwives and Nursing Associates*. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Ursavaş, F. E., Karayurt, Ö., & İşeri, Ö. (2014). Nursing approach based on Roy adaptation model in a patient undergoing breast conserving surgery for breast cancer. *Journal of Breast Health*, 10(3), 134-140.

- Ume-Nwagbo, P. N., DeWan, S. A., & Lowry, L. W. (2006). Using the Neuman Systems Model for best practices. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 31-35.
- World Health Organization (2020) Nursing. https://www.who.int/health-topics/nursing#tab=tab_1
- Watson, J. (2008) *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised ed. Boulder, CO: University Press of Colorado.
- World Health Organization. (2016). *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020*. Geneva: WHO.
- Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. (2020). *Global Atlas of Palliative Care* (2nd ed.). London: WHPCA.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: Philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado.
- Wei, H., & Watson, J. (2019). Healthcare interprofessional team members' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 17-23.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540-555.
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 540-555.

BAB 3

ANATOMI DAN FISILOGI MANUSIA

Oleh Dewi Nurhanifah

3.1 Pengertian Anatomi dan Fisiologi

3.1.1 Anatomi

Anatomi berasal dari bahasa Yunani. Kata *Ana* berarti bagian atau memisahkan dan kata *Tomi* atau *Tomnien* yaitu irisan atau potongan.

Beberapa pengertian anatomi antara lain sebagai berikut. Anatomi adalah ilmu yang mempelajari struktur internal dan struktur eksternal tubuh manusia serta hubungan fisiknya dengan bagian tubuh lainnya. Anatomi adalah ilmu yang mempelajari bentuk dan struktur tubuh secara keseluruhan beserta bagian-bagiannya dan hubungan organ tubuh satu dengan yang lain. Anatomi adalah ilmu yang mempelajari bagian-bagian tubuh manusia tertentu secara terpisah.

3.1.2 Fisiologi

Fisiologi berasal dari bahasa Yunani. Kata *Fisis* (Physis) adalah alam atau cara kerja dan kata *Logos* (Logi) adalah ilmu pengetahuan.

Beberapa pengertian fisiologi antara lain sebagai berikut. Fisiologi adalah ilmu yang mempelajari cara kerja dan fungsi dari jaringan tubuh atau bagian organ tubuh. Fisiologi adalah ilmu yang mempelajari fungsi organ-organ tubuh, fungsi bagian-bagian penyusun suatu organ, serta hubungan fungsional antar organ tubuh untuk membangun suatu sistem komprehensif yang menghidupi suatu individu secara normal – fisiologis.

3.2 Istilah-istilah Anatomi

Untuk mempelajari anatomi, telah ditetapkan ketentuan dasar posisi anatomi yaitu kedudukan bagian tubuh yang satu terhadap bagian tubuh yang lain akan selalu tetap meskipun tubuh

dalam keadaan melakukan gerakan apapun atau dalam posisi apapun. Posisi anatomi tersebut antara lain posisi badan berdiri tegak, arah pandangan muka terus ke depan, posisi telapak tangan menghadap ke depan, arah Ibu jari tangan menghadap ke depan dan kedua kaki lurus ke depan dan sejajar.

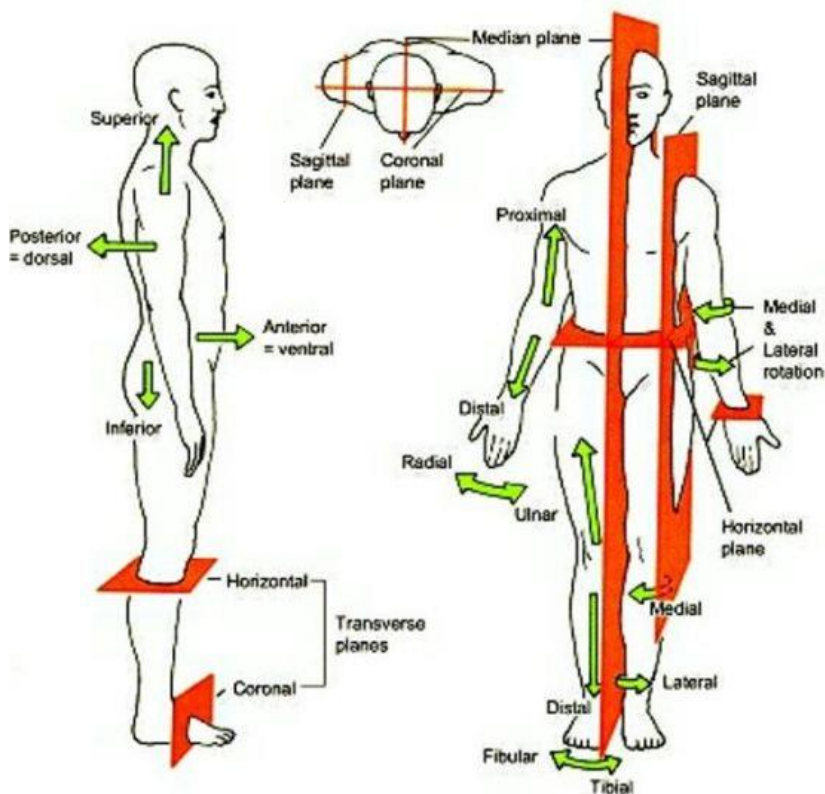
Berdasarkan letak/sikap maka diketahui istilah anatomi antara lain sebagai berikut:

Tabel 3.1. Istilah anatomi berdasarkan letak/sikap anatomi

Istilah anatomi	Pengertian
Superior (atas)	letak lebih dekat ke atas (kepala)
Inferior (bawah)	letak lebih dekat ke bawah (kaki)
Kranial (Cranialis)	lebih dekat pada kepala (bagian kepala). Contoh: Mulut terletak superior terhadap dagu.
Kaudal (Caudalis)	lebih dekat pada kaki/ ekor (bagian ekor). Contoh: Pesar terletak inferior terhadap payudara.
Anterior (depan)	lebih dekat ke depan. Contoh: Lambung terletak anterior terhadap limpa.
Posterior (belakang)	lebih dekat ke belakang. Contoh: Jantung terletak posterior terhadap tulang rusuk.
Medial (Medialis—tengah)	lebih dekat ke bidang median/ garis tengah. Contoh: Jari manis terletak medial terhadap jari jempol.
Lateral (Lateralis—luar)	menjauhi/ lebih jauh dari bidang median/ garis tengah. Contoh: Telinga terletak lateral terhadap mata.
Proksimal (Proximalis—atas)	lebih dekat dengan batang tubuh atau pangkal anggota (Mendekati badan). Contoh: Siku terletak proksimal terhadap telapak tangan.
Distal (Distalis—bawah)	lebih jauh dari batang tubuh atau ujung anggota. Contoh: Pergelangan tangan terletak distal terhadap siku.
Internus/ Internal	bagian dalam
Externus/	bagian luar

Istilah anatomi	Pengertian
Eksternal	
Dexter/ Dextra	bagian kanan
Sinister/ Sinistra	bagian kiri
Lateral	bagian samping
Sentral	bagian pusat
Ventral	bagian depan ruas tulang belakang (letak lebih dekat ke perut) (Ventralis anterior: lebih ke depan (venter= perut, anticus= depan))
Dorsal	bagian belakang ruas tulang belakang (letak lebih dekat ke punggung) (Dorsalis posterior: lebih ke belakang (dorsum= punggung, posticus= belakang))
Viseral	selaput bagian dalam
Parietal	selaput bagian luar
Transversus/ Transversal	melintang
Longitudinal (Longitudinalis)	membujur/ ke arah ukuran panjang
Perifer	bagian yang pinggir/ tepi
Volaris/ Volar	ke arah telapak tangan (sisi belakang tangan/ kaki depan)
Plantral (Plantaris)	ke arah telapak kaki (plantar pedis)
Ulnar (Ulnaris)	ke arah ulna
Radial (Radialis)	ke arah radius
Tibial	ke arah tibia
Fibular	ke arah fibula

Sumber: Sunardi dkk., 2020



Gambar 3.1. Istilah-istilah anatomi berdasarkan letak/sikap
(Sumber: Sunardi dkk., 2020)

3.3 Struktur Tubuh Manusia

Struktur tubuh manusia tersusun dari beberapa organisasi dari yang paling sederhana sampai yang paling kompleks yaitu sel, jaringan, organ dan sistem organ.

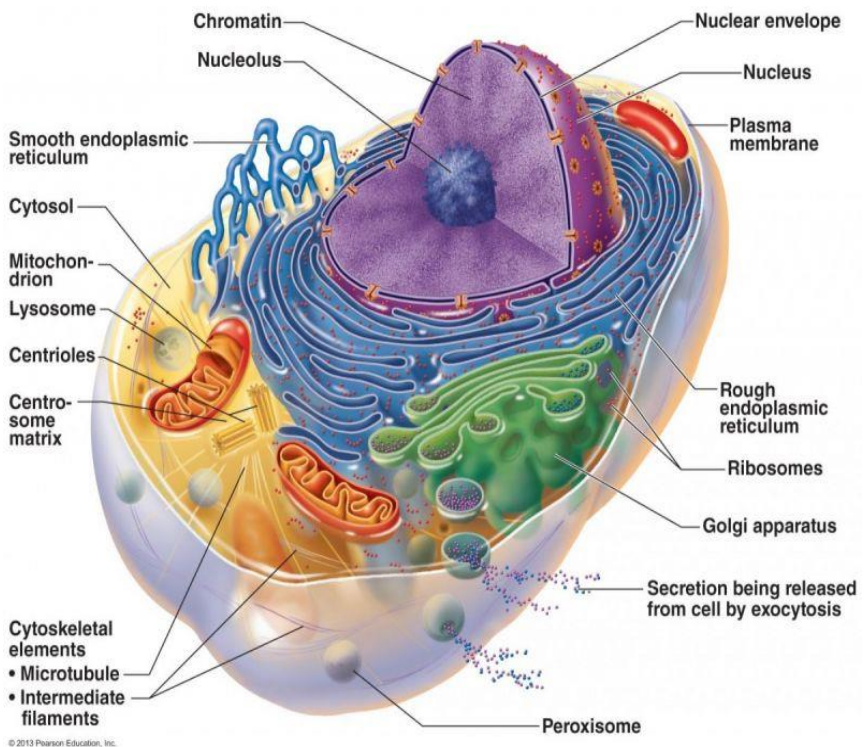
3.3.1 Sel

Sel merupakan bagian fungsional terkecil yang membangun tubuh makhluk hidup. Sel adalah unit dasar dari tubuh manusia di mana berbagai macam sel dipersatukan satu sama lain oleh sokongan struktur interseluler.

Tubuh manusia memiliki lebih dari 200 tipe sel berbeda dengan fungsi untuk mempertahankan homeostasis. Setiap jenis sel

dikhususkan untuk melakukan suatu fungsi tertentu. Misalnya sel darah merah berfungsi mengangkut oksigen dari paru-paru ke jaringan. Di samping sel darah merah masih terdapat sekitar 75 triliun sel lain yang menyusun tubuh manusia, sehingga jumlah sel pada manusia sekitar 100 triliun sel.

Bagian-bagian sel antara lain membran plasma, sitoplasma, dan nukleus. Di dalam sitoplasma terdapat organel sel antara lain: sitoskeleton, sentrosom, ribosom, retikulum endoplasma, golgi kompleks, lisosom, peroksisom dan mitokondria.



Gambar 3.2. Sel dan bagian-bagiannya
(sumber: Hardin & Bertoni, 2017)

3.3.2 Jaringan

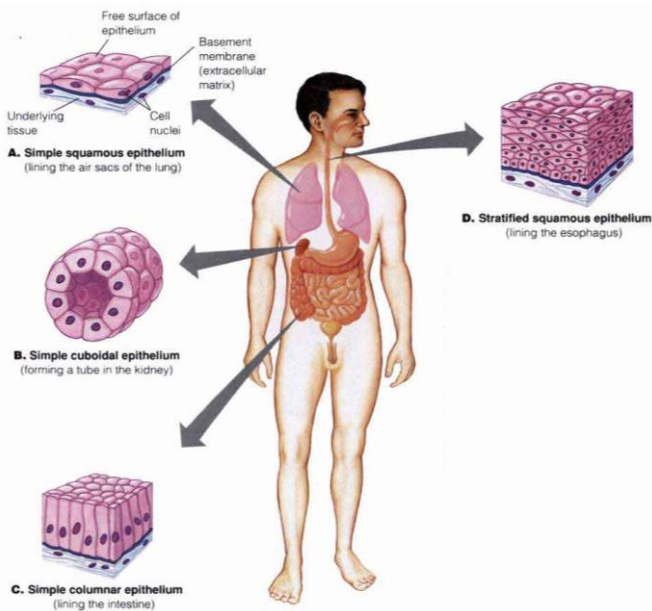
Jaringan dibangun oleh beberapa sel berbeda yang memiliki fungsi tertentu. Ada 4 jaringan dasar pada tubuh manusia yaitu jaringan epitel, jaringan pengikat, jaringan otot dan jaringan saraf.

