

KONSEP DASAR KEPERAWATAN

**YUNIKE
IRA KUSUMAWATY KUSUMAWATY
ARDIANSA
DEWI SARTIKA MS
DEWI KARTIKA WULANDARI
WIBOWO HANAFI ARI SUSANTO
RENTAWATI PURBA
FITRIANI
VINCENCIUS SURANI
WAHYU RIMA AGUSTIN**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KONSEP DASAR KEPERAWATAN

Penulis:

Yunike
Ira Kusumawaty Kusumawaty
Ardiansa
Dewi Sartika MS
Dewi Kartika Wulandari
Wibowo Hanafi Ari Susanto
Rentawati Purba
Fitriani
Vincencius Surani
Wahyu Rima Agustin

ISBN:

Editor:

**Dr. Neila Sulung, S.Pd, Ns, M.Kes.
Mila Sari, M.Si.**

Penyunting: Yuliatri Novita, M.Hum.

Desain Sampul dan Tata Letak: Handri Maika Saputra, S.ST

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Penerbit: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Agustus 2022

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

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji kepada Tuhan yang Maha Esa sehingga buku kolaborasi dengan Judul Konsep Dasar Keperawatan dapat diselesaikan dengan baik. Keperawatan adalah profesi terpelajar yang dibangun di atas badan inti pengetahuan yang mengintegrasikan seni dan ilmu keperawatan. Buku ini berisi tentang konsep dasar keperawatan, tujuan keperawatan, organisasi keperawatan dan sejarah keperawatan.

Keberhasilan penyusunan buku ini tentu tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada berbagai pihak yang telah mendukung dalam penerbitan buku ini. Buku ini tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Jika pembaca menemukan kesalahan apapun, kami mohon maaf setulusnya. Kritik & saran akan selalu kami terima dengan tangan terbuka.

Penulis, Agustus 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
BAB 1 PENGERTIAN DAN KONSEP DASAR	
KEPERAWATAN	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Definisi Keperawatan.....	1
1.3 Konsep Dasar Keperawatan.....	5
1.4 Berfikir Kritis dan Penalaran Kritis	6
1.5 Proses Keperawatan.....	10
1.6 Penilaian	10
1.7 Diagnosis	13
1.8 Identifikasi Hasil	13
1.9 Perencanaan.....	13
1.10 Rencana Asuhan Keperawatan	14
1.11 Pelaksanaan.....	14
1.12 Evaluasi	14
1.13 Manfaat Menggunakan Proses Keperawatan	15
1.14 Asuhan Keperawatan Holistik.....	16
1.15 Perawatan dan Proses Keperawatan.....	17
BAB 2 TUJUAN KEPERAWATAN	24
2.1 Pendahuluan	24
2.2 Definisi Tujuan SMART dalam Keperawatan	25
2.3 Tujuan SMART yang berpusat pada Pasien untuk Keperawatan.....	29
2.4 Tujuan Kepemimpinan SMART	32
2.5 Tujuan SMART untuk Mahasiswa Keperawatan	33
2.7 Tujuan SMART untuk Mahasiswa Praktisi Perawat	34
2.8 Tujuan SMART untuk Pendidikan Keperawatan.....	39
2.9 Kesimpulan	40

BAB 3 ORGANISASI PROFESI KEPERAWATAN.....	44
3.1 Pendahuluan	44
3.2 Pengertian Organisasi Profesi.....	46
3.3 Karakter Organisasi Profesi	47
3.3.1 Karakter Organisasi Profesi Secara Umum.....	47
3.3.2 Karakter Organisasi Profesi Keperawatan.....	49
3.4 Peran Organisasi Profesi Keperawatan.....	49
3.5 Fungsi Organisasi Profesi.....	49
3.6 Manfaat Organisasi Profesi	50
3.7 Organisasi Profesi Keperawatan Di Indonesia.....	51
3.7.1 Tujuan PPNI.....	51
3.7.2 Fungsi PPNI.....	51
3.7.3 Struktur Organisasi PPNI	52
3.7.4 Program kerja utama PPNI :	53
3.7.5 Kewajiban Anggota PPNI	54
3.7.6 Hak Anggota PPNI	54
3.7.8 Tugas pokok PPNI	55
3.7.9 Keanggotaan PPNI.....	55
3.8 Organisasi Profesi Keperawatan Internasional	56
3.8.1 <i>International Council of Nurses (ICN)</i>	56
3.8.2 <i>American Nurses Association (ANA)</i>	57
3.8.3 <i>Canadian Nurses Association (CNA)</i>	57
3.8.4 <i>National League For Nursing (NLN)</i>	57
3.8.5 <i>British Nurses Association (BNA)</i>	57
3.8.6 <i>Singapura Nurses Association (SNA)</i>	58
BAB 4 SEJARAH KEPERAWATAN DI INDONESIA	60
4.1 Pendahuluan	60
4.2 Sejarah Keperawatan Di Indonesia.....	61
4.2.1 Masa sebelum kemerdekaan	61
4.2.2 Masa setelah kemerdekaan bangsa Indonesia	62
4.3 Profil Perawat Indonesia (Dampak Perkembangan Sejarah).....	66

4.4 Perkembangan Keperawatan Terkait Undang-Undang Keperawatan No.38 2014	69
BAB 5 SEJARAH KEPERAWATAN DI DUNIA.....	72
5.1 Sejarah Keperawatan dari Zaman Ke Zaman.....	72
5.1.1 Primitive Culture (Zaman Purbakala)	73
5.1.2 Zaman Keagamaan.....	73
5.1.3. Zaman Masehi.....	73
5.1.4 Pertengahan abad VII Masehi.....	74
5.1.5 Permulaan abad XVI.....	74
5.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan Zaman Dahulu.....	74
5.2.1 Peran dan Sikap Masyarakat.....	75
5.2.2. Perang.....	75
5.2.3. Pemimpin dalam Keperawatan.....	76
5.3 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia.....	77
BAB 6 FALSAFAH KEPERAWATAN.....	84
6.1 Pendahuluan	84
6.2 Konsep Falsafah Keperawatan	84
6.3 Esensi dan Komponen Falsafah keperawatan	85
6.4 Kerangka Konseptual Falsafah Keperawatan.....	85
6.5 Hubungan Antara Konsep Falsafah Dengan Konsep Paradigma Keperawatan.....	89
BAB 7 KONSEP MANUSIA DAN KEBUTUHAN DASAR.....	91
7.1 Pengertian Manusia	91
7.1.1 KONSEP MANUSIA.....	93
7.1.2 Konsep Dasar Manusia	94
7.2 Definisi KDM.....	97
7.2.1 Memahami dasar-dasar KDM.....	99
7.2.2 Model-model KDM	99
7.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi KDM	108
7.2.4 Ciri-Ciri Orang yang Memenuhi Kebutuhan Dasar.....	109
7.2.5 Penerapan KDM dalam Praktik Keperawatan.....	109
BAB 8 PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI	112
8.1 Pendahuluan	112

8.2 Tujuan	112
8.3 Pengertian Nutrisi.....	112
8.4 Sistem tubuh yang berperan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi	113
8.5 Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	116
8.6 Struktur dan Fungsi Nutrien.....	117
8.7 Jenis Metabolisme	126
8.8 Masalah Kebutuhan Nutrisi.....	127
8.9 Faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi	129
BAB 9 PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGEN	133
9.1 Pendahuluan	133
9.2 Struktur dan Proses Sistem Pernapasan	134
9.2.1 Struktur Sistem Pernapasan.....	134
9.2.2 Proses Sistem Pernapasan.....	134
9.3 Jenis Pernapasan.....	137
9.3.1 Pernapasan Dada	137
9.3.2 Pernapasan Perut	137
9.4 Faktor yang Mempengaruhi Pernapasan	138
9.4.1 Usia.....	138
9.4.2 Lingkungan.....	139
9.4.3 Gaya Hidup	139
9.4.4 Status Kesehatan	139
9.4.5 Obat-Obatan.....	140
9.4.6 Stres	140
9.5 Perubahan Fungsi Pernapasan.....	140
9.5.1 Hipoventilasi.....	141
9.5.2 Hiperventilasi.....	142
9.5.3 Hipoksia.....	142
9.6 Terapi Oksigen	144
9.6.1 Definisi Terapi Oksigen	144
9.6.2 Metode Pemberian Oksigen.....	145
9.6.3 Prosedur Pemberian Oksigen.....	151
BAB 10 JENIS MODEL ASUHAN KEPERAWATAN.....	157

10.1 Fungsional	157
10.2 Keperawatan Tim.....	158
10.3 Keperawatan Primer	162
10.4 Manajemen kasus.....	164
10.5 Modifikasi: Keperawatan Tim-Primer	165
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 Florence nightingale.....	78
Gambar 5.2 Lilian Wald	79
Gambar 5.3 Margaret Higgins Sanger	79
Gambar 5.4 Hildegard E. Peplau.....	80
Gambar 5.5 Ida Jean Orlando	80
Gambar 5.6 Virginia Handerson	81
Gambar 5.7 Sister Calista Roy	81
Gambar 5.8 Martha E. Roger	82
Gambar 6.1 Kerangka Konsep Falsafah	86
Gambar 8.1 Sistem Pencernaan.....	115
Gambar 9.1 Pemberian Oksigen Dengan Nasal Kanul.....	146
Gambar 9.2 Pemberian Oksigen Dengan Simple Mask.....	148
Gambar 9.3 Pemberian Oksigen dengan Rebreather Mask	150
Gambar 9.4 Pemberian Oksigen Dengan Non-Rebreather Mask.....	151

DAFTAR TABEL

Table 8.1 Kebutuhan Zat Gizi Ibu Hamil	119
Tabel 8.2 Kebutuhan Energi per Hari	120
Tabel 8.3 Jenis Vitamin, Sumber, dan Fungsi	121
Tabel 8.4 Jenis mineral, sumber, fungsi	124
Tabel 8. 5 Kebutuhan Cairan pada Bayi dan Anak.....	125

BAB 1

PENGERTIAN DAN KONSEP

DASAR KEPERAWATAN

Oleh Yunike

1.1 Pendahuluan

Bab ini memberikan pengertian tentang keperawatan secara konsep yang dapat menjadi referensi yang menggambarkan apa itu keperawatan. Definisi keperawatan yang ditampilkan pada tulisan ini dapat digunakan dalam mengembangkan kebijakan dan undang-undang, kompetensi keterampilan, dan manajemen sumber daya dalam bidang keperawatan. Pembahasan tentang definisi keperawatan dan menjelaskan mengapa dan bagaimana definisi tersebut dikembangkan, dan menjelaskan konsep-konsep yang mendasarinya. Keperawatan merupakan layanan khusus yang bersifat dinamis; terus berkembang untuk memenuhi kebutuhan dan pengetahuan yang terus diperbaharui.

1.2 Definisi Keperawatan

Pada tahun 1999 UKCC menyatakan "definisi keperawatan akan terlalu membatasi profesi", namun, dalam praktiknya definisi keperawatan meliputi perumusan kebijakan, spesifikasi layanan, dan pengembangan kurikulum pendidikan (Mcgee, 2017; Nursing, 2003). Keperawatan dapat mengendalikan pelayanan yang diberikan, pembiayaan, kegiatan penelitian dan penentuan kebijakan. Berbagai jenis definisi keperawatan diperlukan untuk berbagai tujuan yang berbeda. Definisi keperawatan adalah dapat diartikan secara implisit dan eksplisit, kode etik, spesifikasi ruang lingkup praktik keperawatan, dan kurikulum pendidikan.

Asuhan keperawatan telah didefinisikan oleh Undang-Undang Perawatan Kesehatan dan Sosial sejak tahun 2001 yang membedakan 'perawatan sosial' atau 'perawatan pribadi' dengan 'perawatan profesional' yang bertujuan untuk mendefinisikan tanggung jawab atas penyediaan layanan dan kelayakan penggunaan anggaran dana (Presiden RI, 2014). Definisi legislasi ini mempengaruhi definisi dari pemberian pelayanan keperawatan secara profesional yang menempatkan konsep-konsep yang mendasar untuk mengatasi semua permasalahan klien dari sisi keperawatan.

Definisi keperawatan yang disajikan dalam tulisan ini dinyatakan dalam bentuk konsep yang didukung oleh enam karakteristik. Pemberian asuhan keperawatan bersifat holistik dan mencakup pemberian pelayanan bagi klien sehat dan sakit dalam kelompok dan individu, sehingga harus melibatkan profesi lain dalam bentuk kolaborasi. Perbedaan antara keperawatan profesional dan keperawatan lainnya terletak pada jenis tugas yang dilakukan, atau pada tingkat keterampilan yang diperlukan untuk melakukan tugas tertentu. Berikut ciri-ciri praktik profesional (Koning et al., 2021; Maglione & Neville, 2021):

- Penilaian klinis yang melekat dalam proses penilaian, diagnosis, resep dan evaluasi
- Pengetahuan yang merupakan dasar dari penilaian kebutuhan dan penentuan tindakan untuk memenuhi kebutuhan
- Akuntabilitas pribadi untuk semua keputusan dan tindakan, termasuk keputusan untuk mendelegasikan kepada orang lain
- Hubungan terstruktur antara perawat dan pasien yang menggabungkan peraturan profesional dan kode etik dalam kerangka hukum.

Kompleksitas kebutuhan perawatan kesehatan masyarakat membutuhkan pengetahuan kolektif, keterampilan dan tindakan dari banyak disiplin ilmu dan profesi. Setiap disiplin ilmu berkolaborasi dalam bentuk pengetahuan dan keterampilan,

namun tetap memberikan kontribusi sesuai dengan keahlian dan ranah penugasan masing-masing yang disepakati profesi(Nursing, 2003). Kontribusi unik dari setiap disiplin ilmu terletak pada kombinasi khusus dan unik pada elemen-elemen dan perspektif serta orientasi masing-masing. Beberapa alasan yang telah di tuliskan diatas menjadi dasar pembagian definisi keperawatan menjadi enam kelompok yaitu :

Definisi klasik

Definisi keperawatan secara formal pertama kali dinyatakan oleh Florence Nightingale (Bishop, 1955; Karimi & Masoudi Alavi, 2015). Tugas keperawatan adalah menempatkan pasien dalam kondisi terbaik sesuai dengan kondisi alami dirinya. Sementara Henderson pada tahun menyatakan, fungsi unik perawat adalah untuk membantu individu, sakit atau baik, dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang berkontribusi pada kesehatan atau pemulihannya atau untuk kematian yang damai, melakukan aktivitas tanpa bantuan sesuai dengan kekuatan, motivasi, atau pengetahuan yang mereka miliki(Dhita Adinda, 2018).

Definisi International

Dewan Perawat Internasional menetapkan definisi official keperawatan untuk penggunaan internasional adalah: "Keperawatan, sebagai bagian integral dari sistem perawatan kesehatan, mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan orang-orang yang sakit secara fisik, sakit jiwa, dan cacat dari segala usia, di semua perawatan kesehatan dan lingkungan komunitas lainnya"(Johnson et al., 1998). Fokus pelayanan keperawatan yang diberikan didasarkan pada permasalahan perawatan yang sedang di alami pasien saat ini, yang merupakan respons keluarga dan kelompok individu terhadap masalah kesehatan aktual, resiko atau potensial. Respons klien meliputi reaksi pemulihan kesehatan hingga episode penyakit yang dialami individu.

Konsep utama dalam keperawatan juga ditemukan dalam definisi keperawatan yang dikembangkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia: "Misi keperawatan dalam masyarakat adalah untuk membantu individu, keluarga dan kelompok mencapai kesehatan yang optimal baik fisik, mental dan sosial(Darling et al., 2021; Nursing, 2003). Hal ini mengharuskan perawat untuk mengembangkan dan melakukan fungsi promosi dan pemeliharaan kesehatan serta pencegahan kondisi kesehatan yang buruk. Keperawatan juga mencakup perencanaan dan pelaksanaan perawatan selama sakit dan rehabilitasi yang mencakup aspek kehidupan yang hisis, mental dan sosial karena mempengaruhi kesehatan, penyakit, kecacatan dan kematian.

Fokus asuhan keperawatan adalah individu, keluarga, dan kelompok di seluruh rentang hidup – dari pembuahan hingga kematian. Keperawatan adalah seni dan ilmu yang membutuhkan pemahaman dan penerapan pengetahuan dan keterampilan disiplin ilmu. Ini juga mengacu pada pengetahuan dan teknik yang berasal dari humaniora dan ilmu fisik, sosial, medis dan biologi."

Definisi Teoritis

Kemajuan dalam pendidikan keperawatan dan penekanan baru pada pengembangan basis pengetahuan keperawatan menyebabkan banyak definisi baru, sehingga pemikir-pemikir dalam dunia keperawatan harus mencoba menemukan cara untuk menjelaskan sifat keperawatan kepada mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan teori yang akan menjelaskan, memprediksi, dan memandu praktik keperawatan. Ahli teori seperti Peplau(Nursing, 2003; Sharma, 2018), Abdellah(Aini, 2018; Nursing, 2003), Orlando, Johnson, Orem, Roy, Neuman, King, dan Roper, Tierney dan Logan(Aini, 2018), menekankan aspek yang berbeda dari pasien dan tujuan keperawatan.

Pengembangan proses keperawatan dan konsep diagnosis keperawatan berfokus pada identifikasi masalah pasien dimulai sejak tahun 1950, ketika keperawatan mulai berkembang di universitas-universitas di negara-negara seperti Amerika Serikat, Kanada, Australia, dan Belanda, pengembangan ilmu keperawatan yang basis pengetahuan khusus disiplin keperawatan di negara-negara ini semakin mempercepat proses perkembangan keperawatan. Kemampuan keperawatan untuk menanggapi kebutuhan klien dipengaruhi oleh beberapa hal:

1. Pekerjaan keperawatan diatur dalam sistem pemberian perawatan kesehatan
2. Praktik diatur dan kualitas perawatan terjamin
3. Praktisi
4. Cara di mana keperawatan itu sendiri didefinisikan

1.3 Konsep Dasar Keperawatan

Kesehatan dianggap sebagai konsep dasar dalam praktik keperawatan. Perawat harus memahami dan mempelajari pengembangan konsep dan klarifikasi untuk dapat meningkatkan praktik keperawatan. Menurut kamus konsep didefinisikan sebagai “sesuatu yang dikandung dalam pikiran atau ide abstrak atau generik yang digeneralisasikan dari kejadian-kejadian tertentu”. Konsep merupakan abstrak yang digunakan untuk menggambarkan beberapa fenomena yang terjadi secara alami(Kynoch et al., 2021).

Teori dalam berbagai disiplin ilmu yang berkaitan dengan keperawatan yaitu disiplin psikologis dan biologis(Patel, 2019). Disiplin Psikologis berbicara tentang kepribadian, kecerdasan, dan kognisi sementara disiplin biologis melibatkan spesies sel protoplasma. Ada empat konsep dalam teori keperawatan yang mempengaruhi praktik keperawatan, meliputi tujuan, peran, dan fungsi pasien, lingkungan, kesehatan dan keperawatan(Patel, 2019). Praktik dalam keperawatan perlu ditingkatkan, salah

satunya dengan memperjelas konsep-konsep yang membangunnya.

Kejelasan ini mengacu pada proses yang disebut pengembangan konsep(Fhirawati; Sihombing Marlyn, 2020). Sebagai profesional kesehatan, penting untuk mengembangkan penelitian ilmiah dari konsep-konsep dasar yang berkaitan dengan bidang yang diminati. Analisis konsep adalah tentang mempelajari makna konsep yang bertujuan menyelesaikan kesenjangan dan memberikan pemahaman yang lebih baik. Konsep berkisar dari kenyataan hingga abstrak dan dipengaruhi faktor-faktor tertentu.

1.4 Berfikir Kritis dan Penalaran Kritis

Perawat dalam memberikan perawatan pada pasien, harus membuat keputusan dengan menggunakan pemikiran kritis dan penalaran klinis. Berfikir kritis adalah istilah yang sering digunakan dalam keperawatan yang mencakup "penalaran tentang masalah klinis seperti kerja tim, kolaborasi, dan merampingkan alur kerja(Proses & Nurhaliza, 2013; Puji, n.d.). Menggunakan pemikiran kritis berarti bahwa perawat mampu secara mandiri mengambil langkah ekstra untuk menjaga keselamatan pasien dan berarti juga secara mandiri melakukan tugasnya, bukan hanya mengikuti perintah. Keakuratan informasi pasien divalidasi dan rencana untuk merawat pasien didasarkan pada kebutuhan mereka, praktik klinis saat ini, dan penelitian.

Pemikiran kritis menjadikan perawat memilih sikap tertentu akhirnya menumbuhkan kebiasaan melakukan sesuatu berdasarkan pemikiran rasional. Sikap-sikap ini adalah sebagai berikut:

- Kemandirian berpikir: Berpikir sendiri
- Pikiran yang adil: Memperlakukan setiap sudut pandang dengan cara yang tidak memihak dan tidak dapat diprediksi
- Wawasan tentang egosentrisitas dan sosiosentrisitas: Memikirkan kebaikan yang lebih besar dan tidak hanya

memikirkan diri sendiri. Mengetahui kapan Anda memikirkan diri sendiri (egosentrisitas) dan ketika Anda berpikir atau bertindak untuk kebaikan yang lebih besar (sosiosentrisitas)

- Kerendahan hati intelektual: Mengenali keterbatasan dan kemampuan intelektual Anda
- Nonjudgmental: Menggunakan standar etika profesional dan tidak mendasarkan penilaian Anda pada standar pribadi atau moral Anda sendiri
- Integritas: Jujur dan menunjukkan prinsip-prinsip moral yang kuat
- Ketekunan: Bertahan dalam melakukan sesuatu meskipun sulit
- Keyakinan: Percaya pada diri sendiri untuk menyelesaikan tugas atau aktivitas
- Minat dalam mengeksplorasi pikiran dan perasaan: Ingin mengeksplorasi berbagai cara mengetahui
- Keingintahuan: Bertanya "mengapa" dan ingin tahu lebih banyak

Penalaran klinis didefinisikan sebagai, "Proses kognitif kompleks yang menggunakan strategi berpikir formal dan informal untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi pasien, mengevaluasi pentingnya informasi ini, dan menimbang tindakan alternatif. Tujuan berfikir kritis untuk membuat penilaian yang baik tentang perawatan yang diberikan pada pasien pasien. Perawat harus memiliki alternatif dalam tindakan, menimbang setiap tindakan berdasarkan bukti, dan dapat memilih tindakan terbaik yang menguntungkan pasien dan keluarga. Kemampuan untuk bernalar secara klinis berkembang dari waktu ke waktu dan didasarkan pada pengetahuan dan pengalaman seseorang(Aung et al., 2016).