1. Jaringan epitel.

Jaringan epitel merupakan jaringan penutup yang menutupi tubuh atau permukaan tubuh bagian luar dan bagian dalam yang berhubungan dengan udara. Di dalam jaringan ini terdapat pembuluh darah diantara sel-selnya sehingga jaringan epitel banyak terdapat di permukaan kulit selaput lendir, jalan pernapasan dan pencernaan.

Jaringan epitel memiliki fungsi antara lain:

- a. Sebagai proteksi atau melindungi organ yang dilapisinya.
- b. Sebagai sekresi atau mengeluarkan/menghasilkan zat-zat yang berguna bagi tubuh misalnya kelenjar eksokrin dan kelenjar endokrin.
- c. Sebagai absorpsi atau menyerap zat-zat ada di luarnya.
- d. Sebagai ekskresi atau mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna untuk tubuh.
- e. Sebagai filtrasi atau menyaring zat-zat dan sebagai penerima rangsangan dari luar.



Gambar 3.3. bentuk jaringan epitel: a) pipih selapis, b) kubus sederhana, c) batang sederhana, d) pipih berlapis (sumber: Campbell *et. al.*, 1999)

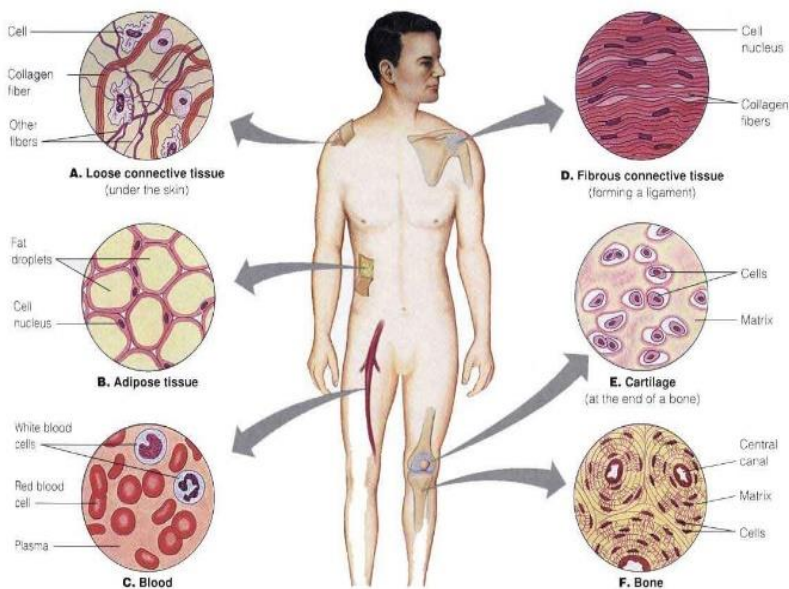
2. Jaringan pengikat.

Jaringan pengikat merupakan jaringan untuk mengikat antar alat tubuh. Contoh jaringan ini adalah jaringan darah.

Jaringan pengikat memiliki fungsi antara lain:

- Membuat bahan-bahan inter selular.
- Membuat sel-sel darah.
- Sebagai fagositosis atau memakan bakteri-bakteri atau benda asing yang masuk ke dalam tubuh.
- Membuat antibodi dan heparin yang berfungsi mencegah pembekuan darah di dalam saluran-salurannya.

Berdasarkan tipe jaringannya dibedakan jaringan ikat terdiri dari jaringan ikat longgar, jaringan lemak, jaringan darah, jaringan ikat padat, jaringan tulang rawan dan jaringan tulang keras.



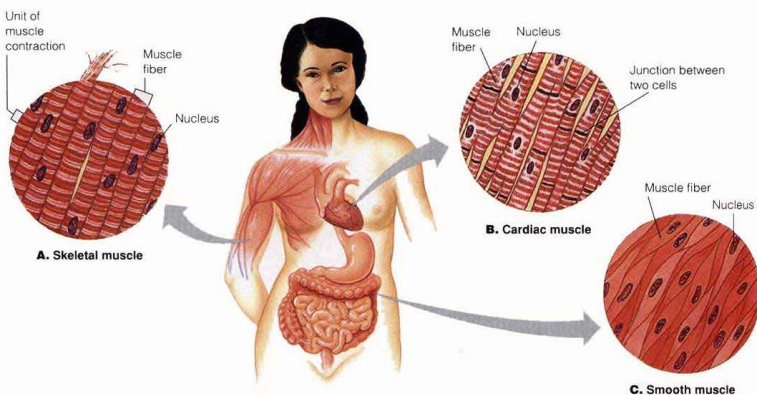
Gambar 3.4. Tipe jaringan ikat a) jaringan ikat longgar, b) jaringan lemak, c) jaringan darah, d) jaringan ikat padat, e) tulang rawan, f) tulang keras
(sumber: Campbell *et. al.*, 1999)

3. Jaringan otot

Jaringan otot merupakan kumpulan sel-sel otot yang bentuknya panjang dan ramping, tiap-tiap sel otot mempunyai serabut otot dan beberapa serabut otot ini dikumpulkan menjadi sebuah alat tubuh yang disebut otot. Fungsi umum otot adalah sebagai alat penggerak tubuh, termasuk anggota badan, usus, paru-paru dan lain-lain.

Berdasarkan bentuk dan fungsinya, jaringan otot dibagi menjadi:

- Otot serat lintang/otot lurik berbentuk menyerupai garis-garis melintang, warnanya merah tua dan dapat berkontraksi menurut kemauan kita. Otot ini terdapat hampir di seluruh badan.
- Otot jantung berbentuk serat lintang, berkontraksi tidak di bawah pengaruh kemauan kita. Jika otot bekerja keras maka lama kelamaan sel otot menjadi besar (hipertrofi) dan jika otot tidak dipergunakan maka ia akan menjadi kecil.
- Otot polos berbentuk licin tidak mempunyai garis lintang, ia dapat berkontraksi tidak menurut kemauan kita, misalnya terdapat pada dinding saluran pencernaan, dinding pembuluh darah, dan saluran alat kandungan.



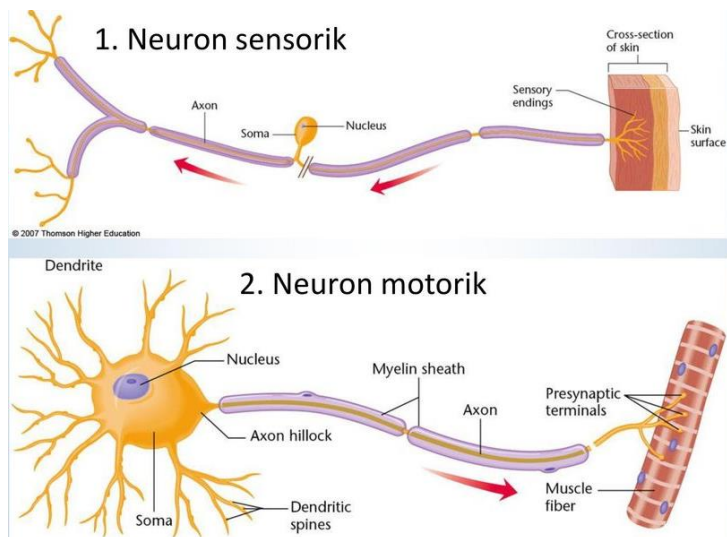
Gambar 3.5. Tipe jaringan otot: a) otot lurik, b) otot jantung, c) otot polos
(sumber: Campbell *et. al.*, 1999)

4. Jaringan saraf

Jaringan saraf merupakan kumpulan sel saraf panjang dan halus mempunyai inti sel dalam protoplasmanya yang agak tebal. Sel saraf terdiri atas badan sel dan ekor sel.

Saraf dibedakan menjadi saraf motorik dan saraf sensorik. Saraf motorik (saraf penggerak) merupakan saraf yang membawa rangsangan ke otak dan sum-sum tulang belakang menuju ke otot dan kelenjer, akibatnya otot menegang dan kelenjer mengeluarkan getah. Sedangkan saraf sensorik (saraf perasa) merupakan saraf yang membawa rangsangan dari luar menuju pusat.

Jaringan saraf berfungsi untuk mengatur aktivitas otot dan organ serta menerima dan meneruskan rangsangan.

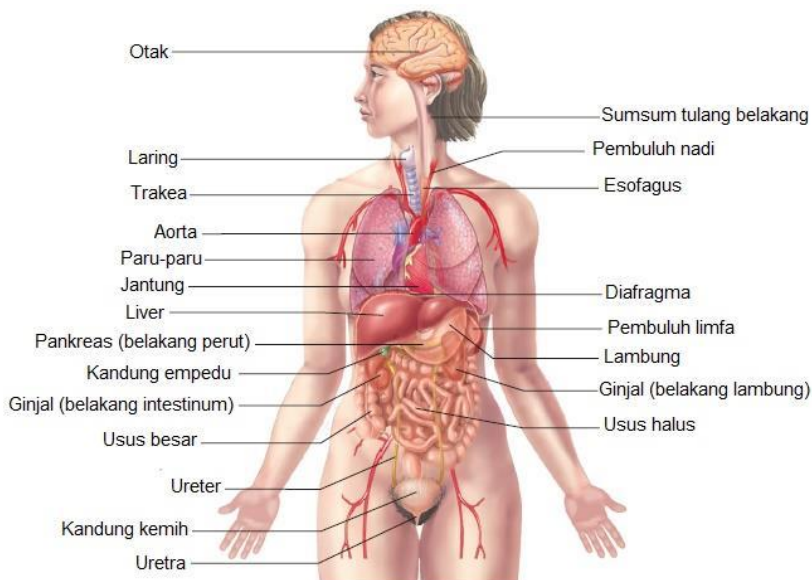


Gambar 3.6. Sel saraf sensorik pada kulit dan sel saraf motorik pada otot
(sumber: Temertzoglou, 2014)

3.3.3 Organ

Setiap organ tubuh manusia terdiri dari dua atau lebih jaringan yang bekerja bersama sehingga memungkinkan organ untuk melakukan fungsi spesifiknya. Tubuh mengandung sejumlah organ dan masing-masing memiliki bentuk dan fungsi yang jelas.

Beberapa contoh organ penting seperti otak, sumsum tulang belakang, pembuluh nadi, laring, esophagus, trakea, aorta, paru-paru, diafragma, jantung, liver, pankreas, lambung, kandung empedu, limfa, ginjal, usus halus, usus besar, ureter, kandung kemih, dan uretra.



Gambar 3.7. Organ tubuh manusia
(sumber: VanPutte *et.al.*, 2014).

3.3.4 Sistem Organ

Sistem Organ merupakan sekumpulan organ yang bekerja sama untuk melakukan fungsi-fungsi yang lebih kompleks dalam mempertahankan kondisi homeostatis. Sistem organ tubuh pada manusia terdiri atas:

1. Sistem Rangka
2. Sistem Otot
3. Sistem Pencernaan
4. Sistem Pernafasan
5. Sistem Reproduksi
6. Sistem Kardiovaskuler
7. Sistem Peredaran Darah
8. Sistem Perkemihan

9. Sistem Saraf
10. Sistem Integumen
11. Sistem Endokrin

3.4 Sistem Rangka

Sistem rangka disebut juga sistem skeleton. Sistem rangka adalah sistem tulang kerangka tubuh yang terdiri dari tulang-tulang yang terpisah dan dihubungkan satu sama lain oleh sendi. Sistem rangka terdiri dari tulang, sendi dan tulang rawan sebagai tempat menempelnya otot dan memungkinkan tubuh untuk mempertahankan sikap dan posisi. Tubuh manusia didukung oleh sistem rangka, yang terdiri dari 206 tulang yang membentuk kerangka.

Sistem rangka terbagi dalam 2 bagian yaitu kerangka aksial dan kerangka apendikular. Kerangka aksial atau rangka polos meliputi 80 tulang yang terletak di sepanjang sumbu tubuh manusia. Kerangka aksial meliputi tengkorak, tulang telinga tengah, tulang hyoid, tulang rusuk, dan tulang belakang. Kerangka apendikular atau rangka tambahan meliputi 126 tulang yang merupakan tulang-tulang pelengkap yang menghubungkan kerangka aksial. Kerangka apendikular terletak di daerah tungkai atas, tungkai bawah, panggul, dan bahu.

Sistem rangka berfungsi antara lain:

1. Sebagai penyangga berdirinya tubuh, tempat melekatnya ligamen, otot, jaringan lunak dan organ.
2. Sebagai penyimpanan mineral (kalsium dan fosfat) dan lipid atau hemopoiesis
3. Sebagai tempat memproduksi sel darah.
4. Sebagai pelindung yaitu membentuk rongga melindungi organ yang halus dan lunak serta memproteksi organ-organ internal dari trauma mekanis.
5. Sebagai penggerak yaitu dapat mengubah arah dan kekuatan otot rangka saat bergerak karena adanya persendian.