Penalaran induktif dan deduktif adalah keterampilan berpikir kritis yang membantu perawat melakukan penilaian klinis dalam proses keperawatan(Sitanggang, 2019). Proses penalaran melibatkan isyarat, membuat generalisasi, dan

membuat hipotesis, sehingga memungkinkan juga membuat data yang berada di luar temuan yang diharapkan, ini yang memberi perawat petunjuk atau indikasi potensi masalah atau kondisi pasien (Puji, n.d.; Sitanggang, 2019). Perawat mengatur isyarat ini ke dalam pola dan menciptakan generalisasi. A adalah penilaian yang dibentuk dari serangkaian fakta, isyarat, dan pengamatan dan mirip dengan mengumpulkan potongan-potongan teka-teki gambar menjadi pola sampai keseluruhan gambar menjadi lebih jelas. Berdasarkan generalisasi yang dibuat dari pola data, perawat membuat hipotesis mengenai masalah pasien. Hal ini mencoba menjelaskan "mengapa" di balik masalah yang terjadi. Jika "mengapa" diidentifikasi, maka solusi dapat mulai dieksplorasi.

Tidak ada yang bisa menarik kesimpulan tanpa terlebih dahulu memperhatikan isyarat. Memperhatikan pasien, lingkungan, dan interaksi dengan anggota keluarga sangat penting untuk penalaran induktif. Saat perawat bekerja untuk meningkatkan penalaran induktif dimulai dengan terlebih dahulu memperhatikan detail tentang hal-hal di sekitar perawat. Seorang perawat mirip dengan detektif yang mencari isyarat pada gambar. Perawat membutuhkan pola penalaran induktif yang kuat dan dapat mengambil tindakan dengan cepat, terutama dalam situasi darurat. Mereka dapat melihat bagaimana objek atau peristiwa tertentu membentuk pola yang generalisasi yang menunjukkan masalah umum yaitu, hipotesis. **Contoh:** Seorang perawat menilai pasien dan menemukan tempat sayatan bedah berwarna merah, hangat, dan lembut saat disentuh. Perawat mengenali isyarat ini membentuk pola tanda-tanda infeksi dan menciptakan hipotesis bahwa sayatan telah terinfeksi. Penyedia diberitahu tentang perubahan kondisi pasien, dan resep baru diterima untuk antibiotik. Ini adalah contoh penggunaan penalaran induktif dalam praktik keperawatan.

Induktif Termasuk Mencari Isyarat

Bentuk lain dari pemikiran kritis yang disebut sebagai "pemikiran top-down." Penalaran deduktif bergantung pada penggunaan standar atau aturan umum untuk membuat strategi. Perawat menggunakan standar yang ditetapkan oleh Undang-Undang Praktik Perawat, peraturan pemerintah, dan organisasi asosiasi keperawatan, organisasi profesional, dan atasan mereka untuk membuat keputusan tentang perawatan pasien dan memecahkan masalah.

Contoh: Berdasarkan temuan penelitian, pimpinan rumah sakit menentukan pasien sembuh lebih cepat jika mereka menerima istirahat yang cukup. Rumah sakit menciptakan kebijakan untuk zona tenang di malam, meminta staf berbicara perlahan, dan mengurangi pencahayaan (Dhita Adinda, 2018). Perawat selanjutnya menerapkan kebijakan ini dengan mengatur perawatan untuk pasien yang memerlukan istirahat tanpa gangguan di malam hari. Ini adalah contoh pemikiran deduktif karena intervensi diterapkan pada semua pasien terlepas dari apakah mereka mengalami kesulitan tidur atau tidak.

Penalaran Deduktif: Menerapkan Intervensi untuk Kebijakan Zona Tenang, merupakan hasil dari pemikiran kritis dan penalaran klinis menggunakan penalaran induktif dan deduktif. Penilaian klinis didefinisikan sebagai, "Hasil yang diamati dari pemikiran kritis dan pengambilan keputusan. Ini menggunakan pengetahuan keperawatan untuk mengamati dan menilai situasi yang disajikan, mengidentifikasi masalah pasien yang diprioritaskan, dan menghasilkan solusi berbasis bukti terbaik untuk memberikan perawatan pasien yang aman (Aung et al., 2016).

American Nurses Association (ANA) mendefinisikan penalaran deduksi sebagai, "Pendekatan pemecahan masalah seumur hidup yang mengintegrasikan bukti terbaik dari studi

penelitian yang dirancang dengan baik dan teori berbasis bukti; keahlian klinis dan bukti dari penilaian riwayat dan kondisi konsumen perawatan kesehatan, serta sumber daya perawatan kesehatan; serta preferensi dan nilai-nilai pasien, keluarga, kelompok, komunitas, dan populasi(Vilani et al., 2016).

1.5 Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah model pemikiran kritis berdasarkan pendekatan sistematis untuk perawatan yang berpusat pada pasien(Nursing, 2003). Perawat menggunakan proses keperawatan untuk melakukan penalaran klinis dan membuat penilaian klinis ketika memberikan perawatan pasien. Proses keperawatan didasarkan pada Standar Praktik Keperawatan Profesional yang ditetapkan oleh American Nurses Association (ANA) secara internasional. Standar-standar ini adalah pernyataan otoritatif dari tindakan dan perilaku yang diharapkan dilakukan oleh semua perawat terdaftar, terlepas dari peran, populasi, spesialisasi, dan pengaturan, yang diharapkan untuk melakukan secara kompeten(Aung et al., 2016; Nursing, 2003). Proses keperawatan adalah proses yang berkelanjutan, beradaptasi dengan status kesehatan pasien saat ini.

1.6 Penilaian

Standar Praktik "Penilaian" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengumpulkan data dan informasi terkait relatif terhadap kesehatan konsumen perawatan kesehatan atau situasinya (Ahtisham & Jacoline, 2015). Seorang perawat terdaftar menggunakan metode sistematis untuk mengumpulkan dan menganalisis data pasien. Penilaian meliputi data fisiologis, serta data psikologis, sosial budaya, spiritual, ekonomi, dan gaya hidup. Misalnya, penilaian perawat terhadap pasien yang dirawat di rumah sakit yang kesakitan mencakup respons pasien terhadap rasa sakit, seperti ketidakmampuan untuk bangun dari tempat

tidur, penolakan untuk makan, penarikan diri dari anggota keluarga, atau kemarahan yang ditujukan pada staf rumah sakit(Nursing, 2003).

Saat melakukan penilaian survei umum, perawat menggunakan semua indera mereka untuk mengamati pasien dengan cermat. Mereka melihat seorang pasien dan bertanya pada diri sendiri, apa yang mereka lihat? Mereka mendengarkan seorang pasien dan bertanya pada diri sendiri, apa yang mereka dengar, baik secara verbal maupun nonverbal? Mereka mencium bau pasien dan bertanya pada diri sendiri, apakah ada sesuatu yang tidak biasa yang perlu kita nilai lebih lanjut? Mereka mengamati perilaku pasien dan membuat catatan tentang fungsi dan kemampuan mereka untuk menyelesaikan kegiatan sehari-hari sesuai dengan tingkat perkembangan mereka.

Sebelum melakukan penilaian survei umum, penting untuk terlebih dahulu memastikan pasien stabil secara medis dengan menyelesaikan survei primer singkat. Setelah memastikan pasien stabil secara medis, penilaian survei umum adalah pengamatan keseluruhan terhadap penampilan umum, perilaku, mobilitas, komunikasi, nutrisi, dan status cairan pasien secara umum. Penilaian survei umum juga mencakup analisis tinggi, berat badan, dan tanda-tanda vital untuk nilai-nilai yang berada di luar jangkauan dan memerlukan tindak lanjut tambahan.

1. Survei Primer
2. Mental Status
3. Jalan Napas dan Pernapasan
4. Sirkulasi
5. Penampilan Umum meliputi :
 - Tanda-tanda rasa sakit atau kesusahan: Pasien mungkin menunjukkan tanda-tanda rasa sakit atau kesusahan yang harus dilaporkan kepada penyedia seperti

meringis, mengerang, atau meningkatkan kecemasan. Tetapkan prioritas untuk penilaian terfokus Anda berdasarkan tanda-tanda kesusahan yang ditunjukkan oleh pasien Anda.

- Usia: Amati apakah pasien muncul usia yang dinyatakan. Penyakit kronis dapat menyebabkan pasien tampak lebih tua dari usia mereka. Faktor-faktor dapat terjadi pada orang dewasa yang lebih tua yang dapat mempengaruhi seberapa baik pasien dapat berpartisipasi dalam penilaian, seperti gangguan pendengaran, penglihatan, atau mobilitas.
- Tipe tubuh: Tidak ada pasien yang persis sama; beberapa pasien dalam kondisi fisik yang baik dan yang lainnya tidak. Tipe tubuh dapat mencerminkan status gizi dan pilihan gaya hidup.
- Kebersihan, perawatan, dan pakaian: Amati kebersihan rambut, wajah, dan kuku pasien secara keseluruhan dan perhatikan bau apa pun. Bau dapat mengindikasikan kebersihan yang buruk atau berbagai keadaan penyakit. Validasi bau dengan melakukan penilaian terfokus tambahan sesuai kebutuhan. Perhatikan penampilan pakaian pasien; apakah bersih dan sesuai untuk musim ini? Jika tidak, temuan dapat merefleksikan kemampuan kognitif pasien, keadaan emosional, dan kemampuan untuk menyelesaikan aktivitas sehari-hari.

6. Perilaku
7. Mobilitas
8. Komunikasi
9. Status Gizi
10. Status Cairan
11. Tinggi, Berat Badan dan BMI.

1.7 Diagnosis

Standar Praktik "Diagnosis" didefinisikan sebagai perawat terdaftar menganalisis data penilaian untuk menentukan diagnosis, masalah, dan masalah aktual atau potensial (Kaveevivitchai et al., 2009; Taylor et al., 2020). Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis perawat tentang respons terhadap kondisi atau kebutuhan kesehatan aktual atau potensial. Diagnosis keperawatan adalah dasar untuk rencana perawatan perawat dan berbeda dari diagnosis medis (Bradford et al., 2021).

1.8 Identifikasi Hasil

Standar Praktik "Identifikasi Hasil" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk rencana yang individualisasi dengan konsumen perawatan kesehatan atau situasinya. (Setyaningsih et al., 2020; Wahidah, 2018). Perawat menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang terukur dan dapat dicapai serta hasil spesifik bekerja sama dengan pasien berdasarkan data penilaian dan diagnosis keperawatan mereka.