3.5 Sistem Otot

Sistem otot atau sistem muskular merupakan semua sel-sel otot mempunyai kekhususan yaitu untuk berkontraksi. Terdapat lebih dari 650 buah otot pada tubuh manusia, sebagian besar otot tersebut melekat pada tulang-tulang kerangka tubuh, dan sebagian kecil ada melekat di bawah permukaan kulit. Sistem muskular terdiri dari otot, tendon dan ligamen.

Berdasarkan jenisnya, otot terdiri atas otot rangka, otot polos dan otot jantung. Otot rangka adalah otot lurik yang menghubungkan tulang satu dan lainnya. Otot polos adalah otot tidak berlurik yang dapat ditemukan pada organ pencernaan, reproduksi, urinarius, respiratorik dan sirkulasi darah. Otot jantung adalah otot lurik yang ditemukan di jantung.

Fungsi sistem otot antara lain:

1. Sebagai pergerakan yaitu menghasilkan gerakan pada tulang tempat otot tersebut melekat dan bergerak dalam bagian organ internal tubuh.
2. Sebagai penopang rangka tubuh dan mempertahankan postur tubuh pada saat posisi berdiri atau pada saat duduk terhadap gravitasi.
3. Sebagai penghasil panas yaitu melalui kontraksi otot-otot secara metabolis yang menghasilkan panas untuk mempertahankan suhu tubuh normal.

3.6 Sistem Pencernaan

Sistem pencernaan merupakan pintu gerbang masuknya zat makanan, vitamin mineral dan cairan ke dalam tubuh. Makanan mengalami tiga proses dalam tubuh meliputi pencernaan, absorpsi, dan metabolisme. Pencernaan dan absorpsi terjadi dalam saluran pencernaan. Setelah nutrisi diserap maka mereka tersedia bagi semua sel dalam tubuh dan digunakan oleh sel untuk metabolisme.

Organ gastrointestinal (saluran pencernaan) membentang dari mulut ke anus. Organ ini adalah mulut, faring, esofagus (kerongkongan), lambung, usus kecil, usus besar, dan lubang anus. Organ aksesori meliputi gigi, lidah, kelenjar saliva, hati, kantung empedu, dan pankreas.

Sistem Pencernaan berfungsi menerima makanan dari luar untuk diserap oleh tubuh, mencerna dan menyerap zat-zat gizi dan energi ke dalam aliran darah serta membuang bagian makanan yang tidak dapat dicerna.

3.7 Sistem Pernafasan

Sistem pernapasan atau sistem respirasi merupakan suatu mekanisme pertukaran gas oksigen (O_2) yang dibutuhkan tubuh untuk metabolisme sel dengan karbondioksida (CO_2) yang dihasilkan dari metabolisme. Pernafasan merupakan proses mulai dari pengambilan oksigen (inspirasi), pelepasan karbohidrat (ekspirasi) dan penggunaan energi yang ada di dalam tubuh.

Sistem respirasi terdiri dari 2 bagian yaitu 1) saluran nafas bagian atas, udara yang masuk pada bagian ini dihangatkan, disaring dan dilembabkan, dan 2) saluran nafas bagian bawah (paru) merupakan tempat pertukaran gas. Di dalam paru-paru terjadi pertukaran zat antara O_2 yang masuk ke dalam darah dan CO_2 yang keluar dari darah secara osmosis. Organ pernafasan pada manusia antara lain Hidung, Faring, Laring, Trakea, Broncus, Bronciolus, dan Alvealus.

Cara melakukan pernapasan ada 2 yaitu pernafasan dada dan pernafasan perut. Pernafasan dada adalah pernafasan yang melibatkan antar tulang. Fase inspirasi diawali dengan kontraksi otot antartulang rusuk sehingga rongga dada terangkat atau membesar, dan O_2 dari luar masuk. Fase ekspirasi/fase relaksasi yaitu kembalinya otot antara tulang rusuk ke belakang sehingga CO_2 dalam rongga dada/ keluar. Sedangkan Pernafasan perut adalah pernafasan yang melibatkan diafragma. Fase inspirasi yaitu diafragma akan turun. Fase ekspirasi yaitu diafragma akan naik.

3.8 Sistem Reproduksi

3.8.1 Sistem Reproduksi Laki laki

Secara anatomi, Sistem organ reproduksi pada laki-laki terdiri dari organ reproduksi eksternal (genitalia eksternal) dan reproduksi internal (genitalia internal). Organ eksternal meliputi penis, skrotum dan testis dengan fungsinya sebagai berikut.

Tabel 3.2. Organ eksternal pada sistem organ reproduksi laki-laki beserta fungsinya.

Organ	Fungsi
Penis	Sebagai jalan keluarnya urine dan sperma
Skrotum	Mengontrol suhu pada testis. Suhu pada testis berkaitan dengan produksi sperma yang sehat
Testis	Memproduksi sperma dan hormon testosteron

Sumber: Ross & Wilson, 2017.

Organ internal meliputi epididimis, kelenjar prostat (glandula prostatica), kelenjar bulbourethralis (*glandula cowper*), vesikula seminalis, uretra, dan duktus deferens (vas deferens).

Tabel 3.3. Organ internal pada sistem organ reproduksi laki-laki beserta fungsinya.

Organ	Fungsi
Epididimis	Menyimpan sel sperma dan mengangkut sperma yang belum matang menuju tabung vas deferens agar menjadi sperma matang
Kelenjar prostat	Memberikan cairan tambahan untuk proses ejakulasi. Cairan prostat membantu sperma agar tetap sehat
Kelenjar bulbuorethralis (kelenjar Cowper)	Menghasilkan cairan untuk melumasi uretra dan menetralkan keasaman yang mungkin ada karena tetesan sisa urine/ mengeluarkan mukus bening sebelum ejakulasi
Vesikula seminalis	Menghasilkan cairan fruktosa yang digunakan sperma sebagai sumber energi ketika beraktivitas
Uretra	Saluran yang membawa urine atau sperma ke luar tubuh
Vas deferens	Mengangkut sperma matang menuju uretra dalam persiapan untuk ejakulasi

Sumber: Ross & Wilson, 2017.

3.8.2 Sistem Reproduksi Perempuan

Secara anatomi, Sistem organ reproduksi pada Perempuan terdiri dari organ reproduksi eksternal (genitalia eksternal) dan reproduksi internal (genitalia internal). Organ eksternal terdiri dari Mons Veneris/Mons Pubis, Labia Mayora, Labia Minora, Klitoris, Vestibulum/vestibular, Kelenjar Bartholin dan Himen/Selaput Dara.

Tabel 3.4. Organ eksternal pada sistem organ reproduksi perempuan beserta fungsinya.

Organ	Fungsi
Mons Veneris/Mons Pubis	Mengandung Jaringan lemak yang menutupi simpisis pubis, diliputi oleh rambut, pertemuan antara Labia mayora
Labia Mayora	Memproduksi cairan lubrikasi
Labia Minora	Bentuk dan ukuran organ ini dapat berbeda pada tiap individu. Permukaannya pun sangat rapuh dan sensitif
Klitoris	Benjolan kecil yang sangat sensitif terhadap rangsangan. Organ ini memiliki fungsi serupa penis pada pria
Vestibulum/vestibular	Saat seorang wanita merasa terangsang, bagian ini akan terisi banyak darah, dan membesar. Setelah wanita mengalami orgasme, darah di dalam jaringan tersebut akan kembali mengalir ke tubuh
Kelenjar Bartholin	Untuk mengeluarkan lendir dan melumasi vagina, saat melakukan hubungan seksual
Himen / Selaput Dara	Suatu membran tipis, berlubang, yang dapat dilalui oleh darah saat menstruasi

Sumber: Ross & Wilson, 2017.

Organ internal terdiri dari Ovarium/Indung Telur, Tuba Falllopi, Rahim/ Uterus dan Vagina.

Tabel 3.5. Organ internal pada sistem organ reproduksi perempuan beserta fungsinya.

Organ	Fungsi
Ovarium	Memproduksi telur matang untuk pembuahan dan hormon steroid dalam jumlah besar
Tuba Falllopi	Membawa sperma dan telur ke tempat terjadinya pembuahan, yaitu ampula tuba. Setelah pembuahan terjadi, sel telur yang telah dibuahi, kemudian bergerak menuju rahim, untuk ditanamkan di dinding rahim
Uterus	Sebagai tempat berkembangnya janin
Vagina	Menghubungkan alat kelamin luar dengan Rahim, menghasilkan lendir yang berfungsi mempermudah persalinan, Menahan penis saat berhubungan seksual dan menyimpan semen sementara, sebagai saluran tempat keluarnya lendir seviks dan darah menstruasi.

Sumber: Ross & Wilson, 2017

3.9 Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler merupakan sistem organ peredaran yang terdiri dari jantung dan pembuluh darah dengan fungsi memberikan serta mengalirkan kebutuhan oksigen dan nutrisi ke seluruh jaringan tubuh untuk proses metabolisme tubuh.

Jantung adalah pompa otot dengan 4 ruang yang mendorong darah mengelilingi sirkulasi. Jantung berukuran kurang lebih sebesar genggaman tangan kanan dengan berat kira-kira 250-300 gram. Cara kerja jantung menyerupai otot polos yaitu di luar kesadaran manusia (dipengaruhi oleh susunan saraf otonom). Bentuk jantung menyerupai jantung pisang, bagian atasnya tumpul (pangkal jantung) disebut basis kordis. Di sebelah bawah agak runcing disebut apeks kordis.

Jantung terletak di dalam rongga dada sebelah depan (kavum mediastinum anterior), sebelah kiri bawah dari

pertengahan rongga dada, di atas diafragma, dan pangkalnya terdapat di belakang kiri antara kosta V dan VI dua jari di bawah papilla mammae. Pada bagian ini dapat dirasakan adanya denyut jantung yang disebut iktus kordis.

Pembuluh darah terdiri dari arteri yang membawa darah dari jantung ke jaringan, kapiler berdinding tipis yang memungkinkan difusi gas dan zat metabolik, dan vena serta venula yang mengembalikan darah ke jantung. Sistem pembuluh darah pada manusia terdiri dari arteri, arteriola, kapiler, venula, dan vena. Fungsi sistem kardiovaskuler antara lain:

1. Mengangkut nutrisi, oksigen dan hormon ke seluruh tubuh dan melepaskan limbah metabolik (karbon dioksida, limbah nitrogen)
2. Perlindungan tubuh oleh sel darah putih, antibodi dan protein komplemen yang beredar dalam darah dan mempertahankan tubuh terhadap mikroba asing dan toksin
3. Pengaturan suhu tubuh, pH cairan dan kadar air sel.

3.10 Sistem Peredaran Darah

Sistem peredaran darah adalah suatu sistem organ dengan fungsi memindahkan zat ke sel dan dari sel yaitu darah. Darah mengandung sel dan fragmen sel. Secara kolektif, sel-sel dan fragmen sel disebut elemen padat. Elemen padat pada darah adalah sel darah merah (eritrosit), sel darah putih (leukosit), dan keping darah (trombosit). Sel dan fragmen sel tersuspensi dalam cairan yang disebut plasma. Kelompok terbesar zat terlarut dalam plasma terdiri dari protein plasma, yang melayani berbagai fungsi. Protein plasma penting adalah albumin, globulin, dan protein pembekuan (fibrinogen).

Fungsi sistem peredaran darah antara lain:

1. Mengedarkan nutrisi makanan ke seluruh tubuh oleh plasma darah.
2. Mengangkut sisa oksidasi dari sel tubuh oleh plasma darah untuk dikeluarkan dari tubuh, karbon dioksida dikeluarkan melalui paru-paru, urea dikeluarkan melalui ginjal
3. Mengedarkan hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar buntu (endokrin) oleh plasma darah.

4. Mengangkut oksigen ke seluruh tubuh oleh sel-sel darah merah; membunuh kuman yang masuk ke dalam tubuh oleh sel darah putih.
5. Menutup luka oleh keping-keping darah
6. Menjaga kestabilan suhu tubuh.

3.11 Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan atau Sistem urinaria adalah sistem organ dengan fungsi menyaring dan membuang zat limbah dengan menghasilkan urine serta menyerap zat-zat yang masih dipergunakan oleh tubuh.

Organ sistem urinaria terdiri dari ginjal/renal, ureter, bladder/vesika urinari (kandung kemih) dan uretra. Ginjal berjumlah 2 buah yaitu kiri dan kanan. Ginjal terdiri dari 3 lapisan mulai dari luar yaitu korteks, medulla dan pelvis. Ginjal setiap hari dapat menyaring kurang lebih 200 liter darah dan serta dua liter zat sisa.

Fungsi ginjal antara lain:

1. Menyaring dan membersihkan darah.
2. Mengendalikan keseimbangan air.
3. Mengatur jumlah sel darah merah dalam tubuh.
4. Mengatur tekanan darah dan kadar garam dalam darah.
5. Mengendalikan kadar gula darah.
6. Menjaga kesehatan tulang.