1.9 Perencanaan

Standar Praktik "Perencanaan" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengembangkan rencana kolaboratif yang mencakup strategi untuk mencapai hasil yang diharapkan.... Data penilaian, diagnosis, dan tujuan digunakan untuk memilih intervensi keperawatan berbasis bukti yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kekhawatiran setiap pasien. Tujuan, hasil yang diharapkan, dan intervensi keperawatan didokumentasikan dalam rencana asuhan keperawatan pasien sehingga perawat, serta profesional kesehatan lainnya, memiliki akses ke sana untuk kelangsungan perawatan (Aung et al., 2016; Department of Health, 2014).

1.10 Rencana Asuhan Keperawatan

Membuat rencana asuhan keperawatan adalah bagian dari langkah "Perencanaan" dari proses keperawatan, adalah jenis dokumentasi yang menunjukkan perencanaan individual dan pemberian asuhan keperawatan untuk setiap pasien tertentu menggunakan proses keperawatan. Perawat membuat rencana asuhan keperawatan sehingga perawatan yang diberikan kepada pasien di seluruh shift konsisten di antara petugas perawatan kesehatan. Rencana asuhan keperawatan dikembangkan oleh perawat dan dalam pelaksanaannya dapat didelegasikan dengan tepat.

1.11 Pelaksanaan

Standar Praktik "Implementasi" didefinisikan sebagai, "Perawat mengimplementasikan rencana yang diidentifikasi(Ackley et al., 2017). Intervensi keperawatan dilaksanakan atau didelegasikan dengan pengawasan sesuai dengan rencana perawatan untuk memastikan kelangsungan perawatan di beberapa perawat dan profesional kesehatan yang merawat pasien. Intervensi juga didokumentasikan dalam rekam medis elektronik pasien saat mereka selesai. Standar Praktik Profesional "Implementasi" juga mencakup subkategori "Koordinasi Perawatan" dan "Pengajaran Kesehatan dan Promosi Kesehatan" untuk mempromosikan kesehatan dan lingkungan yang aman.

1.12 Evaluasi

Standar Praktik "Evaluasi" didefinisikan sebagai, "Perawat terdaftar mengevaluasi kemajuan menuju pencapaian tujuan dan hasil(Mobley et al., 1978). Selama evaluasi, perawat menilai pasien dan membandingkan temuan dengan penilaian awal untuk menentukan efektivitas intervensi dan rencana asuhan keperawatan secara keseluruhan. Baik status pasien maupun efektivitas asuhan keperawatan harus terus dievaluasi dan

dimodifikasi sesuai kebutuhan(Kurniasari & Astuti, 2015; Nurcahyati et al., 2021).

1.13 Manfaat Menggunakan Proses Keperawatan

Menggunakan proses keperawatan memiliki banyak manfaat bagi perawat, pasien, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Manfaat menggunakan proses keperawatan meliputi:

- Mempromosikan perawatan pasien yang berkualitas
- Mengurangi kelalaian dan duplikasi
- Memberikan panduan bagi semua staf yang terlibat untuk memberikan perawatan yang konsisten dan responsif
- Mendorong manajemen kolaboratif masalah perawatan kesehatan pasien
- Meningkatkan keselamatan pasien
- Meningkatkan kepuasan pasien
- Mengidentifikasi tujuan dan strategi pasien untuk mencapainya
- Meningkatkan kemungkinan mencapai hasil pasien yang positif
- Menghemat waktu, energi, dan frustrasi dengan membuat rencana perawatan atau jalan untuk diikuti

Dengan menggunakan komponen-komponen proses keperawatan ini sebagai model berpikir kritis, perawat merencanakan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, merencanakan hasil dan intervensi, dan menentukan apakah tindakan tersebut efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien. Komponen apa saja dari proses keperawatan ini yang menerapkan praktik berbasis bukti disebut sebagai "ilmu keperawatan."

1.14 Asuhan Keperawatan Holistik

Keperawatan mengintegrasikan seni dan ilmu kepedulian dan berfokus pada perlindungan, promosi, dan optimalisasi kesehatan dan fungsi manusia; pencegahan penyakit dan cedera; fasilitasi penyembuhan; dan pengentasan penderitaan melalui kehadiran welas asih. Keperawatan adalah diagnosis dan pengobatan respons dan advokasi manusia dalam perawatan individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan populasi dalam pengakuan hubungan seluruh umat manusia (Mito Julianto, 2016; Nursalam, 2013). Keperawatan adalah profesi terpelajar yang dibangun di atas badan inti pengetahuan yang mengintegrasikan seni dan ilmu keperawatan. *Nursing evaluation* didefinisikan sebagai, "Tanpa syarat menerima kemanusiaan orang lain, menghormati kebutuhan mereka akan martabat dan nilai, sambil memberikan perawatan yang penuh kasih dan menghibur (Keefe & Wharrad, 2012).

Perawat merawat individu secara holistik, termasuk kebutuhan emosional, spiritual, psikososial, budaya, dan fisik mereka. Mereka mempertimbangkan masalah, masalah, dan kebutuhan yang dialami orang tersebut sebagai bagian dari keluarga dan komunitas saat mereka menggunakan proses keperawatan. Tinjau skenario yang menggambarkan asuhan keperawatan holistik yang diberikan kepada pasien dan keluarga mereka di kotak berikut.

Skenario Asuhan Keperawatan Holistik

Seorang ibu tunggal membawa anaknya ke ruang gawat darurat karena sakit telinga dan demam. Dokter mendiagnosis anak dengan infeksi telinga dan meresepkan antibiotik. Sang ibu disarankan untuk membuat janji tindak lanjut dengan penyedia utama mereka dalam dua minggu. Saat memberikan pengajaran pemulangan, perawat menemukan bahwa keluarga tidak mampu membeli antibiotik mahal yang diresepkan dan

tidak dapat menemukan penyedia perawatan primer di komunitas mereka yang dapat mereka capai dengan rute bus. Perawat meminta seorang pekerja sosial untuk berbicara dengan ibu tentang pilihan asuransi kesehatan yang terjangkau dan penyedia yang tersedia di komunitasnya dan menindaklanjuti dengan dokter yang meresepkan untuk mendapatkan resep antibiotik generik yang lebih murah. Dengan cara ini, perawat memberikan perawatan holistik dan mengadvokasi peningkatan kesehatan bagi anak dan keluarga mereka.

1.15 Perawatan dan Proses Keperawatan

Tindakan kepedulian adalah dasar dari praktik keperawatan (Prado et al., 2019). Keberhasilan penggunaan proses keperawatan membutuhkan pengembangan hubungan perawatan dengan pasien. Hubungan timbal balik yang membutuhkan pengembangan kepercayaan antara kedua belah pihak. Kepercayaan ini sering disebut sebagai pengembangan dan mendasari seni keperawatan. Saat membangun hubungan kepedulian, seluruh orang dinilai, termasuk keyakinan, nilai, dan sikap individu, sementara juga mengakui kerentanan dan martabat pasien dan keluarga.

Menilai dan merawat pasien harus memperhitungkan aspek fisik, mental, emosional, dan spiritual dari menjadi manusia. Intervensi kepedulian dapat ditunjukkan dalam gerakan sederhana seperti mendengarkan aktif, melakukan kontak mata, menyentuh, dan jaminan verbal sambil juga menghormati dan peka terhadap keyakinan dan makna budaya penerima perawatan yang terkait dengan perilaku peduli.

Dr. Jean Watson adalah seorang ahli teori perawat yang telah menerbitkan banyak karya tentang seni dan ilmu peduli dalam profesi keperawatan. Teorinya tentang kepedulian manusia berusaha untuk menyeimbangkan orientasi penyembuhan

kedokteran, memberikan keperawatan kedudukan disiplin, ilmiah, dan profesional yang unik dengan dirinya sendiri dan publik. Filosofi kepedulian Dr. Watson mendorong perawat untuk hadir secara otentik dengan pasien mereka sambil menciptakan lingkungan penyembuhan(Bloomberg et al., 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., & Makic, M. B. F. 2017. *Nursing Diagnosis Handbook An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Elsevier Inc.
- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. 2015. Integrating Nursing Theory and Process into Practice. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443–450. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/23_ahtisham.pdf
- Aini, N. 2018. *Teori Model Keperawatan: Keperawatan*. 1(04101003030).
- Aung, K. T., Fatimah Ghazali, A., & Han, T. M. 2016. Nursing Characteristics and Patients' Outcomes: A Retrospective Study. *Research Article Asian J Med Health Res. Asian J Med Health Res*, 11(55), 1–9. www.ajmhr.com
- Bishop, W. J. 1955. Florence nightingale. *Notes and Queries*, 200(JAN), 40. <https://doi.org/10.1093/nq/CC.jan.40-c>
- Bloomberg, S., Tosone, C., Agordo, V. M., Armato, E., Belanga, C., Casanovas, B., Cosenza, A., Downer, B., Eisen, R., Giardina, A., Gupta, S., Horst, T., Kris, J. G., Leon, S., Li, B., Montalbano, M., Moye, S., Pifer, J., Piliere, J., ... Zinman, D. 2022. Student Reflections on Shared Trauma: One Year Later. *Clinical Social Work Journal*, 50(1), 67–75. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00819-7>
- Bradford, H. M., Farley, C. L., Escobar, M., Heitzler, E. T., Tringali, T., & Walker, K. C. 2021. Rapid Curricular Innovations During COVID-19 Clinical Suspension: Maintaining Student Engagement with Simulation Experiences. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 66(3), 366–371. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13246>.

- Darling, E. K., Easterbrook, R., Grenier, L. N., Malott, A., Murray-Davis, B., & Mattison, C. A. 2021. Lessons learned from the implementation of Canada's first alongside midwifery unit: A qualitative explanatory study. *Midwifery*, 103(April), 103146. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103146>
- Department of Health, S. A. 2014. *Nursing and Midwifery Capability and Self Development Framework*. July, 1–9. <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/5197b10044f8ffdab2c8f2005ba75f87/Capability+and+Self+Development+Framework2014FINALPDF.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5197b10044f8ffdab2c8f2005ba75f87>
- Dhita Adinda. 2018. Karakteristik Dan Sifat Dalam Proses Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*.
- Fhirawati; Sihombing Marlyn, R. dkk. 2020. *Konsep Dasar Keperawatan*.
- Johnson, A. B., Simonson, C. J., & Besant, R. W. 1998. Uncertainty analysis in the testing of air-to-air heat/energy exchangers installed in buildings. *ASHRAE Transactions*, 104(Pt 1B), 1639–1650.
- Karimi, H., & Masoudi Alavi, N. 2015. Florence Nightingale: The Mother of Nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 4(2). <https://doi.org/10.17795/nmsjournal29475>
- Kaveevivitchai, C., Chuengkriankrai, B., Luecha, Y., Thanooruk, R., Panijpan, B., & Ruenwongsa, P. 2009. Enhancing nursing students' skills in vital signs assessment by using multimedia computer-assisted learning with integrated content of anatomy and physiology. *Nurse Education Today*, 29(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.06.010>
- Keefe, G., & Wharrad, H. J. 2012. Using e-learning to enhance nursing students' pain management education. *Nurse Education Today*, 32(8), e66–e72. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.03.018>