Hormon yang bekerja pada ginjal yaitu hormon Antidiuretik (ADH atau vasopresin), Aldostero, Peptida natriuretik (NP), dan Hormon Paratiroid. Sedangkan Hormon yang dihasilkan oleh ginjal antara lain Renin, Vitamin D, Eritropoitin dan Prostaglandin.

3.12 Sistem Saraf

Sistem saraf adalah sistem kompleks yang berperan dalam mengatur dan mengoordinasikan seluruh aktivitas tubuh seperti berjalan, berbicara, menelan, bernapas, serta semua aktivitas mental termasuk berpikir, belajar, dan mengingat.

Sistem saraf meliputi otak, sumsum tulang belakang, organ-organ sensorik, dan saraf yang menghubungkan organ-organ ini dengan seluruh tubuh.

Sistem saraf terbagi menjadi sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat terdiri dari otak dan sumsum tulang belakang, yang terletak di rongga tubuh dorsal. Sistem saraf pusat mengendalikan seluruh pengaturan dan pengolahan rangsangan, mulai dari mengatur pikiran, gerakan, emosi, pernapasan, denyut jantung, pelepasan berbagai hormon, suhu tubuh, hingga koordinasi seluruh sel saraf untuk melakukan fungsi pengaturan di dalam tubuh.

Sistem saraf tepi meliputi semua saraf yang menghubungkan otak dan sumsum tulang belakang dengan reseptor sensorik, otot, dan kelenjar yaitu 12 pasang saraf tengkorak (kranial) yang berasal dari batang otak dan 31 pasang saraf tulang belakang (spinal) yang berasal dari sum-sum tulang belakang. Sistem saraf tepi menerima rangsangan dan menghantarkan semua respons yang sudah diolah oleh sistem saraf pusat.

Fungsi utama sistem saraf adalah untuk menerima, mengolah dan menyampaikan rangsangan dari seluruh organ melalui koordinasi antara fungsi sensorik (mengumpulkan informasi dari dalam dan luar tubuh), fungsi pengatur (memproses informasi di otak dan sumsum tulang belakang), dan fungsi motorik (mengirimkan informasi ke otot, kelenjar, dan organ sehingga dapat merespon dengan tepat).

3.13 Sistem Integumen

Sistem integumen adalah sistem organ seluruh tubuh manusia yang paling luar. Sistem integumen terdiri dari organ terbesar dalam tubuh yaitu kulit. Komponen kulit meliputi rambut, kuku, kelenjar keringat, kelenjar minyak, pembuluh darah, pembuluh getah bening, saraf dan otot. Kulit terdiri dari lapisan jaringan epitel (epidermis) yang didukung oleh lapisan jaringan ikat (dermis) dan lapisan subkutan yang mendasari (hypodermis atau subcutis).

Fungsi kulit dalam menjaga homeostasis tubuh antara lain:

1. Fungsi proteksi atau perlindungan seperti menahan suhu tubuh, menahan luka-luka kecil, mencegah zat kimia dan bakteri masuk ke dalam tubuh serta menghalau rangsang-rangsang fisik seperti sinar ultraviolet dari matahari.
2. Fungsi absorpsi atau penyerapan yaitu menyerap material larut-lipid seperti vitamin A, D, E, dan K, obat-obatan tertentu, oksigen dan karbon dioksida.
3. Fungsi ekskresi atau pengeluaran untuk pembuangan sisa metabolisme yaitu keringat dari kelenjar-kelenjar keringat yang dikeluarkan melalui pori-pori keringat dengan membawa garam, yodium dan zat kimia lainnya.
4. Fungsi persepsi atau rangsangan di mana kulit mengandung ujung-ujung saraf sensorik yang bereaksi terhadap rangsangan seperti sakit, suhu panas dan dingin, tekanan, rabaan, dan getaran.
5. Fungsi termoregulasi atau pengaturan suhu tubuh dengan cara mengeluarkan keringat dan menyesuaikan aliran darah di pembuluh kapiler
6. Fungsi pembentukan vitamin D dengan mengaktivasi prekursor 7 dihidroksi kolesterol dengan bantuan sinar ultraviolet. Enzim di hati dan ginjal lalu memodifikasi prekursor dan menghasilkan calcitriol, bentuk vitamin D yang aktif. Sintesis vitamin D dilakukan. Calcitriol merupakan hormon yang berfungsi mengabsorpsi kalsium makanan dari traktus gastrointestinal kedalam pembuluh darah.

3.14 Sistem Endokrin

Sistem endokrin adalah suatu sistem dalam tubuh manusia yang bertugas untuk melakukan sekresi (memproduksi) hormon yang berfungsi mengatur seluruh kegiatan organ-organ dalam tubuh manusia sesuai dengan yang dibutuhkan organ tersebut. Sistem endokrin merupakan gabungan dari beberapa kelenjar endokrin. Kelenjar endokrin itu sendiri ada yang menghasilkan 1 macam hormon tunggal, dan juga menghasilkan beberapa hormon ganda. Hasil sekresi hormon langsung masuk ke pembuluh darah manusia tanpa harus melalui saluran (duktus).

Kelenjar endokrin terdiri atas 8 kelenjar utama yaitu kelenjar hipofisis, kelenjar tiroid, kelenjar paratiroid, kelenjar adrenalin, kelenjar timus, kelenjar pinealis, kelenjar pankreas dan kelenjar kelamin. Secara umum fungsi kelenjar endokrin adalah:

1. Penghasil berbagai jenis hormon yang akan disalurkan apabila diperlukan oleh jaringan tubuh tertentu.
2. Untuk mengontrol aktivitas kelenjar tubuh agar berfungsi dengan normal dan maksimal.
3. Merangsang aktivitas kelenjar tubuh untuk disalurkan ke sistem saraf dan menghasilkan suatu efek dari rangsangan tersebut.
4. Mempengaruhi pertumbuhan jaringan agar berfungsi maksimal.
5. Mengatur metabolisme dalam tubuh.
6. Mempengaruhi fungsi metabolisme lemak vitamin, metabolisme protein mineral air dan hidrat arang dalam tubuh.

Sedangkan fungsi dari hormon adalah mengendalikan proses-proses dalam tubuh manusia seperti proses metabolisme, proses oksidatif, perkembangan seksual; serta menjaga keseimbangan fungsi tubuh (homeotatis).

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, P.D. 2008. *Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia*. Jones and barret publisher. Boston. Jakarta: Edisi bahasa indonesia EGC.
- Campbell, N.A., Reece, J., & Mitchell, L.G. 1999. *Biologi Jilid 2 Edisi Kedua*. Alih Bahasa: Wasmen. Jakarta: Erlangga.
- Devi, A.K.B. 2017. *Anatomi Fisiologi dan Biokimia Keperawatan*. Jakarta: Pustaka Baru Press.
- Grant, A. & Waugh, A. 2011. *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hall, J.E. 2012. Guyton and Hall *Buku ajar fisiologi kedokteran*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hardin, J. & Bertoni, G. 2017. *Beackers's World of Cells*. New Jersey: Pearson Education.
- Ross & Wilson. 2017. *Dasar-dasar Anatomi dan Fisiologi*. Philadelphia: Elsevier.
- Scanlon, V.C. & Sanders, T. 2007. *Essentials of Anatomy and Physiology*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Sherwood, L. 2014. *Fisiologi manusia dari sel ke sistem*. Penerbit Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Syaifuddin, H. 2011. *Anatomi Fisiologi: untuk Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Syaifuddin, H. 2013. *Anatomi Tubuh Manusia untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Temertzoglou, T. & Challen, P. 2004. *Exercise Science - An Introduction to Health and Physical Education*. Canada: Thompson Educational Publishing.
- VanPutte, C., Regan, J., & Russo, A. 2014. *Seeley's Essentials of Anatomy & Physiology*. 10th ed. New York: McGraw-Hill Education.
- Tortora, G.J. and Derrickson, B.H. 2009. *Principles of Anatomy and Physiology*. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken.

BAB 4

PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Sanny Frisca

4.1 Pendahuluan

Proses keperawatan merupakan serangkaian sistematika yang memudahkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap klien. Proses ini dimulai dari identifikasi tanda dan gejala yang dialami oleh klien baik melalui informasi yang disampaikan klien atau berdasarkan temuan pemeriksaan fisik dan diagnostik (pengkajian). Data yang didapatkan kemudian akan dianalisa menggunakan pendekatan kebutuhan dasar manusia dan disimpulkan masalah yang perlu diselesaikan pada klien untuk mengembalikan optimalisasi kondisi kesehatannya (diagnosis keperawatan). Pengambilan kesimpulan dapat menggunakan pendekatan *clinical reasoning* dan *clinical judgment*. Masalah yang sudah ditentukan akan direncanakan penyelesaiannya melalui berbagai tindakan keperawatan yang akan diaplikasikan pada klien. Seluruh capaian dari hasil aplikasi akan dievaluasi keberhasilannya terhadap klien. Keseluruhan proses ini memperlihatkan siklus yang dilakukan berulang sampai klien mencapai kondisi optimalnya.

4.2 Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan

Berpikir kritis melibatkan kemampuan mengambil keputusan dan perawat sering kali dipertanyakan terkait dengan keputusan yang mereka ambil. Seluruh siklus proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat setiap hari membutuhkan berpikir kritis. Perawat yang menggunakan pemikiran kritis akan mengambil keputusan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan klien yang akan meningkatkan kondisi klien menjadi optimal (Jainurakhma *et al.*, 2023; Price, 2023).

Perawat profesional yang kompeten merupakan perawat yang mampu memilih informasi yang relevan dengan kondisi klien terutama yang harus segera ditangani. Berdasarkan informasi

tersebut perawat dapat membuat perencanaan dan memilih tindakan yang tepat. Melalui berpikir kritis perawat juga dapat menilai perkembangan kondisi klien dan memahami pentingnya untuk mengembangkan tindakan keperawatan berdasarkan evaluasi yang dilakukan sebelumnya. Melakukan evaluasi membiasakan perawat menjadi lebih berpikir komprehensif, menghargai klien dan rekan kerja, lebih peka terhadap kebutuhan klien, dan mampu melakukan implementasi lebih efektif dan efisien (Jainurakhma *et al.*, 2023; Price, 2023).

Berpikir kritis memiliki tahapan-tahapan yang melatih perawat agar lebih sistematis dalam berpikir dan menyelesaikan masalah. Tahapan tersebut adalah tahapan pengumpulan data, perencanaan, tindakan, dan evaluasi-refleksi. Pada tahapan pertama perawat dilatih untuk mengembangkan kemampuan dalam menelusuri penyebab sampai akibat dari masalah terjadi baik berdasarkan teori yang sudah dipelajari ataupun pengalaman merawat klien dengan kondisi yang serupa. Selain itu, perawat juga dapat menelusuri literasi untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam pada kasus-kasus yang baru didapatkan atau melakukan *recall* terhadap pengetahuan yang sudah lama dipelajari.

Berikutnya perawat menggunakan seluruh data tersebut untuk mengambil kesimpulan masalah yang terjadi. Perawat perlu memastikan masalah diurutkan berdasarkan prioritas dari seluruh kebutuhan dasar yang terganggu. Selanjutnya, perawat dapat merencanakan penyelesaian masalah dari klien dengan berdiskusi dengan klien terkait rencana tersebut serta melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Seluruh tindakan yang dilakukan akan dievaluasi keberhasilannya mencapai tujuan. Perawat juga perlu refleksi tindakan yang sudah dilakukan untuk meningkatkan kualitas dari asuhan keperawatan yang diberikan.

4.3 Pengkajian Keperawatan

Perawat dalam langkah awal menyelesaikan masalah pada klien akan melakukan serangkaian kegiatan dalam mengumpulkan data. Pengkajian akan menjadi penentu keberhasilan dari

keseluruhan proses asuhan keperawatan. Pada tahapan ini perawat akan menggunakan berpikir kritis dalam mengembangkan berbagai bentuk penggalan data kepada klien. Pengkajian dapat dilakukan menjadi pengkajian langsung (sumber data klien) dan tidak langsung (sumber data di luar klien). Pengkajian juga dapat menelusur proses terjadinya kejadian melalui anamnesa, pemeriksaan langsung baik fisik dan diagnostik pada klien. Ketiga hal tersebut tidak selalu harus dilakukan berurutan namun dapat dikerjakan berdasarkan kebutuhan klien (Tammy J. Toney-Butler; Jennifer M. Thaye, 2023). Contoh pada kasus klien datang ke ruang gawat darurat dengan keluhan nyeri dada dan ada riwayat serangan jantung, maka hal utama yang dilakukan perawat adalah melakukan pemeriksaan rekam jantung, anamnesa dan pemeriksaan fisik lain dapat dilakukan setelah selesai proses rekam jantung. Berbeda jika klien datang dengan keluhan demam (Suhu 39,5°C) dan diare, maka fokus perawat dapat mengkaji penyebab keluhan (anamnesa) dapat bersamaan dengan pemeriksaan fisik, sementara pemeriksaan diagnostik dilakukan jika dirasa perlu (bergantung tingkat keparahan).

Pengumpulan data dilakukan dalam berbagai cara yaitu:

4.3.1 Anamnesa

Perawat perlu menelusuri keluhan yang dialami sehingga pada dapat ditemukan masalah yang aktual dialami klien (Dudek, 2014; Swearingean, 2016). Kelengkapan data yang didapatkan dari wawancara dapat meningkatkan perawat akan penyebab keluhan, waktu munculnya keluhan, dan dampak keluhan terhadap kebutuhan dasar manusia lainnya. Wawancara dapat dilakukan dalam bentuk mencari keluasaan ataupun kedalaman dari suatu keluhan.

Melalui berpikir kritis, perawat dapat mewawancarai klien sesuai dengan keluhan utama yang dirasakan dan berkembang sesuai dengan teori dasar yang dipelajari dan dilanjutkan sesuai kebutuhan klien. Perawat dapat menambahkan data yang perlu dikaji lebih lanjut dan mempertimbangkan kepentingan dari menanyakan beberapa hal kepada klien. Perawat dapat menanyakan topik lain yang terkait untuk memperluas pengkajian

dan atau dapat menanyakan lebih detail tentang keluhan yang sudah disampaikan untuk memperdalam pemahaman.

Tabel 4.1. Data yang dikaji lebih lanjut

Data yang sudah didapatkan dari klien	Data yang perlu dikaji lebih lanjut	
	Keluasan	Kedalaman
Klien mengeluh sakit perut sejak tadi malam	Apa makanan terakhir yang dikonsumsi sebelum sakit perut? Apa aktivitas yang terganggu akibat sakit perut?	Apa sakit perut terjadi tepat setelah makan atau lewat beberapa menit atau jam? Bagaimana karakteristik sakit perut yang dirasakan?
Klien minum sedikit dalam 24 jam	Apa penyebab minum sedikit? Apa aktivitas yang dilakukan sehingga tidak sempat minum?	Berapa ml minuman yang dikonsumsi?

4.3.2 Pemeriksaan Fisik

Cara berikutnya dalam mengumpulkan data melalui pemeriksaan fisik yang dilakukan berdasarkan keluhan klien. Bentuk pemeriksaan dapat disesuaikan dengan kebijakan masing-masing institusi kesehatan. Beberapa jenis pemeriksaan fisik yang umum dilakukan adalah pemeriksaan terstruktur *head to toe*, pemeriksaan berdasarkan sistem tubuh, berdasarkan teori keperawatan dan berbagai bentuk lainnya (Lotfi *et al.*, 2021; Tammy J. Toney-Butler; Jennifer M. Thaye, 2023).

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendalami keluhan klien. Berpikir kritis diperlukan untuk melakukan pemeriksaan komprehensif sesuai kebutuhan pada klien sehingga perawat dapat memadankan keluhan dengan tampilan klinis serta memprediksi komplikasi yang dapat terjadi. Klien biasanya melaporkan keluhan

yang dirasakan berfokus pada keluhan utama, sementara perawat melalui pemeriksaan dapat menemukan data lanjutan dari permasalahan yang dialami klien. Pada proses ini, perawat juga perlu mengambil keputusan terkait penanggulangan utama yang harus dilakukan.

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai metode salah satunya Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi (IPPA). Metoda ini dilakukan secara berurutan dari I sampai A kecuali pada area abdomen karena dapat palpasi dan perkusi pada area tersebut dapat merubah bising usus. Pada beberapa bagian tubuh dapat melewati pemeriksaan Perkusi dan Auskultasi, misalnya pemeriksaan mata, hidung, dan mulut (Perry, Potter and Ostendorf, 2014).

Tabel 4.2. Contoh hasil pemeriksaan fisik dan diagnostik (Black and Hawks, 2014; Brunner & Suddarth, 2018; Harding and Kwong, 2019)

Area pemeriksaan	Pemeriksaan fisik	Pemeriksaan diagnostik
Kepala	Sklera mata terlihat ikterik Konjungtiva mata pucat Bibir kering dan pecah-pecah Hidung simetris, tidak teraba adanya tumor	CT-Scan Kepala menunjukkan infark pada lobus frontal.
Thoraks	Jantung: Iktus kordis tidak terlihat, Denyut apikal tidak teraba, Suara dullnes, Suara S1 dan S2 pada seluruh katup. Paru: Tidak terlihat bekas luka, ekspansi paru normal, suara resonance, suara ronchi pada lobus kanan atas.	Hasil rontgen paru tampak infiltrat pada lobus kanan atas.

4.3.3 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik merupakan tes medis yang dilakukan untuk mendiagnosa masalah kesehatan klien. Hasil dari pemeriksaan ini digunakan perawat sebagai penunjang dari diagnosa keperawatan dan juga sebagai tolok ukur dari keberhasilan tindakan keperawatan. Pemeriksaan ini dilakukan dengan mempertimbangkan anamnesa dan pemeriksaan fisik pada klien. Kebutuhan tes diagnostik tidak harus selalu dilakukan pada klien, namun harus disesuaikan dengan keluhan klien. Jika data melalui hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik sudah dapat mendiagnosa klien, maka pemeriksaan ini tidak dilakukan.

Setelah data selesai dikumpulkan, maka langkah berikutnya perawat melakukan pengelompokkan data seperti yang dicontohkan dalam tabel (DeLaune and Ladner, 2016; RN, 2022).

Tabel 4.3. Jenis-jenis data

Jenis data	Definisi	Contoh
Data subjektif	Data yang diperoleh dari klien berupa keluhan yang dirasakan.	"Saya merasakan kram perut sejak jam 3 pagi" "Saya mual dan muntah sejak kemarin malam"
Data objektif	Data yang diperoleh dari klien berupa hasil observasi dan pemeriksaan.	Klien terlihat pucat dan memegang kepalanya. Klien muntah 3x pada malam hari.
Data primer	Data yang diperoleh langsung dari klien baik melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, dan diagnostik.	Klien mengeluh sulit menelan. Klien memuntahkan makanannya. Hemoglobin 9,8mg/dL
Data sekunder	Data yang diperoleh dari sumber lain yang berkaitan dengan keluhan klien misalnya dari keluarga, laporan lokal atau nasional.	Angka kejadian hipertensi dari data riset kesehatan dasar nasional 2018.

4.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan simpulan klinis menggunakan *clinical reasoning* dan *clinical judgement*. Klasifikasi diagnosa keperawatan di Indonesia menggunakan panduan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang dibuat oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Panduan tersebut digunakan sebagai acuan dari perawat di seluruh Indonesia untuk menentukan diagnosa keperawatan sehingga perawat dapat menganalisa dengan benar berdasarkan data subjektif dan objektif klien. SDKI memuat data subjektif, data objektif, masalah keperawatan, etiologi masalah, dan penyakit terkait.

Jenis-jenis diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI dibagi menjadi diagnosa positif dan negatif. Diagnosa positif mengacu pada peningkatan atau optimalisasi kondisi kesehatan klien dari kondisi sehat, sementara diagnosa negatif mengacu pada penyelesaian gangguan yang dialami dari sakit menjadi normal/sehat. Diagnosa keperawatan terdiri dari (PPNI, 2017):

1. Diagnosa actual

Terjadi masalah kesehatan pada klien saat ini (actual) yang dibuktikan adanya tanda dan gejala yang dialami klien. Klien memiliki kondisi diluar kondisi fisiologisnya (patologis). Fokus perawat menyelesaikan masalah tersebut sehingga terjadi peningkatan kondisi dari patologis menjadi fisiologis.

2. Diagnosa risiko

Potensi klien mengalami berbagai masalah kesehatan lanjutan sehubungan dengan adanya masalah kesehatan actual. Masalah belum terjadi sehingga klien belum menampilkan tanda dan gejala, namun secara teoritis faktor-faktor risiko dimiliki oleh klien. Diagnosa risiko merupakan antisipasi dari berbagai kemungkinan komplikasi yang dapat dialami klien.

3. Diagnosa promosi kesehatan

Diagnosa ini merupakan diagnosa positif, pada diagnosa ini didapatkan data kesiapan klien untuk meningkatkan kondisinya dari sehat menuju optimal.

Langkah-langkah merumuskan diagnosa keperawatan:

1. Lakukan pemilahan data berdasarkan data subjektif dan data objektif.
2. Cermati data yang sudah dikumpulkan, jika data masih kurang lengkap maka lakukan kembali pengumpulan data berfokus pada data yang perlu ditambahkan.
3. Kelompokkan data yang sudah ada berdasarkan kebutuhan dasar yang terganggu.
4. Tentukan kategori gangguan (Fisiologis, Psikologis, Perilaku, Relasional, Lingkungan).
5. Tentukan subkategori dari masing-masing kategori yang paling sesuai dengan kondisi klien. Satu kategori dapat memiliki subkategori lebih dari tiga dan dalam satu subkategori dapat terdiri lebih dari tiga masalah keperawatan.
6. Baca definisi dari masing-masing masalah keperawatan yang memiliki keterkaitan dengan data yang dimiliki. Padankan data yang dimiliki klien dengan data mayor dan data minor pada panduan. Telusuri juga etiologi yang sesuai dipadankan dengan masalah keperawatan.
7. Tentukan diagnosa keperawatan dengan mempertimbangkan ketentuan data mayor 80-100% dari keseluruhan data, data minor tidak diwajibkan.

Tabel 4.5. Analisa data

Data subjektif	Data objektif	Kategori dan subkategori	Diagnosa keperawatan
Klien mengeluh pusing dan lemas, telapak tangan dan kaki terasa dingin	Pengisian kapiler 4 detik, nadi radialis teraba lemah, wajah terlihat	Kategori: Fisiologis Subkategori: Sirkulasi	Diagnosa dua bagian: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. Diagnosa tiga bagian: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan

Data subjektif	Data objektif	Kategori dan subkategori	Diagnosa keperawatan
	pucat, Akral dingin, Hb: 9,8g/dL		konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan Klien mengeluh pusing dan lemas, telapak tangan dan kaki terasa dingin, Pengisian kapiler 4 detik, nadi radialis teraba lemah, wajah terlihat pucat, Akral dingin, Hb: 9,8g/dL

Diagnosa keperawatan memiliki 3 komponen yaitu:

1. Masalah keperawatan adalah label yang menggambarkan respon utama klien dikaitkan dengan kondisi kesehatannya. Label terdiri atas deskriptor (penjelas) dan fokus diagnostik.
2. *Indicator diagnostic* terdiri atas etiologi/ faktor yang berkontribusi terhadap kesehatan klien, tanda dan gejala yang dirasakan klien, dan faktor risiko.

Perawat dapat merumuskan masalah menjadi penulisan dua bagian yaitu masalah berhubungan dengan etiologi atau tiga bagian yaitu masalah dihubungkan dengan etiologi dan dibuktikan dengan tanda gejala. Contoh diagnosa keperawatan dua bagian adalah Inkontinensia urin stress berhubungan dengan kelemahan otot pelvis. Contoh diagnosa keperawatan tiga bagian adalah Inkontinensia urin stress berhubungan dengan kelemahan otot pelvis dibuktikan dengan klien mengeluh urin keluar saat tertawa.

4.5 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahapan lanjutan setelah ditetapkannya diagnosa keperawatan. Pada tahapan ini perawat akan merencanakan berbagai tindakan keperawatan untuk meningkatkan status kesehatan klien baik dari kondisi patologis

menjadi fisiologis ataupun dari sehat menjadi optimal. Perencanaan memiliki komponen penyusun yang terdiri dari tujuan, luaran, dan tindakan keperawatan (PPNI, 2019).

Tabel 4.6. Prinsip penyusun tujuan dalam perencanaan keperawatan (PPNI, 2019; Lotfi *et al.*, 2021; Tammy J. Toney-Butler; Jennifer M. Thaye, 2023)

Komponen	Penjelasan	Contoh
Spesifik	Capaian detail sesuai masalah klien.	Klien mampu meningkatkan porsi makanan yang dihabiskan. dari ¼ porsi menjadi ½ porsi dalam waktu 24 jam. Meningkatkan porsi makan adalah capaian spesifik dari pasien yang mengalami penurunan asupan makanan.
Measurable (terukur)	Capaian dapat diukur berdasarkan kriteria yang ditetapkan.	Klien mampu meningkatkan porsi makanan yang dihabiskan. dari ¼ porsi menjadi ½ porsi dalam waktu 24 jam. Jumlah makanan yang dihabiskan dapat diukur melalui observasi jumlah makanan yang dimakan atau yang tersisa di piring klien.
Achievable (dapat dicapai)	Dapat dicapai sesuai dengan target yang dituju.	Klien mampu meningkatkan porsi makanan yang dihabiskan. dari ¼ porsi menjadi ½ porsi dalam waktu 24 jam. Pada berbagai gangguan asupan makan akut yang disebabkan oleh mual peningkatan jumlah asupan dapat meningkat setelah 24 jam.
Rasional	Capaian bersifat rasional, tidak	Klien mampu meningkatkan porsi makanan yang dihabiskan.