- Koning, M., Vink, J., Notten, N., Gevers, D., Eisinga, R., & Larsen, J. 2021. Development and preliminary validation of the Adolescent Food Parenting Questionnaire: Parent and adolescent version. *Appetite*, 167(July), 105618. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105618>
- Kurniasari, D., & Astuti, Y. A. 2015. Hubungan Antara Karakteristik Ibu, Kondisi Bayi dan Dukungan Sosial Suami dengan Postpartum Blues Pada Ibu dengan Persalinan SC di Rumah Sakit Umum Ahmad Yani Metro tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 9(3), 115–125.
- Kynoch, K., Ramis, M. A., & Khalil, H. 2021. Prems and proms data within the acute health care context: A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 19(1), 229–235. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00355>
- Maglione, J. L., & Neville, K. 2021. Servant Leadership and Spirituality Among Undergraduate and Graduate Nursing Students. *Journal of Religion and Health*, 60(6), 4435–4450. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01311-9>
- Mcgee, P. 2017. *Practice in the United Kingdom CO. March*.
- Mito Julianto. 2016. Peran dan fungsi manajemen keperawatan dalam manajemen Konflik. *Fatmawati Hospital Journal*, 1–7. <http://jurnal.fatmawatihospital.com/pdf/PerandanFungsiManajemenKeperawatandalamManajemenKonflik.pdf>
- Mobley, W. H., Horner, S. O., & Hollingsworth, A. T. 1978. An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 408–414. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.63.4.408>
- Nurcahyati, F. A., Ners, M., & Kamala, R. F. 2021. Resilience affecting the recurrence rate of schizophrenia patients in health community centre, Gamping 2, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 9(1), 16. [https://doi.org/10.21927/jnki.2021.9\(1\).16-20](https://doi.org/10.21927/jnki.2021.9(1).16-20)

- Nursalam. 2013. Aplikasi dan Praktik Keperawatan Profesional. In *Salemba Medika, jakarta: Vol. edisi kedua*.
- Nursing, R. college of. 2003. nursing def . Nursing is ... Steering Group : Research Assistant : *Nursing Book Theory, April 2003*, 2–28.
- Patel. 2019. 済無No Title No Title No Title. 9–25.
- Prado, P. R. do, Bettencourt, A. R. de C., & Lopes, J. de L.2019. Defining characteristics and related factors of the nursing diagnosis for ineffective breathing pattern. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), 221–230. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0061>
- Presiden RI. 2014. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. In *Presiden Republik Indonesia* (pp. 1–78). http://www.pdpersi.co.id/diknakes/data/regulasi/undang_undang/uu362014.pdf
- Proses, P., & Nurhaliza, S. 2013. *Latar Belakang Tujuan Metode*. 11, 1–5.
- Puji, U. P. E. (n.d.). *CRITICAL (Berfikir kritis) dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi*.
- Setyaningsih, R., Ernawati, H., & Rahayu, Y. D. 2020. Efektifitas Tehnik Breast Care Terhadap Kelancaran Produksi Asi Pada Ibu Post Partum Dengan Seksio Sesarea. *Health Sciences Journal*, 4(1), 89. <https://doi.org/10.24269/hsj.v4i1.405>
- Sharma, R. 2018. *Peplau's theory*. September. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24642.43209>
- Sitanggang, R. 2019. *Karakteristik Dalam Penerapan Proses Keperawatan Masa Kini*. 1–8. <https://osf.io/ys2ac/download/?format=pdf>

- Taylor, I., Bing-Jonsson, P., Wangensteen, S., Finnbakk, E., Sandvik, L., McCormack, B., & Fagerström, L. 2020. The self-assessment of clinical competence and the need for further training: A cross-sectional survey of advanced practice nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 545-555. <https://doi.org/10.1111/jocn.15095>
- Vilani, M., Guedes, C., & Borges, C. L. 2016. *Nursing Process Based on Virginia Henderson Applied for a Clinical Case Report Article Nursing Process Based on Virginia Henderson Applied for a Working Elderly. September.* <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201630>
- Wahidah, E. Y. 2018. Identifikasi dan Psikoterapi terhadap ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). *Millah: Jurnal Studi Agama*, 17(2), 297-318.

BAB 2

TUJUAN KEPERAWATAN

Oleh Ira Kusumawaty Kusumawaty

2.1 Pendahuluan

Penetapan tujuan adalah konsep yang sangat populer dalam perencanaan dan penilaian kerja, dan berguna sebagai komponen dasar manajemen organisasi secara umum. Meskipun itu adalah praktik umum dari banyak organisasi di hampir semua sektor usaha manusia (Bipp & Kleingeld, 2011; Locke & Latham, 2006), bukti yang ada menunjukkan bahwa tidak setiap karyawan, pendidik, manajer atau organisasi tahu bagaimana melakukannya atau melakukannya dengan baik. Survei yang dilakukan pada waktu yang berbeda di Inggris menemukan bahwa hingga 79% organisasi Inggris dan 62% perusahaan menggunakan penetapan tujuan sebagai alat manajemen karyawan untuk memotivasi efektivitas organisasi.

Proses keperawatan, awalnya menurut Yura dan Walsh terdiri dari empat proses kemudian berubah menjadi lima proses tahap kunci, yaitu pendekatan pengambilan keputusan yang membantu dalam pemberian perawatan berkualitas (Yildirim & Ozkahraman, 2011). Setelah dua tahap pertama pengkajian dan diagnosa keperawatan, datanglah tahap perencanaan dimana tujuan ditetapkan. Pekerja pendukung akan menjadi kunci dalam memberikan intervensi yang dirancang untuk mencapai tujuan ini. Oleh karena itu, pekerja pendukung perlu memahami dan terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi mereka. Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil

yang akan diharapkan, tindakantindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik. Perencanaan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Munculnya masalah yang cukup menonjol yaitu ketidakjelasan tujuan dan hasil dari perencanaan keperawatan menggambarkan tidak semua perawat pelaksana di pelayanan kesehatan mengetahui pentingnya menuliskan tujuan dan kriteria hasil perencanaan keperawatan itu penting dilakukan untuk memberikan kemudahan tersendiri bagi perawat dalam menjalankan tugasnya memberikan asuhan keperawatan sehingga diperlukan pengetahuan perawat dalam menuliskan tujuan dan kriteria hasil perencanaan keperawatan yang ada.

Menetapkan jenis tujuan yang tidak tepat dapat memiliki efek merugikan pada upaya untuk mencapai perilaku yang diinginkan, tergantung pada teori yang ditentukan kontekstual dan faktor moderasi lainnya seperti ilmu pengetahuan, komitmen, kemampuan, atau sumber daya yang tersedia.

2.2 Definisi Tujuan SMART dalam Keperawatan

Penetapan tujuan adalah salah satu teknik perubahan perilaku yang paling umum digunakan dalam intervensi yang dirancang untuk meningkatkan aktivitas fisik (Howlett et al., 2019). Selain itu, penetapan tujuan merupakan teknik yang sangat efektif mengubah perilaku (Epton et al., 2017) yang mencapai perbaikan substantif dalam aktifitas fisik (Mcewan et al., 2015)

Sebuah tujuan dapat dirumuskan dan ditulis dalam berbagai bentuk dan jenis yang sesuai dengan konteks organisasi pembuat tujuan. Baik berbentuk tipologi dasar tujuan dalam konteks kesehatan (Ogbeiwi, 2016), dan menggambarkan diferensiasi jenis tujuan menurut kerangka arah linier menjadi tiga

tingkat hasil kerja: keluaran (tujuan langsung), hasil dinyatakan sebagai tujuan (tujuan antara) dan dampak yang dinyatakan sebagai tujuan (tujuan akhir).

Menulis tujuan dalam pola SMART ditujukan untuk membantu mengembangkan tujuan yang realistis dan terukur. Sebagai bagian dari proses pengembangan pelayanan keperawatan, diperlukan perumusan tujuan dan mengembangkan sebuah rencana kerja dan rencana evaluasi. Kedua rencana ini didasarkan pada tujuan yang diusulkan, jadi penting bahwa mereka dikembangkan dengan menggunakan pendekatan SMART. Tujuan seperti itu memberikan tolok ukur yang spesifik, relevan, dan terukur untuk mengukur pencapaian pelayanan yang diberikan. Dalam perencanaan program, kita sering memikirkan apa yang ingin kita capai dalam hal tujuan dan tujuan sehingga kita dapat dengan mudah menjelaskan harapan kita kepada orang lain. Tujuan adalah pernyataan yang menjelaskan apa yang ingin dicapai oleh program dan secara fundamental mengatur arah jangka panjang. Tujuan adalah pernyataan umum yang luas. Contoh: Meningkatkan kontrol tekanan darah tinggi.

Singkatan S.M.A.R.T. pertama kali digunakan pada tahun 1981 oleh Doran yang menciptakannya untuk membantu manajer dalam menetapkan tujuan organisasi. SMART singkatan dari Spesifik, Measurable, Assignable/Attainable/Achievable, Relevan/Realistic, dan Timed (Doran, 1981, Upton dan Thirlaway, 2010). Kelima bagian tersebut saling berhubungan dan dihubungkan bersama dan oleh karena itu harus diambil secara keseluruhan agar tujuan menjadi SMART.

a. Spesifik

Tujuan yang baik tidak bersifat ambigu. Sebaliknya, Anda harus memiliki tujuan yang jelas dan ringkas yang dapat anda tuju. Misalnya, daripada mengatakan "Saya ingin memiliki tubuh yang lebih baik",

Anda dapat mengatakan "Saya ingin kehilangan lima belas pound musim panas ini". Anda dapat melihat bagaimana contoh terakhir jauh lebih spesifik, dan, oleh karena itu, merupakan tujuan yang lebih baik.

Saat menyusun tujuan, cobalah menjawab dengan menggunakan pertanyaan "5W (What, Why, Who, Where, dan Which)":

- 1) Apa yang ingin saya capai?
- 2) Mengapa tujuan ini penting?
- 3) Siapa yang terlibat?
- 4) Di mana letaknya?
- 5) Sumber daya atau batasan mana yang terlibat?

b. *Measurable* (dapat diukur)

Memonitor seberapa kemajuan tujuan yang telah ditetapkan adalah bagian penting untuk membuat Anda tetap termotivasi. Ini memungkinkan Anda untuk menetapkan tonggak pencapaian yang dapat dirayakan saat bertemu dengan tujuan yang telah ditetapkan dan mengevaluasi kembali saat tidak melakukannya. Maka, itu ide yang bagus untuk selalu memiliki beberapa aspek dari tujuan yang dapat diukur dan dievaluasi.

Tujuan yang terukur harus menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti:

- 1) Berapa harganya?
- 2) Berapa banyak?
- 3) Bagaimana saya tahu kapan itu tercapai?

c. *Achievable* (Dapat dicapai)

Terlalu banyak orang jatuh ke dalam perangkap menetapkan tujuan yang mustahil bagi diri mereka sendiri. Sementara tujuan yang tidak mungkin dapat mendorong kita maju untuk sementara waktu, kita pasti akan menyerah pada

tujuan di beberapa titik di masa depan. Alih-alih tidak mungkin, tujuan kita harus menantang namun dapat dicapai. Sebelum kita menetapkan tujuan, pastikan bahwa kita benar-benar dapat membayangkan diri Anda mencapainya. Tujuan yang dapat dicapai biasanya akan menjawab pertanyaan seperti:

- 1) Bagaimana saya bisa mencapai tujuan ini?
- 2) Seberapa realistis tujuannya, berdasarkan kendala lain, seperti faktor keuangan?

d. *levant*

Tidak semua tujuan sama berharganya dengan yang lain. Kecuali jika tujuan kita relevan dengan keseluruhan rencana hidup kita, mencapainya mungkin tidak akan menghasilkan apa-apa. Untuk memastikan bahwa tujuan kita bermanfaat, pastikan itu sepadan dengan waktu kita, pastikan bahwa mencapainya akan bermanfaat memberikan manfaat positif untuk hidup kita, dan pastikan bahwa tujuan ini sejalan setidaknya beberapa derajat dengan tujuan lain yang Anda miliki.