Komponen	Penjelasan	Contoh
	menetapkan target terlalu tinggi atau rendah.	dari $\frac{1}{4}$ porsi menjadi $\frac{1}{2}$ porsi dalam waktu 24 jam. Peningkatkan porsi makan yang dituju adalah 50% dari porsi makan yang sudah dapat dihabiskan klien. Capaian tidak terlalu tinggi ataupun rendah.
Time (waktu)	Ada waktu yang ditetapkan untuk menilai capaian sesuai target yang ditentukan.	Klien mampu meningkatkan porsi makanan yang dihabiskan. dari $\frac{1}{4}$ porsi menjadi $\frac{1}{2}$ porsi dalam waktu 24 jam . Batasan waktu yang ditetapkan untuk meningkatkan $\frac{1}{4}$ porsi makan adalah 24 jam. Waktu yang diberikan sesuai karena dalam 24 jam klien sudah mendapatkan tindakan untuk menurunkan gejala mual.

Membuat tujuan yang tepat sangat penting dalam menyusun rencana tindakan sehingga tindakan yang ditetapkan sesuai dengan keluhan klien. Setelah membuat tujuan, perawat menetapkan luaran yang ditetapkan berdasarkan data abnormal (subjektif atau objektif) yang didapatkan pada proses pengkajian. Luaran di Indonesia ditetapkan oleh PPNI dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Luaran dapat berupa positif dan negatif, luaran positif merujuk pada kondisi sehat menuju optimal, sedangkan negatif dari kondisi patologis menuju fisiologis. Contoh luaran positif perfusi perifer meningkat, harga diri meningkat, sementara luaran negatif tingkat infeksi menurun.

Luaran memiliki komponen yaitu label, ekpektasi, dan kriteria hasil. Label merupakan inti dari kondisi klien. Ekpektasi merupakan penilaian terhadap capaian, seperti membaik, meningkat, menurun. Kriteria hasil merupakan indikator capaian dari data pada proses pengkajian. Kriteria ini terbagi menjadi 5 skor berdasarkan ekpektasi membaik (membaik sd memburuk),

meningkat (meningkat sd menurun), dan menurun (menurun sd meningkat) dengan capaian tertinggi di tiap kategori adalah 5. Luaran yang ditetapkan dapat berupa luaran utama dan ditambahkan dengan luaran lainnya.

Langkah berikutnya setelah menetapkan luaran, perawat menentukan tindakan yang akan dilakukan untuk mencapai luaran. Intervensi ditetapkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi yang ditetapkan dapat berupa intervensi utama dan ditambahkan dengan intervensi lainnya. Pemilihan intervensi disesuaikan dengan kebutuhan dalam menyelesaikan masalah klien (PPNI, 2018). Perencanaan dilakukan dengan melibatkan klien sehingga klien memahami tujuan, capaian, dan cara menyelesaikan masalah yang dialami.

Tabel 4.7. Contoh rencana keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dibuktikan dengan Klien mengeluh pusing dan lemas, telapak tangan dan kaki terasa dingin, Pengisian kapiler 4 detik, nadi radialis teraba lemah,	Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam 3x24 jam klien mampu: Luaran (utama) perfusi perifer (L.02012) 1. Kekuatan nadi perifer meningkat dari 2-4 2. Warna kulit pucat menurun dari 3-5 3. Akral dingin membaik dari skor 3-5 4. Pengisian kapiler	Luaran manajemen cairan (I.03098) Manajemen Syok Hipovolemik (I.02050) Observasi - Periksa sirkulasi perifer - Monitor status hidrasi - Monitor status cairan (intake-output, turgor kulit dan CRT) - Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi) Terapeutik - Catat intake-output 24 jam - Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
wajah terlihat pucat, Akral dingin, Hb: 9,8g/dL	membaik dari skor 3-4	- Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit - Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan tanda vital dan hasil laboratorium - Kolaborasi - Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa - Kolaborasi pemberian transfuse darah jika perlu

4.6 Implementasi Keperawatan

Tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan adalah implementasi tindakan. Tahapan ini mengaplikasikan tindakan yang sudah direncanakan sebelumnya. Implementasi memiliki beberapa ketentuan (Tammy J. Toney-Butler; Jennifer M. Thaye, 2023):

1. Kalimat yang digunakan merupakan kalimat aktif, berbeda dengan jenis kalimat pada perencanaan yaitu kalimat perintah.
2. Setiap implementasi memuat waktu pelaksanaan, respon klien/ hasil dari tindakan, dan dokumentasinya disahkan dengan tanda tangan perawat.

4.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan dengan memperhatikan luaran pada perencanaan sebagai target capaian maksimal pada klien yang harus dicapai dalam satu waktu tertentu. Hal ini dapat dilakukan dengan mengumpulkan hasil implementasi baik data subjektif dan objektif dan dianalisa ketercapaiannya. Ketercapaian tersebut akan menjadi penilaian untuk tindakan yang dilakukan selanjutnya.

Bentuk-bentuk evaluasi dapat bermacam-macam, namun dalam mengevaluasi harus memerhatikan beberapa hal seperti: data hasil implementasi, analisa ketercapaian, dan perencanaan selanjutnya. Bentuk yang umum dilakukan adalah evaluasi subjektif-objektif-analisa-perencanaan (SOAP) (Perry, Potter and Ostendorf, 2014).

Tabel 4.8. Aplikasi Evaluasi dengan Metode SOAP

Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	Observasi - Memeriksa sirkulasi perifer (08.00-08.05) Hasil: nadi radialis masih teraba lemah, namun lebih baik dari sif pagi. Telapak tangan teraba hangat, telapak kaki masih dingin, pucat pada wajah berkurang - Memonitor status cairan (CRT) (08.00-08.05) Hasil: CRT 3 detik - Memonitor status hidrasi (11.00-11.15) Hasil: klien mengatakan minum 500cc/8 jam Terapeutik - Mencatat intake-output 24 jam (07.00-07.15) Hasil: balance -250ml - Memberikan asupan cairan, sesuai kebutuhan	S: klien mengatakan minum 500cc/8 jam lebih banyak dari kemarin O: nadi radialis masih teraba lemah, namun lebih baik dari sif pagi. Telapak tangan teraba hangat, telapak kaki masih dingin, pucat pada wajah berkurang CRT 3 detik, balance -250ml klien minum lebih banyak, cairan RL terpasang 28tpm Hb 10,5g/dL klien memahami pentingnya pemeriksaan Hb A:

Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
	Hasil: klien mengatakan minum lebih banyak, cairan RL terpasang 28tpm - Mengambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap (10.00-10.15) Hasil: pemeriksaan Hb 10,5g/dL Edukasi - Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan tanda vital dan hasil laboratorium Hasil: klien memahami pentingnya pemeriksaan Hb Kolaborasi - Melakukan kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa Hasil: cairan RL terpasang 28tpm	1. Kekuatan nadi perifer meningkat dari 2-3 2. Warna kulit pucat menurun dari 3-4 3. Akral dingin membaik dari skor 3-4 4. Pengisian kapiler membaik dari skor 3-4 Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Lakukan intervensi yang sama pada sif berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, M.J. and Hawks, H.J. (2014) *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. 8th edn. Singapore: ELSEIVER.
- Brunner & Suddarth (2018) 'Handbook for Brunner and Suddarths Textbook of Medical-Surgical Nursing, 12th Edition-Suzann'.
- DeLaune, S.C. and Ladner, P.K. (2016) *Standards & Practice, fundamental of nursing; Standard and practice*. Clifton Park, New York: DELMAR CENGAGE Learning. Available at: www.cengage.com/highered.
- Dudek, S.G. (2014) *Nutrition Essentials for Nursing Practice*. Available at: <https://www.textbooks.com/Nutrition-Essentials-for-Nursing-Practice-6th-Edition/9780781784542/Susan-G-Dudek.php?CSID=AZDWJCOAU3WUCTAAUCADDKSCB>.
- Harding, M.M. and Kwong, J. (2019) *Lewis 's Medical-Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems*. St.Louis, Missouri: Elseiver.
- Jainurakhma, J. *et al.* (2023) *Proses Berpikir Kritis dalam Keperawatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Lotfi, M. *et al.* (2021) 'Nursing process from theory to practice: Evidence from the implementation of "Coming back to existence caring model" in burn wards', *Nursing Open*, 8(5), pp. 2794–2800. Available at: <https://doi.org/10.1002/nop2.856>.
- Perry, A.G., Potter, P.A. and Ostendorf, W.R. (2014) *Clinical Nursing Skills & Techniques*. 8th edn. St.Louis, Missouri: ELSEIVER. Available at: <http://evolve.elsevier.com/Perry/skills>.
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T.P.S.D. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI.
- Price, B. (2023) *Critical thinking and writing in nursing*. California: SAGE Publication.

- RN, O. (2022) *Nursing Fundamental*. Edited by E. Ernstmeyer, Kimberly; Christman. Wisconsin: Chippewa Valley Technical College.
- Swearingean, P.L. (2016) *All in one: Nursing care planning resource, medical-surgical, pediatric, maternity, and psychiatric*. 4th edn. Canada: Elsevier.
- Tammy J. Toney-Butler; Jennifer M. Thaye (2023) 'Nursing Process', in *StatsPearls*. Florida: StatPearls Publishing, pp. 1–6.

BAB 5

PERAN KEPERAWATAN DALAM PERAWATAN PASIEN

Oleh Kristiana Prasetia Handayani

5.1 Pendahuluan

Sarana kesehatan ialah posisi dimana aktivitas advertensi, penangkalan, penyembuhan, serta rehabilitasi kesehatan dicoba oleh penguasa pusat, penguasa wilayah, ataupun penguasa kota. Tidak hanya itu, fasilitas kesehatan pula dikira selaku tempat yang beresiko terbentuknya peradangan ataupun penjangkitan penyakit, bagus untuk daya kesehatan, penderita, keluarga penderita, wisatawan ataupun warga biasa. Oleh sebab itu, tiap sarana kesehatan wajib menjamin kesehatan serta keamanan untuk seluruh orang yang terletak di dalamnya seperti karyawan, penderita, kawan kerja penderita, wisatawan, serta area sarana kesehatan dari bermacam kemampuan ancaman itu. Usaha yang dicoba buat megatasi bermacam permasalahan itu merupakan dengan melakukan penilaian, membenarkan, serta tingkatan mutu jasa kesehatan yang salah satunya dicoba dengan mengukur indicator kualitas. Tujuan pengukuran indicator kualitas merupakan buat memperhitungkan apakah usaha yang dicoba betul- betul bisa tingkatan mutu layanan dengan cara selalu, dan buat berikan feedback, kejernihan khalayak, serta selaku pembeda buat mengenali jasa terbaik (Wahyuni, 2022).

(Jakri and Timun, 2019) mengemukakan bahwa Pelayanan Keperawatan merupakan elemen penting dalam pelayanan kesehatan yang memiliki dampak yang signifikan terhadap pencapaian tujuan pembangunan pelayanan kesehatan. Perawat mengemukakan kalau pelayanan keperawatan ialah bagian berarti dalam jasa kesehatan yang mempunyai akibat yang penting kepada pendapatan tujuan pembangunan jasa kesehatan. Perawat selaku donatur ajaran keperawatan diperlukan buat membagikan

pemeliharaan yang maksimum supaya terwujud bagian kesehatan warga yang maksimal. Ajaran keperawatan yang bermutu ialah salah satu patokan evaluasi kualitas ajaran jasa rumah sakit. Ajaran keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat wajib ditaksir serta dievaluasi buat mengenali kualitas ajaran yang diserahkan. Kualitas layanan kesehatan ditatap selaku pandangan berarti dalam manajemen badan. Mutu ataupun kualitas jasa kesehatan senantiasa jadi rumor berarti untuk fasilitator pelayanan layanan kesehatan. Kenaikan kualitas jasa membutuhkan pergantian manajemen yang penting. Juru rawat menggantikan golongan handal terbanyak dalam badan kesehatan ditantang buat membahu tanggung jawab yang terus menjadi besar serta dengan cara aktif berpartisipasi dalam peningkatan mutu layanan rumah sakit sebab dengan cara hukum serta akhlak bertanggung jawab untuk meningkatkan mutu jasa. Layanan kesehatan merupakan area yang bisa berganti dengan kilat, alhasil diperlukan kepemimpinan keperawatan yang inovatif.

Mutu asuhan keperawatan memantulkan mutu jasa kesehatan dengan cara totalitas. Kualitas merujuk pada standar jasa kesehatan yang tidak berubah- ubah dengan pemahaman profesional yang senantiasa diperbarui, alhasil sanggup menggapai hasil yang di idamkan. Juru rawat selaku salah satu centeng terdahulu memainkan kedudukan kunci dalam peningkatan mutu rumah sakit. Rumah sakit perlu menggabungkan tiap profesi buat tingkatkan mutu serta kemampuan pemberian pemeliharaan. Kesertaan juru rawat dalam jasa keperawatan ialah profesi yang tidak dapat dipisahkan dalam bagian badan rumah sakit. Perawat selaku salah satu SDM rumah sakit menggenggam andil berarti di era endemi, sebab juru rawat ialah salah satu daya kesehatan yang bersinggungan langsung dengan penderita. Dibanding daya kesehatan yang lain, juru rawat ialah orang yang sangat kerap berhubungan langsung dengan penderita. (Anna and Madura, 2022)

Area kegiatan keperawatan merupakan area kegiatan yang lingkungan. Keperawatan ialah salah satu pekerjaan dengan jumlah badan terbanyak di rumah sakit, alhasil membutuhkan sistem manajemen yang bagus buat melaksanakan tugas-tugasnya. Kebahagiaan ialah salah satu penanda yang sangat menentukan mutu asuhan keperawatan. Kebahagiaan merupakan suatu

perasaan yang timbul sehabis seorang menyamakan suatu yang diterimanya dengan apa yang diharapkannya sehabis menyambut sesuatu layanan. Bila penderita merasa ajaran keperawatan yang diserahkan tidak maksimum, hingga mereka tidak hendak mencari layanan itu lagi walaupun layanan itu gampang diterima serta ada. Seseorang perawat yang mempunyai keahlian klinis yang bagus pula mempunyai kemampuan komunikasi yang bagus, dan sanggup jadi panutan serta motivator dalam melaksanakan praktik keperawatan. Kemampuan perawat di rumah sakit bisa dievaluasi dengan pemantauan langsung ialah. cara keperawatan mulai dari analisis hingga pendokumentasian ajaran keperawatan. Buat melakukan ajaran keperawatan yang sempurna maka diperlukan kinerja perawat yang maksimum (Masahuddin, Rachmawaty and Bahar, 2020).

5.2 Peran Perawat

Kedudukan merupakan selengkap aksi laris yang diharapkan oleh orang lain kepada seorang cocok perannya dalam sesuatu sistem. Kedudukan dipengaruhi oleh kondisi sosial bagus dari dalam ataupun dari luar serta bertabiat normal. Jadi kedudukan perawat merupakan sesuatu metode buat melaporkan kegiatan perawat dalam aplikasi, yang sudah menuntaskan pembelajaran formalnya, diakui serta diserahkan wewenang oleh penguasa buat melaksanakan kewajiban serta tanggung jawab keperawatan dengan cara handal cocok dengan isyarat etik pekerjaannya. Kedudukan yang dipunyai oleh seseorang juru rawat antara lain kedudukan selaku eksekutif, kedudukan selaku pengajar, kedudukan selaku pengelola, serta kedudukan selaku periset (Hofmannsthal, 2021). Dalam melakukan ajaran keperawatan, perawat memiliki kedudukan serta guna selaku perawat antara lain donatur pemeliharaan, selaku advokat keluarga, penangkalan penyakit, pembelajaran, pengarahan, kerja sama, pemilik ketetapan etik serta periset (Hidayat, A. A., & Uliyah, 2015).

5.3 Macam-Macam Peran Perawat

Dalam melaksanakan keperawatan, menurut (Studi and Keperawatan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, 2020), perawat mempunyai peran dan fungsi sebagai perawat sebagai berikut:

1. Pemberian perawatan (*Care Giver*)

Kedudukan penting perawat merupakan membagikan jasa keperawatan, selaku perawat, pemberian jasa keperawatan bisa dicoba dengan penuhi keinginan asah, asih serta membimbing. Ilustrasi pemberian ajaran keperawatan mencakup aksi yang menolong konsumen dengan cara raga ataupun intelektual sembari senantiasa menjaga derajat konsumen. Aksi keperawatan yang diperlukan bisa berbentuk ajaran keseluruhan, ajaran parsial untuk penderita dengan tingkatan ketergantungan beberapa serta pemeliharaan suportif- edukatif buat menolong konsumen menggapai mungkin tingkatan kesehatan serta keselamatan paling tinggi (Mathew and Pulugurtha, 2020). Pemograman keperawatan yang efisien pada penderita yang dirawat haruslah bersumber pada pengenalan keinginan penderita serta keluarga.

2. Sebagai *advocat* keluarga

Tidak hanya melaksanakan kewajiban penting dalam menjaga, perawat juga mampu selaku *advocat* keluarga selaku pemelihara keluarga dalam sebagian perihal semacam dalam memastikan haknya selaku konsumen. Dalam kedudukan ini, perawat bisa menggantikan keinginan serta impian konsumen pada handal kesehatan lain, semacam mengantarkan kemauan konsumen hal data mengenai penyakitnya yang dikenal oleh dokter. Perawat pula menolong konsumen memperoleh hak-haknya serta menolong penderita mengantarkan kemauan (Susilowati and Waskita, 2019)

3. Pencegahan penyakit

Usaha penangkalan ialah bagian dari wujud pelayanan keperawatan alhasil tiap dalam melaksanakan ajaran keperawatan wajib senantiasa mengutamakan aksi penangkalan kepada tampaknya permasalahan terkini selaku akibat dari penyakit ataupun permasalahan yang dialami. Salah satu ilustrasi yang sangat penting ialah keamanan, sebab tiap

golongan umur berbahaya hadapi jenis luka khusus, konseling melindungi bisa menolong penangkalan banyak luka, alhasil dengan cara berarti merendahkan tingkatan keburukan permanen serta mortalitas dampak cidera pada penderita (Wong *et al.*, 2020)

4. Pendidik

Dalam membagikan pelayanan keperawatan pada penderita, perawat wajib sanggup berfungsi selaku pengajar, karena sebagian catatan serta metode mengganti sikap pada penderita ataupun keluarga wajib senantiasa dicoba dengan pembelajaran kesehatan khususnya dalam keperawatan. Lewat pembelajaran ini diupayakan penderita tidak lagi hadapi kendala yang serupa serta bisa mengganti sikap yang tidak segar. Ilustrasi dari kedudukan perawat selaku pengajar ialah totalitas tujuan konseling penderita serta keluarga merupakan buat meminimalkan tekanan pikiran penderita serta keluarga, mengarahkan mereka mengenai pengobatan serta ajaran keperawatan di rumah sakit, serta membenarkan keluarga bisa membagikan ajaran yang cocok di rumah dikala kembali (Schwartz *et al.*, 2019)

5. Konseling

Konseling merupakan upaya perawat dalam melaksanakan peranya dengan memberikan waktu untuk berkonsultasi terhadap masalah yang dialami oleh pasien maupun keluarga, berbagai masalah tersebut diharapkan mampu diatasi dengan cepat dan diharapkan pula tidak terjadi kesenjangan antara perawat, keluarga maupun pasien itu sendiri. Konseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual dan psikologis. Dalam hal ini perawat memberikan konsultasi terutama kepada individu sehat dengan kesulitan penyesuaian diri yang normal dan fokus dalam membuat individu tersebut untuk mengembangkan sikap, perasaan dan perilaku baru dengan cara mendorong klien untuk mencari perilaku alternatif, mengenai pilihan-pilihan yang tersedia dan mengembangkan rasa pengendalian diri (Kurnianingsih *et al.*, 2022).

6. Kolaborasi

Kerja sama ialah aksi kegiatan serupa dalam memastikan aksi yang hendak dilaksanakan oleh perawat dengan regu kesehatan lain. Jasa keperawatan penderita tidak dilaksanakan dengan cara mandiri oleh regu juru rawat namun wajib mengaitkan regu kesehatan lain semacam dokter, pakar vitamin, psikolog serta lain- lain, mengenang penderita ialah orang yang lingkungan atau yang menginginkan atensi dalam kemajuan(Hidayat, 2022).

7. Pengambilan keputusan etik

Dalam mengutip ketetapan, perawat memiliki kedudukan yang amat berarti karena perawat senantiasa berkaitan dengan penderita kurang lebih 24 jam senantiasa disamping penderita, hingga kedudukan pemeliharaan selaku pemilik ketetapan etik bisa dicoba oleh perawat, semacam hendak melaksanakan aksi pelayanan perawat (Barry and Wong, 2020).

8. Peneliti

Kedudukan perawat ini amat berarti yang wajib dipunyai oleh seluruh juru rawat penderita. Selaku periset perawat wajib melaksanakan kajian- kajian keperawatan penderita, yang bisa dibesarkan buat kemajuan teknologi keperawatan. Kedudukan perawat selaku periset bisa dicoba dalam tingkatkan kualitas pelayanan perawat penderita (Mariawati, Indralaga and Paramarta, 2023).

5.4 Kualitas Pelayanan Perawat

1. Pengertian Kualitas

Definisi kualitas berdasarkan sudut pandang para pakar kualitas tingkat internasional, mengacu pada pendapat (Studi and Keperawatan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, 2020), yaitu:

- a. Kualitas merupakan apapun yang jadi keinginan serta kemauan pelanggan.
- b. Kualitas selaku nihil cacat, keutuhan serta kesesuaian kepada persyaratan.

- c. Kualitas ialah konkretisasi ataupun cerminan hasil yang penuh keinginan dari klien alhasil bisa membagikan kebahagiaan.
- d. Kualitas ialah sesuatu situasi energik yang berkaitan dengan produk, pelayanan, orang, cara, serta area yang penuh ataupun melampaui impian.

Pendekatan ini menerangkan kalau kualitas bukan cuma menekankan pada pandangan hasil akhir, ialah produk serta pelayanan namun pula menyangkut mutu orang dan mutu cara. Amatlah tak mungkin industri apapun hendak menciptakan produk serta pelayanan yang bermutu tanpa lewat orang serta cara yang bermutu, bila manusianya tidak bermutu hingga cara serta hasilnya pun tidak bisa jadi berkualitas (Jakri and Timun, 2019). Kualitas adalah sebagai hasil dari penilaian pelanggan terhadap pelayanan yang diharapkan dengan persepsi kinerja nyata dari layanan (Parasuraman, 2008). Dalam istilah lain dapat dikemukakan bahwa kualitas adalah perpaduan sifat-sifat dan karakteristik produk atau jasa yang dapat memenuhi kebutuhan pemakai atau pelanggan (Bustami, 2011).

2. Pelayanan

Menurut (Putra, Santoso and Adhypoetro, 2021), definisi pelayanan adalah setiap tindakan atau kegiatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya tidak nyata dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun. Produksinya dapat dikaitkan atau tidak dikaitkan pada satu produk fisik. (Sulistiari, 2018) pula berkata kalau jasa ialah sikap produsen dalam bagan penuh keinginan serta kemauan pelanggan untuk tercapainya kebahagiaan pada pelanggan itu sendiri, sikap itu bisa terjalin pada dikala, saat sebelum serta setelah terbentuknya bisnis. Pada biasanya jasa yang bertingkat besar hendak menciptakan kebahagiaan yang besar dan pembelian balik yang lebih kerap.

3. Pelayanan Keperawatan

Keperawatan selaku jasa pada orang, keluarga serta warga yang didasarkan pada ilmu serta kunci keperawatan yang

membuat tindakan serta keahlian intelektual dan keahlian metode dari orang buat membantu orang, bagus sakit ataupun segar supaya sanggup menanggulangi keinginan kesehatan (Kusnanto, Rachbini and Permana, 2023).

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan(Sintaningrum, 2022). Pelayanan keperawatan(nursing service) merupakan usaha buat menolong orang bagus sakit ataupun segar, dari lahir hingga tewas dalam wujud kenaikan wawasan serta keahlian yang dipunyai(penderita) alhasil orang itu dengan cara maksimal melaksanakan aktivitas tiap hari dengan cara mandiri. Jasa keperawatan merupakan dorongan jasa kesehatan yang diserahkan pada orang, keluarga serta warga dalam wujud jasa bio, psiko, sosial serta kebatinan dengan memakai ilmu serta kunci keperawatan bagus sakit ataupun segar supaya jadi mandiri serta tidak terkait pada orang lain dalam menjaga dirinya sendiri.

4. Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan keperawatan adalah kualitas yang berkaitan dengan pemberian perawatan yang harus tersedia, dapat diterima, menyeluruh, berkelanjutan dan didokumentasikan (Saunders *et al.*, 2018).Kualitas perawatan adalah aplikasi pengetahuan medis yang tepat bagi perawatan pasien sambil menyeimbangkan resiko-resikoyang melekat pada intervensi keperawatan dan keuntungan yang diharapkan dari intervensi keperawatan (Gillespie and Reader, 2018).Pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indicator klinik mutu pelayanan keperawatan (IRR, 2018).

Kualitas pelayanan keperawatan merupakan jasa keperawatan yang dicoba perawat cocok dengan standar pekerjaan yang diresmikan bersumber pada penanda jasa keperawatan yang membuktikan tingkatan keahlian jasa keperawatan dalam memunculkan rasa puas pada diri tiap penderita. Mutu jasa keperawatan yang bagus berarti penderita menemukan layanan yang kilat, penaksiran serta pengobatan yang pas, keramah tamahan yang lumayan, jasa administrasi yang kilat serta bayaran yang terjangkau. Dengan begitu jasa yang diserahkan merupakan buat penuhi kemauan klien (Anna and Madura, 2022).