Tujuan yang relevan dapat menjawab “ya” untuk pertanyaan-pertanyaan ini:

- 1) Apakah ini tampak bermanfaat?
- 2) Apakah ini waktu yang tepat?
- 3) Apakah ini sesuai dengan usaha/kebutuhan kita yang lain?
- 4) Apakah saya orang yang tepat untuk mencapai tujuan ini?
- 5) Apakah dapat diterapkan dalam lingkungan sosial ekonomi saat ini?

e. *Time Bound* (Waktu)

Tujuan yang baik harus memiliki target waktu. Misalnya, daripada mengatakan "Saya ingin mulai membaca lebih banyak buku", Anda dapat mengatakan "Saya ingin membaca

dua belas buku dalam enam bulan ke depan". Anda dapat melihat bagaimana orang yang menetapkan tujuan kedua itu akan jauh lebih termotivasi untuk berhasil karena mereka memiliki tanggal target dalam pikiran untuk tujuan mereka.

Saat mempertimbangkan cara menulis sasaran SMART, sebaiknya tuliskan masing-masing kriteria ini lalu tulis satu atau dua kalimat tentang bagaimana sasaran Anda cocok untuk masing-masing kriteria tersebut. Jika Anda dapat menulis tujuan yang sesuai dengan masing-masing kriteria ini, Anda akan mendapatkan tujuan SMART yang pasti jauh lebih bermanfaat daripada tujuan standar.

Tujuan target waktu biasanya akan menjawab pertanyaan-pertanyaan ini:

- 1) Kapan?
- 2) Apa yang bisa saya lakukan enam bulan dari sekarang?
- 3) Apa yang dapat saya lakukan enam minggu dari sekarang?
- 4) Apa yang bisa saya lakukan hari ini? (Tracy, 2019).

2.3 Tujuan SMART yang berpusat pada Pasien untuk Keperawatan

Bagian pertama dari akronim menegaskan bahwa tujuan harus Spesifik. Hal ini berarti bahwa tujuan harus didefinisikan dengan jelas dan tidak ambigu. Semua pihak yang terlibat akan mengetahui tujuan yang ingin dicapai. Jadi misalnya Mr Smith akan memobilisasi enam jam setelah operasi. Agar perawat mengetahui bahwa suatu tujuan telah tercapai, baik sepenuhnya ataupun sebagian, maka tujuan perlu terukur dalam beberapa cara. Melalui pengamatan terhadap pasien, menanyakannya secara langsung, atau melalui pencatatan tanda-tanda klinis dan gejala dapat diketahui ketercapaian sebuah tujuan.

Bisa saja tujuan yang ditetapkan tidak tercapai, hal ini dimungkin tidak sepenuhnya SMART atau intervensi yang dilakukan untuk mencapainya mungkin tidak tepat.

Mengembangkan tujuan yang spesifik dan terukur membutuhkan waktu, pemikiran yang teratur, dan gambaran yang jelas tentang hasil yang diharapkan dari sebuah kegiatan. Semakin spesifik tujuan yang dirumuskan maka semakin akan lebih mudah untuk menunjukkan keberhasilannya.

Tidak diragukan lagi, salah satu perkembangan paling populer pada atribut tujuan teoritis Locke dan Latham yang telah menghasilkan banyak minat penelitian selama bertahun-tahun adalah kumpulan lima kriteria SMART Doran (1981) yang menguraikan atribut pernyataan tujuan yang efektif sebagai Spesifik, Terukur, Dapat Ditugaskan, Realistis, dan Terkait dengan Waktu. Dalam kriteria ini, Doran (1981) merekomendasikan agar tujuan SMART harus menyatakan 'area spesifik untuk perbaikan', 'indikator kemajuan', 'siapa yang akan melakukannya', 'hasil apa' yang dapat dicapai dengan konteks sumber daya organisasi, dan 'kapan hasilnya' akan tercapai. Tidak seperti kerangka penetapan tujuan lainnya, kriteria SMART menentukan komponen struktural untuk menulis atau merumuskan pernyataan tujuan, sehingga memiliki kelima atribut SMART. Menurut (Bipp & Kleingeld, 2011), kerangka SMART menetapkan kriteria untuk 'penggunaan tujuan yang efektif dalam manajemen atau penilaian kinerja'. Oracle merekomendasikan kerangka SMART sebagai standar emas yang diperlukan untuk menulis pernyataan tujuan apa pun.

Dalam akronim SMART Doran (1981) A adalah singkatan dari Assignable, yang berarti dengan jelas mengidentifikasi individu yang akan bertanggung jawab untuk mencapai tujuan. Pihak ini bisa perawat, tenaga kesehatan pendukung lainnya, pengasuh atau pasien sendiri. Huruf A adalah umumnya diambil untuk singkatan dari *Attainable* atau *Achievable* (Lee, 2010, Furze, 2015). Untuk pasien dengan demam tingkat rendah, itu harus dapat dicapai agar hal ini dapat dikurangi dalam batas normal dengan jangka waktu yang wajar. Namun tujuan bagi pasien untuk berhasil berhenti merokok, untuk seseorang yang jelas-jelas tidak

ingin melakukannya, tidak peduli seberapa baik niatnya, maka tujuan tersebut tidak akan tercapai.

Selanjutnya pertimbangkan apakah tujuan yang direncanakan Relevan dan Realistis. Dapatkah pasien mencapai tujuan ini? Conneeley (2004) mengidentifikasi bahwa jika tujuan pasien jelas tidak realistis mengingat prognosis atau diagnosis mereka maka ini perlu ditangani bersama mereka. Pada kondisi ini, mungkin memerlukan keterampilan konseling dari pihak profesional kesehatan sehingga pasien tidak merasa tidak berdaya. Dengan berfokus pada tujuan jangka pendek yang lebih dapat dicapai, seluruh harapan dapat didiskusikan dan dikelola. Tujuan jangka pendek, menengah atau jangka panjang dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Tujuan jangka pendek umumnya diharapkan segera dan dapat terjadi segera setelah program atau intervensi diimplementasikan, seringkali dalam waktu tahun. Tujuan antara dihasilkan dari dan mengikuti hasil jangka pendek. Tujuan ini biasanya diselesaikan dalam waktu satu tahun.
- b. Tujuan jangka panjang menyatakan dampak akhir yang diharapkan dari program atau intervensi. biasanya tujuan ini yang harus dicapai dalam jangka waktu 3 - 5 tahun (Marku, 2019).

Rujukan lain mengemukakan bahwa tujuan harus mencapai salah satu dari berikut, yaitu langsung mengarah pada:

- 1) Pencapaian atau peningkatan kondisi penerima pelayanan sesuai dengan permasalahan yang dihadapinya.
- 2) Perubahan yang diinginkan terjadi di salah satu area prioritas.
- 3) Perubahan tingkat kebijakan atau sistem dalam pengaturan prioritas.
- 4) Tenaga kesehatan harus bertindak sebagai advokat untuk pasien mereka dan mempertanyakan kapan profesional perawatan kesehatan lainnya merencanakan dan mempromosikan tujuan yang realistis.

- 5) Terakhir, apakah sasarannya tepat waktu? Dengan ini berarti apakah skala waktu telah ditetapkan untuk pencapaian tujuan. Memiliki kerangka waktu pencapaian yang jelas dipahami oleh pasien dan tenaga kesehatan (Upton dan Thirlaway, 2010). Pencapaian sasaran ini dapat dicanangkan dalam jangka pendek, dalam beberapa jam ke depan, atau jangka panjang, dalam waktu enam bulan atau lebih. Sekali lagi, harus dipertimbangkan apakah realistis bagi pasien untuk mencapai tujuan ini dalam jangka waktu tersebut. Barrett et al (2009) menyatakan seringkali lebih baik memiliki tujuan jangka pendek daripada jangka panjang yang seperti ini dapat membantu menjaga moral dan motivasi pasien. Kerangka waktu yang ditentukan dan masuk akal harus dimasukkan ke dalam tujuan pernyataan. Penetapan waktu pencapaian ini harus mempertimbangkan lingkungan di mana perubahan harus dicapai, ruang lingkup perubahan yang diharapkan, dan bagaimana hal tersebut tepat dengan rencana keseluruhan kegiatan.
- 6) Setelah tujuan SMART ditetapkan, proses keperawatan berlanjut. Intervensi untuk mencapai tujuan itu perlu diidentifikasi dan dilaksanakan. Setelah diimplementasikan evaluasi dilakukan untuk memeriksa dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan telah berhasil mencapai tujuan. Jika tujuan tidak tercapai, maka tujuan mungkin perlu diubah atau mengadopsi intervensi yang berbeda.

2.4 Tujuan Kepemimpinan SMART

Pada masa globalisasi, dibutuhkan adanya spesifikasi pemimpin yang bermutu, memiliki sikap kepemimpinan yang tangguh dalam suatu organisasi dan dunia kerja. Menurut Sutrisno dalam perencanaan sumber daya manusia adalah fungsi utama yang harus diwujudkan dalam organisasi yang berfungsi untuk menjamin adanya tenaga kerja yang tepat di waktu yang tepat dan

menduduki jabatan yang tepat. Menurut Sedarmayanti, didalam aktivitas kepemimpinan seorang pemimpin perlu merencanakan segala tindakan dengan baik dan harus sesuai dengan data yang spesifik, bisa diukur, bisa dicapai, sesuai dengan kepentingan, dan waktu yang jelas atau di singkat dengan istilah SMART.

Pengaruh seorang pemimpin di luar organisasi sangatlah besar, menurut Sunyoto organisasi merupakan salah satu kerjasama untuk mencapai suatu tujuan, dimana dalam proses pencapaiannya dibutuhkan Strategi Tujuan SMART. Dalam kepemimpinan strategi SMART mempunyai arti spesifikasi yang ditinjau oleh seorang pemimpin secara khusus dari sifat khas yang nantinya akan dibutuhkan pada keadaan yang khusus (Saputra, 2015). Dengan pemahaman tentang Kepemimpinan SMART sebagai landasan, maka dapat mendefinisikan model kompetensi untuk Pemimpin SMART.

2.5 Tujuan SMART untuk Mahasiswa Keperawatan

Seseorang yang memiliki cita-cita menjadi mahasiswa keperawatan membutuhkan bimbingan dan pendidikan tambahan dalam kurikulum keperawatan. Namun, etika dan nilai-nilai keperawatan biasanya diajarkan sebagai bagian dari mata kuliah pengantar di sebagian besar kurikulum keperawatan. Hal ini mungkin tidak cukup untuk menghasilkan perawat profesional yang sangat kompeten dan berorientasi etis (Bah & Sey-sawo, 2018).