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Terhadap Pelayanan

Menurut (Rangkuti and Sulistyawati, 2022), faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan berhubungan dengan tingkah laku konsumen yaitu faktor budaya, faktor sosial, faktor pribadi dan faktor psikologi.

a. Faktor Kebudayaan

Aspek adat berikan akibat yang sangat besar serta mendalam kepada sikap klien atau konsumen. Aspek adat terdiri dari sebagian bagian ialah adat, sub- budaya serta kategori sosial. Adat ialah determinan kemauan serta sikap yang pokok dalam pengaruhi kemauan ataupun kebahagiaan orang. Sub- budaya terdiri atas nasionalitas, agama, golongan, suku bangsa, serta wilayah geografi.

b. Faktor Sosial

Aspek sosial dibagi atas golongan kecil, keluarga, kedudukan serta status. Orang yang mempengaruhi golongan atau lingkungannya umumnya orang yang memiliki karakter, keahlian, wawasan, karakter. Orang ini umumnya jadi panutan sebab pengaruhnya amat kokoh. Sebaliknya kategori sosial merupakan suatu golongan yang relatif sama memiliki lapisan hirarki serta anggotanya mempunyai angka, atensi serta aksi laris. Kategori sosial tidak cuma didetetapkan oleh satu aspek melainkan diukur

selaku campuran dari profesi, pemasukan, serta elastis yang lain.

c. Faktor Pribadi

Aspek individu ialah ketetapan seorang dalam menyambut jasa serta menjawab pengalaman cocok dengan tahap- tahap kedewasaannya. Aspek individu konsumen dipengaruhi oleh umur serta langkah daur hidup, tipe kemaluan, pembelajaran, profesi, status ekonomi, style hidup, serta karakter atau rancangan diri. Umur memiliki format berantai serta intelektual, maksudnya berukuran berantai sebab bertabiat kemajuan berjalan lalu serta tidak hendak balik sebaliknya umur berukuran intelektual bertumbuh lewat pembelajaran serta penataran pembibitan. Umur ialah ciri kemajuan kedewasaan atau kematangan seorang buat menyudahi sendiri atas sesuatu aksi yang diambilnya. Pembelajaran ialah cara pengajaran bagus resmi ataupun informal yang dirasakan seorang. Hasilnya hendak pengaruhi tindakan serta sikap seorang dalam mematangkan diri. Tidak hanya itu. pembelajaran pula berhubungan dengan impian. Seorang yang tingkatan pendidikannya besar hendak menginginkan jasa yang lebih bagus serta lebih besar.

d. Faktor Psikologi

Aspek ilmu jiwa yang berfungsi dengan kebahagiaan ialah dorongan, anggapan, wawasan, agama serta pendirian. Dorongan memiliki ikatan akrab dengan keinginan. Terdapat keinginan biologis semacam lapar serta dahaga, terdapat keinginan intelektual ialah terdapatnya pengakuan, serta apresiasi. Keinginan hendak jadi corak buat memusatkan seorang mencari kebahagiaan (Matthews, Zeidner and Roberts, 2012).

DAFTAR PUSTAKA

- Anna, R.S.U. and Madura, M. (2022) 'Pemberian Asuhan Keperawatan Program Studi Keperawatan'.
- Barry, C.T. and Wong, M.Y. (2020) 'Fear of missing out (FoMO): A generational phenomenon or an individual difference?', pp. 1–15. Available at: <https://doi.org/10.1177/0265407520945394>.
- Gillespie, A. and Reader, T.W. (2018) 'Patient-Centered Insights: Using Health Care Complaints to Reveal Hot Spots and Blind Spots in Quality and Safety', *Milbank Quarterly*, 96(3), pp. 530–567. Available at: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12338>.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2015) *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Edited by Aulia. Health Books Publishing.
- Hidayat, T.W. (2022) 'Evaluasi Sistem Pelayanan Kesehatan Menggunakan Value Stream Mapping dan Metode Discrete Event Simulation (Studi Kasus: Instalasi Rawat Jalan RSUD ...', *E-Journal*, pp. 310–317. Available at: <http://repository.uin-suska.ac.id/63443/>.
- Hofmannsthal, H. von (2021) 'APPENDIX 1', *Hugo von Hofmannsthal, 'The Incorruptible Servant'*. Modern Humanities Research Association, pp. 77–102. Available at: <https://doi.org/10.2307/j.ctv25p441b.6>.
- IRR (2018) '11th report Of Indonesian renal registry 2018', *Indonesian Renal Registry (IRR)*, pp. 14–15.
- Jakri, Y. and Timun, H. (2019) 'Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dengan Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Puskesmas Waelengga Kabupaten Manggarai Timur Tahun 2019', *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 4(2), pp. 56–66.
- Kurnianingsih, D.A. et al. (2022) 'Kurnianingsih, D. A., Pulungan, Y. K., Pribadi, B., & Nasution, F. (2022). Pengaruh Pola Asuh Orangtua terhadap Kepribadian Anak Sekolah Dasar Usia 7-12 Tahun. *Jurnal Pendidikan Dan Konseling*, 4(6), 1707–1715. Pengaruh Pola Asuh Orangtua terhadap Kepribadi', *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, 4(6), pp. 1707–1715.

- Kusnanto, A.A., Rachbini, D.J. and Permana, D. (2023) 'Price Perception, Promotion, And Environmental Awareness With Mediation Of Trust In Purchase Intentions For Rooftop Solar Power Plants', ... *International Journal of ...*, 4(4), pp. 635–648. Available at: <https://www.dinastipub.org/DIJMS/article/view/1691%0Ahttps://www.dinastipub.org/DIJMS/article/download/1691/1179>.
- Mariawati, A.S., Indralaga, D. and Paramarta, V. (2023) 'Literatur Review Strategi Bisnis Rumah Sakit di Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)', *Journal of Systems Engineering and Management*, 2(2), pp. 177–183. Available at: <http://dx.doi.org/10.36055/joseam.v2i2.22286>.
- Masahuddin, L., Rachmawaty, R. and Bahar, B. (2020) 'HUBUNGAN PELAKSANAAN FUNGSI MANAJEMEN KEPALA RUANGAN DENGAN PENERAPAN PATIENT SAFETY DI RUANG PERAWATAN RSUD KOTA MAKASSAR: Correlation Between The Implementation of Management Function of Head Nurse and Patient Safety in Treatment Ward Makassar City Hosp', *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 6(1), pp. 57–65.
- Mathew, S. and Pulugurtha, S.S. (2020) 'Assessing the effect of a light rail transit system on road traffic travel time reliability', *Public Transport*, 12(2), pp. 313–333. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12469-020-00234-0>.
- Matthews, G., Zeidner, M. and Roberts, R.D. (2012) *Emotional Intelligence 101*. Springer Publishing Company (Psych 101). Available at: <https://books.google.co.id/books?id=aMwXp-lerPUC>.
- Putra, Y., Santoso, P.Y. and Adhypoetro, R.R. (2021) 'Branding Produk Dalam Menjaga Loyalitas Konsumen Pada Masa Pandemi Covid-19', *Jurnal Cyber PR*, 1(1), pp. 11–21. Available at: <https://doi.org/10.32509/cyberpr.v1i1.1415>.
- Rangkuti, R.R. and Sulistyawati, E. (2022) 'Penelitian ini dilaksanakan dengan tujuan mengetahui pengaruh', pp. 351–365.

- Saunders, B. *et al.* (2018) 'Saturation in Qualitative Research: Exploring Its Conceptualization and Operationalization', *Qual Quant*, 52, pp. 1893–1907. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>.
- Schwartz, S.P. *et al.* (2019) 'Work-life balance behaviours cluster in work settings and relate to burnout and safety culture: A cross-sectional survey analysis', *BMJ Quality and Safety*, 28(2), pp. 142–150. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-007933>.
- Sintaningrum, P.C. (2022) 'Hubungan Budaya Keselamatan Pasien Dengan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang'. Available at: http://repository.unissula.ac.id/id/eprint/26755%0Ahttp://repository.unissula.ac.id/26755/1/IlmuKeperawatan_30901800138_fullpdf.pdf.
- Studi, P.S. and Keperawatan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta, I. (2020) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap Perawat dalam Pelaksanaan Patient Safety di Ruang Rawat Inap KMB dan Anak RSUD Sleman Widuri', *Jurnal Keperawatan*, 12(2), pp. 88–95.
- Sulistiarini, S.- (2018) 'Hubungan Perilaku Hidup Sehat Dengan Status Kesehatan Pada Masyarakat Kelurahan Ujung', *Jurnal PROMKES*, 6(1), p. 12. Available at: <https://doi.org/10.20473/jpk.v6.i1.2018.12-22>.
- Susilowati, A.A. and Waskita, K.N. (2019) 'Pengaruh Pola Makan Terhadap Potensi Resiko Penyakit Diabetes Melitus', *Jurnal Mandala Pharmacon Indonesia*, 5(01), pp. 43–47. Available at: <https://doi.org/10.35311/jmpi.v5i01.43>.
- Wahyuni, S. (2022) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Hipertensi Pada Lansia Di Desa Alue Bili Geulumpang Kecamatan Baktiya Kabupaten Aceh Utara Tahun 2022', *Journal of Health and Medical Science*, 1(2), pp. 1–8.
- Wong, L.P. *et al.* (2020) 'The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay', *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 16(9), pp. 2204–2214. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1790279>.

BIODATA PENULIS



Heru Purnomo, S.Kep., Ns., M.Kes

Dosen Program Studi D III Keperawatan Blora
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang

Penulis Heru Purnomo, S.Kep., Ns., M.Kes, lahir di Klaten, 8 Agustus 1972. Menyelesaikan Pendidikan Akta III di IKIP Negeri Semarang, Pendidikan S1 dan Profesi di Fakultas Kedokteran PSIK UGM dan S2 di Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Blora Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Semarang.

BIODATA PENULIS



Maria Karolina Selano, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Elisabeth Semarang

Penulis lahir di Kota Sorong Papua Barat 10 Februari 1984. Pendidikan dimulai dari Diploma III Keperawatan di AKPER Sorong pada tahun 1998, Pada tahun 2012 meraih gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di UNDIP Semarang (2012), Pendidikan Ners di UNDIP Semarang pada tahun 2013, Meraih gelar Magister Keperawatan di UNDIP Semarang pada tahun 2015.

Karier kerja dimulai sebagai perawat di Rumah Sakit Sele Be Solu Kota Sorong Papua Barat sejak tahun 1999 – 2009, sebagai Program Manajer (PM) Klinik VCT 2003 – 2010, pengajar AKPER 2005 – 2009 di Poltekkes Kemenkes Sorong. Sekarang menjabat sebagai dosen tetap STIKes St. Elisabeth Semarang.

Pada tahun 2017 – 2021 sebagai sekretaris Badan Penjaminan Mutu (BPM) STIKes St. Elisabeth Semarang. Sejak bulan Maret tahun 2022 menjabat sebagai Wakil Ketua I Bidang Akademik di STIKes St. Elisabeth Semarang sampai dengan sekarang. Aktif sebagai Tim KEPK (Komisi Etik Penelitian Kesehatan) Rumah Sakit St. Elisabeth Semarang Tahun 2020 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Dewi Nurhanifah, Ners., M.Kep
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin tanggal 22 April . Penulis adalah dosen tetap sejak tahun 2004 mulai berstatus Akademi Perawat hingga sekarang berubah menjadi Universitas muhammadiyah Banjarmasin pada tahun 2015 . Penulis mengajar pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan (FKIK), dan Fakultas Farmasi. Penulis menyelesaikan pendidikan mulai dari D3 Keperawatan Lulus Pada tahun 2004 di Akademik Perawat (Akper Muhammadiyah Banjarmasin), S1 Keperawatan lulus pada tahun 2007 dan S2 Keperawatan lulus tahun 2015 di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin. Aktif melakukan kegiatan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, publikasi serta menulis buku dibidang keperawatan dan Kesehatan.

Alamat Email : dewi.nurhanifah@gmail.com,

Telp / Wa : 0813-4974-0998

BIODATA PENULIS



Ns. Sanny Frisca, M.Kep

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan UNIKA Musi Charitas Palembang

Penulis merupakan lulusan Sarjana Keperawatan dan Ners dari Universitas Indonesia dan Magister Keperawatan Medikal Bedah dari STIK Sint Carolus. Berbagai penelitian dan pengabdian masyarakat telah dilakukan penulis pada Sistem Endokrin terutama topik Diabetes Mellitus. Ketertarikan dalam menulis telah menghasilkan karya berupa buku referensi, modul, dan berbagai artikel yang dipublikasikan dalam berbagai jurnal nasional bereputasi. Penulis juga menjadi pengurus dalam Himpunan Perawat Luka Indonesia (InWOCNA) DPW Sumatera Selatan dan aktif dalam memberikan pelatihan perawatan luka