Contoh :

Tujuan dasar mahasiswa keperawatan :

Saya ingin belajar dengan cara yang seefektif mungkin.

Tujuan SMART :

Dalam dua bulan pertama sekolah perawat, saya akan mengidentifikasi gaya belajar saya dan menyesuaikan metode studi saya sesuai dengan itu. Saya akan mengintegrasikan gaya belajar saya ke dalam setiap sesi belajar.

Salah satu cara kita dapat meningkatkan peluang kita untuk sukses adalah dengan mengembangkan tujuan SMART. Tujuan SMART merupakan tujuan yang terdiri dari Spesifik, Terukur, Dapat Dicapai, Relevan, dan terikat waktu (Lawlor, 2012). Misalnya, setelah memutuskan untuk kembali ke sekolah tahun ini, tetapkan tujuan untuk mengidentifikasi lima sekolah yang menawarkan program yang kita inginkan dengan harga yang sesuai dengan lingkungan yang kita inginkan sebelum 1 Maret. Selanjutnya, jangan hanya memikirkannya, tetapi sebenarnya tulis dan bagikan dengan seseorang untuk meningkatkan peluang kita untuk sukses. Lalu perbarui sasaran SMART kita sampai kita mencapai resolusi menyeluruh (Glasofer, 2017).

2.7 Tujuan SMART untuk Mahasiswa Praktisi Perawat

Perawat praktisi adalah seorang perawat terdaftar yang telah melanjutkan pendidikan dan menerima gelar master atau doktor di bidang keperawatan. Dia kemudian lulus ujian praktisi perawat dan bersertifikat. Jika mereka memilih bidang kedokteran khusus seperti perawatan keluarga, kehamilan, kesehatan mental, atau perawatan akut, mereka harus memiliki pendidikan lebih lanjut di bidang itu sebelum mendapatkan sertifikasi. Jika mereka memilih untuk tidak masuk ke area tertentu, mereka bekerja pada keperawatan primer (yang berarti mereka menangani pasien untuk penyakit/cedera umum dan beberapa keluhan lainnya. Mereka tidak merawat pasien yang membutuhkan penanganan khusus.

Sebagian besar perawat praktisi bekerja sendiri, namun di beberapa negara perlu diawasi oleh dokter. Bekerja secara mandiri, mereka bahkan dapat membuka praktik atau bekerja di rumah sakit, klinik, panti jompo terampil, dan fasilitas kesehatan lainnya. Mereka memeriksa pasien, melakukan prosedur tes, membuat

diagnosis dan rencana perawatan. Mereka juga dapat meresepkan obat.

Sebagai mahasiswa praktisi perawat, mungkin akan melanjutkan pendidikan setelah bertahun-tahun memiliki pengalaman keperawatan atau menjadi mahasiswa baru. Bagaimanapun, beban kerjanya sangat intensif dan bahkan menuntut siswa terbaik untuk menghabiskan banyak waktu belajar di luar kelas. Contoh penerapan Metode SMART pada mahasiswa praktisi

Tujuan SMART untuk Praktisi Perawat

a. Tujuan Sederhana:

- 1) Saya membutuhkan keterampilan komunikasi yang baik.
- 2) Saya ingin memahami apa yang dialami pasien saya dan keluarga mereka saat menerima diagnosis tragis atau terminal.
- 3) Saya akan menyegarkan kembali pengetahuan kepekaan budaya saya untuk mengingatkan diri sendiri bahwa tidak semua orang itu sama.
- 4) Saya akan memberikan perawatan terbaik untuk pasien saya.
- 5) Saya akan mendidik diri sendiri tentang berada di sana untuk pasien saya, secara mental dan emosional.
- 6) Saya ingin pasien saya merasa seperti saya memberi mereka 100% waktu dan perhatian saya.
- 7) Saya akan berusaha untuk tetap pada jadwal, sehingga pasien saya tidak perlu menunggu lebih dari lima menit.
- 8) Saya akan selalu menggunakan portal pasien.
- 9) Saya ingin tetap teratur di semua bidang karir saya, yang akan bermanfaat bagi pasien saya dan saya sendiri.
- 10) Saya ingin tersedia untuk membantu dan meminta bantuan dari rekan kerja saya.
- 11) Saya akan memperlakukan staf pendukung dengan sangat hormat.

12) Saya akan membalas semua panggilan telepon dan memperbarui semua resep di akhir setiap hari kerja.

b. Sasaran SMART

- 1) Meskipun keterampilan komunikasi saya dapat diterima, saya ingin mereka menjadi yang terbaik, sehingga pasien saya dapat memahami semua yang saya katakan kepada mereka. Saya akan mengikuti kelas keterampilan interpersonal selama beberapa minggu ke depan untuk meningkatkan keterampilan mendengarkan, keterampilan berbicara, nada suara, dan keterampilan nonverbal saya.
- 2) Dalam bulan depan, saya akan pergi ke beberapa pertemuan kelompok pendukung untuk orang-orang dengan penyakit terminal dan ke kelompok dukungan duka.
- 3) Saya juga akan berbicara dengan terapis duka/berkabung untuk lebih memahami perspektif mereka dan belajar bagaimana menjadi suportif dan empatik tanpa harus tenggelam dalam proses itu sendiri. Saya harus bisa "melepaskan" pasien itu dan keluarganya ketika saatnya tiba.
- 4) Saya akan menghabiskan waktu di komunitas beberapa kali dalam sebulan, mendukung masalah yang dihadapi budaya yang berbeda. Saya akan mencari nasihat profesional tentang berbagai masalah yang harus ditangani kota.
- 5) Saya mencoba untuk sangat memperhatikan setiap pasien saya dan bertanya tentang preferensi budaya mereka sehingga tim kesehatan dapat menyesuaikan rencana perawatan.
- 6) Saya akan menghadiri konferensi, webinar, dan lokakarya tentang berbagai kondisi medis. Saya akan menghadiri setidaknya satu atau dua bulan. Ini akan memungkinkan saya untuk tetap up to date pada informasi penting yang dapat bermanfaat bagi pasien saya.

- 7) Saya akan mengikuti kursus bagi penyedia layanan kesehatan untuk mempelajari apa yang harus dicari pada pasien yang mengalami tekanan mental atau emosional. Kemudian saya akan mencari tahu bagaimana mengajukan pertanyaan yang tepat dan memberikan jawaban yang benar. Setiap kali saya memiliki pasien yang tidak stabil secara emosional, saya akan bertanya pada diri sendiri apakah pasien itu akan mendapat manfaat dari konsultasi khusus.
- 8) Saya tidak akan menerima panggilan telepon (kecuali darurat), saya tidak akan keluar ruangan untuk berkonsultasi dengan NP atau dokter lain sampai pasien saya pergi. Jika pasien saya memiliki janji temu 30 menit dan membutuhkan lebih banyak waktu, saya akan membiarkannya lewat 10 menit, jadi mereka tidak merasa seperti saya memotongnya.
- 9) Saya akan datang ke kantor 15 menit lebih awal jika perlu. Saya mempersiapkan diri untuk hari itu, jadi yang harus saya lakukan adalah menemui pasien pertama saya ketika kantor dibuka.
- 10) Segera setelah saya dapat meninjau hasil lab pasien saya dan hasil tes lainnya, saya akan memasukkannya ke portal pasien sehingga pasien saya dapat mengaksesnya. Tentu saja, saya akan memanggil pasien yang memiliki hasil lab abnormal sebelum memasukkannya ke portal pasien untuk mendiskusikan hasilnya dan memberikan solusi.
- 11) Semua tanda vital, berat badan, BMI, vaksinasi, tes yang dipesan, alasan membawa pasien ke kantor, dan rencana perawatan akan dimasukkan ke dalam grafik elektronik pasien selama kunjungan dan tersedia untuk pasien segera setelah saya menutup file mereka . Hal ini memungkinkan pasien untuk merujuk pada informasi yang dibahas selama janji temu dan meninjau lab dan hasil tes mereka nanti.

- 12) Saya akan menggunakan program komputer untuk menyimpan semua catatan pasien saya terorganisir dan mudah diakses. Setiap kuartal, saya akan meninjau alur kerja saya dan melakukan perbaikan untuk merampingkan proses dari masuk hingga meninggalkan kantor. Saya akan mengizinkan pasien untuk menilai kunjungan kantor mereka dan meninjau umpan balik setiap tiga bulan.
- 13) Saya akan selalu bersikap sopan dan profesional dengan rekan kerja saya dan menawarkan bantuan jika diminta dan meminta bantuan mereka jika diperlukan. Saya membuat ini diketahui melalui email.
- 14) Saya menyadari bahwa tanpa staf pendukung, kantor akan berantakan. Oleh karena itu, saya akan memastikan resepsionis, staf medis dan penagihan, dan karyawan front-end tahu betapa mereka dihormati dan dihargai.
- 15) Suatu hari dalam seminggu, saya akan membeli pretzel ukuran besar atau makanan ringan lainnya setiap minggu untuk menunjukkan penghargaan saya. Selama liburan, saya akan memberi mereka semua hadiah dan membawa kue, permen, kacang, atau makanan jenis liburan lainnya untuk mereka nikmati.
- 16) Saya juga akan melakukan hal yang sama untuk asisten medis kami yang mengambil tanda-tanda vital pasien kami dan menyiapkannya dan siap untuk saya temui.
- 17) Saya ingin pasien saya merasa penting dan mereka berada di tangan yang tepat. Saya akan menggunakan bagian catatan di ponsel saya dan menyimpan daftar tugas untuk setiap pasien di akhir setiap kunjungan. Saya tidak akan pernah membuat pasien saya menunggu lebih lama dari akhir hari kerja untuk mengambil resep mereka atau membalas panggilan telepon.

2.8 Tujuan SMART untuk Pendidikan Keperawatan

Sebagian besar tanggung jawab untuk meningkatkan pendidikan berkelanjutan dalam keperawatan berada pada organisasi keperawatan, program akademik, dan masyarakat profesional. Namun, berdasarkan laporan tahun 2015 secara khusus meminta setiap perawat untuk memprioritaskan pembelajaran sepanjang hayat.³ Kita harus beralih dari model pasif memperoleh kredit yang cukup untuk pembaruan lisensi menjadi terlibat secara aktif dalam peluang yang jelas-jelas memajukan kompetensi profesional pada waktu mendatang.

Bidang pengembangan kepemimpinan, pemberdayaan gender, dan kebijakan kesehatan masyarakat harus dimasukkan sebagai bagian dari pendidikan pra-layanan keperawatan, termasuk peluang untuk praktik keterampilan kepemimpinan melalui organisasi pemerintahan mahasiswa (Ugochukwu, 2013).

Penetapan tujuan digunakan dalam pendidikan untuk mempromosikan pembelajaran dan kinerja. Pembekalan setelah simulasi berbasis skenario klinis adalah praktik mapan yang memberikan pelajar struktur yang ditentukan untuk meninjau dan meningkatkan kinerja. Tujuannya adalah untuk mengintegrasikan generasi tujuan pembelajaran formal, menggunakan kerangka SMART (*Specific, Measurable, Attainable, Realistic, and Time-bound*), menjadi standar proses pembekalan (yaitu, "Debriefing Peningkatan Sasaran SMART") dan selanjutnya mengukur dampaknya pada pengembangan tujuan pembelajaran dan pelaksanaan tindakan pendidikan.

Dalam pendidikan, langkah kritis yang memfasilitasi transfer pelajaran yang dipelajari ke dalam praktik adalah menciptakan rencana aksi atau menetapkan tujuan pembelajaran. Hubungan antara menetapkan tujuan dan pencapaian. Tujuan dapat mempengaruhi kinerja dengan memfokuskan upaya dan perhatian pada domain spesifik yang dihasilkan upaya yang lebih besar dan kegigihan upaya, serta strategi untuk mendekati tugas.

Model yang mapan untuk mengembangkan tujuan pembelajaran yang dapat ditindaklanjuti adalah kerangka kerja "SMART". Tujuan-tujuan ini yaitu spesifik, terukur, dapat dicapai, realistis, dan terikat waktu. Kerangka kerja SMART ini mudah diajarkan, mudah diingat, dan telah dipekerjakan dengan sukses di berbagai disiplin ilmu, termasuk pendidikan kedokteran. Idealnya, tujuan SMART terdiri dari tindakan praktis dan konkret yang rencanakan pelajar dapat diterapkan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, keterampilan mereka, dan sikap, dengan penekanan pada hasil nyata.

Sebagai platform pendidikan dalam perawatan kesehatan, pendidikan keperawatan berbasis simulasi (SBME) cocok sebagai strategi untuk memasang penilaian diri yang diinformasikan dan penetapan tujuan yang ditargetkan. SBME menggunakan sesi-sesi tanya jawab yang terstruktur dengan baik, menggabungkan umpan balik formatif untuk memengaruhi kinerja. Strategi pembekalan dirancang untuk melibatkan pelajar melalui percakapan reflektif menggunakan umpan balik objektif dan penilaian diri, sehingga memberikan konteks untuk mengubah pola praktik suboptimal dan meningkatkan pasien Hasil. Namun, semua teknik pembekalan tidak menggabungkan generasi tujuan pembelajaran eksplisit (Emery et al., 2018).

2.9 Kesimpulan

Pengaplikasian tujuan metode SMART dalam keperawatan yaiyu membrikan perawatan yang berkualitas. Tenaga kesehatan memainkan peran penting dalam memberikan perawatan berkualitas sehingga perlu memahami cara dan rasionalisasi tujuan yang telah ditetapkan. Pasien membutuhkan keterlibatannya sebagai mitra yang setara dalam menetapkan tujuan bagi mereka sendiri serta terlibat dalam penetapan tujuan oleh tenaga kesehatan profesional dengan poin utama :

1. Melalui penggunaan tujuan SMART, tahap perencanaan proses keperawatan akan mencapai keberhasilan.
2. Tujuan harus ditetapkan bersama pasien.
3. Tenaga kesehatan harus mempertanyakan tujuan yang tidak realistis, sehingga bertindak sebagai advokat untuk pasien mereka.
4. Tujuan jangka pendek harus digunakan untuk membantu menjaga motivasi pasien.
5. Tenaga kesehatan merupakan kunci pencapaian tujuan SMART.

DAFTAR PUSTAKA

- Bah, H. T., & Sey-sawo, J. 2018. International Journal of Africa Nursing Sciences Teaching and practicing nursing code of ethics and values in the Gambia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9(March), 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.08.005>
- Bipp, T., & Kleingeld, A. 2011. Goal-setting in practice: The effects of personality and perceptions of the goal-setting process on job satisfaction and goal commitment. *Personnel Review*, 40(3), 306–323. <https://doi.org/10.1108/004834811111118630>
- Emery, M., Bounds, R., Bush, C., Stansfield, R. B., Gillett, B., & Santen, S. A. 2018. *O riginal R esearch A Randomized Trial of SMART Goal Enhanced Debriefing after Simulation to Promote Educational Actions*. 19(January), 112–120. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.11.36524>
- Glasofer, A. 2017. Resolved: 2017 is a year for learning. *Nursing Critical Care*, 12(1), 4. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000508634.77904.d3>
- Howlett, N., Trivedi, D., Troop, N. A., & Chater, A. M. 2019. Are physical activity interventions for healthy inactive adults effective in promoting behavior change and maintenance, and which behavior change techniques are effective? A systematic review and meta-analysis. *Translational Behavioral Medicine*, 9(1), 147–157. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby010>
- Lawlor, K. B. 2012. Smart Goals: How the Application of Smart Goals can Contribute to Achievement of Student Learning Outcomes. *Journal of Developments in Business Simulation and Experiential Learning*, 39, 259–267.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. 2006. New directions in goal-setting theory. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 265–268. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00449.x>
- Marku, A. 2019. *the Art of Setting Smart Goals*.

- Mcewan, D., Harden, S. M., Zumbo, B. D., Benjamin, D., Kaulius, M., Ruissen, G. R., Dowd, A. J., & Beauchamp, M. R. 2015. The effectiveness of multi-component goal setting interventions for changing physical activity behaviour: A systematic review and meta-analysis Desmond. *Health Psychology Review*. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1104258>
- Ogbeiwi, O. 2016. Defining goal terms in development and health Item. *British Journal of Healthcare Management*, 22(11), 544–550. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcs140>.
- Saputra, S. 2015. Pengaruh Eksistensi Kepemimpinan SMART untuk meningkatkan Kinerja pegawai. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik*, 4(2), 246–252.
- Tracy, B. 2019. *Brian Tracy 's SMART Goals Cheat Sheet*.
- Ugochukwu, G. 2013. Roles of nurses in Sub-Saharan African region. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 5(7), 117–131. <https://doi.org/10.5897/ijnm2013.0104>
- Yildirim, B., & Ozkahraman, S. 2011. Critical Thinking in Nursing Process and Education. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(13), 257–262.

BAB 3

ORGANISASI PROFESI

KEPERAWATAN

Oleh Ardiansa

3.1 Pendahuluan

Setiap kelompok profesional dalam hal ini keperawatan yang senantiasa berusaha untuk diakui sebagai profesi mestinya memiliki karakteristik tertentu. Karena penanda khas dari suatu profesi adalah memiliki budaya profesional di antara para anggotanya. Kemudian berbicara mengenai budaya profesional, hal ini umumnya mesti dipupuk dan dipelihara melalui suatu tindakan dalam organisasi profesi (Matthews, 2012). Melihat kenyataan tersebut organisasi profesi benar-benar memiliki peranan penting dalam membentuk karakteristik yang unik dan profesional tersebut.

Organisasi profesi memiliki tugas serta bertanggung jawab dalam melindungi masyarakat dengan mendorong perkembangan dan profesionalisme dalam menjalankan perannya, kemudian dari pada itu organisasi profesi juga dikembangkan untuk mampu memberikan advokasi kepada anggotanya yang merupakan bagian penting dari organisasi profesi itu sendiri dan secara publik mewakili nilai-nilai inti profesi keperawatan kepada masyarakat.

Kegiatan semacam itu menengaskan profesionalitas dari organisasi profesi, sekaligus juga menjelaskan tentang adanya ikatan khusus dan unik antara organisasi profesi dan masyarakat serta tanggung jawabnya kepada masyarakat secara luas. Untuk alasan ini, penting bahwa anggota kelompok profesional

berpartisipasi secara aktif dalam organisasi profesional yang bereputasi baik. Organisasi profesi, pada hakikatnya penting untuk mengevaluasi dan menyesuaikan peran dan tujuan mereka secara berkala untuk memastikan bahwa mereka tetap selaras dengan kebutuhan profesi dan masyarakat yang mereka layani (Esterhuizen and van Rensburg, 2021)(Matthews, 2012).

Keperawatan merupakan elemen tak terpisahkan dalam konfigurasi layanan yang membutuhkan keahlian tertentu yang dalam pelaksanaannya membutuhkan kecakapan dari individu pelaksananya dalam hal ini perawat. Hal ini berdasarkan pada berbagai ilmu serta kiat yang berbentuk pelayanan bio, psiko, sosial dan spiritual yang secara menyeluruh, yang senantiasa diperuntukkan kepada individu serta masyarakat baik dalam kondisi sakit maupun sehat yang senantiasa mencakup kehidupan manusia.

Dalam memberikan bantuan kepada individu yang sehat maupun sakit guna dalam menjalankan fungsi kehidupannya sehari-hari, kegiatan tersebut menunjukkan bahwa keperawatan merupakan sebuah jalan hidup dimana kesejahteraan suatu kelompok makhluk hidup merupakan bidang olahannya (Nusawakan, 2019).

Yang merupakan salah satu profesi, keperawatan mempunyai organisasi profesi yang begitu berperan dalam penetapan standar praktek, pelayanan dan pendidikan keperawatan, serta menetapkan legislasi dan membahas berbagai fenomena yang terjadi dan memiliki hubungan dengan profesi keperawatan yang akan dibahas dalam bab ini.

Dikarenakan dalam menjalankan tugasnya sebagai suatu kelompok profesional, seorang perawat mesti melakukan tindakan berdasarkan standar praktik keperawatan. Karena apabila diluar daripada standar praktik keperawatan yang telah ditentukan maka seorang perawat akan melakukan tindakan yang disebut malpraktik yang berakibat pasien menjadi korban. Oleh sebab itu

organisasi profesi memiliki peranan penting dalam melindungi anggotanya dan menjadi advokasi yang baik bagi anggotanya dan masyarakat secara umum.

3.2 Pengertian Organisasi Profesi

W. J. S. Poerwadarminta (dalam Kamus Umum Bahasa Indonesia) mengemukakan bahwa organisasi merupakan susunan dan aturan dari berbagai bagian seperti orang dan sebagainya sehingga merupakan kesatuan yang teratur. Selanjutnya menurut James D. Mooney, menjelaskan mengenai organisasi yaitu suatu bentuk setiap perserikatan manusia untuk mencapai tujuan bersama. Sementara Chester I. Bernard, mengatakan bahwa organisasi ialah suatu sistem aktivitas kerja sama yang dilakukan oleh dua orang atau lebih (Prayoga, 2019)

Jika melihat berbagai macam pengertian tentang organisasi yang telah dikemukakan oleh beberapa ahli di atas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud organisasi merupakan lembaga yang menjadi wadah bagi dua orang atau lebih yang memiliki mimpi yang sama untuk diwujudkan dalam prosesnya. Sementara itu profesi merupakan manifestasi dalam usaha maupun jabatan yang dalam pelaksanaannya menuntut keahlian yang didapat dari pendidikan dan latihan tertentu.

Organisasi profesi ialah wadah yang dimana orang-orang yang tergabung didalamnya merupakan orang-orang yang berkomitmen membentuk suatu kelompok yang memiliki keahlian khusus kemudian bersama-sama melaksanakan fungsi sosialnya sebagai manusia dalam memberikan layanan kesehatan yang tidak dapat dilakukannya sebagai suatu individu (Ramdan and Restiana, 2015). Serta pada akhirnya dapat disederhanakan bahwa organisasi profesi merupakan suatu wadah atau tempat dan perkumpulan serta dibangun dari beberapa orang ataupun lebih yang mempunyai keahlian serupa dalam cita-citanya demi menggapai niat yang sama.

3.3 Karakter Organisasi Profesi

3.3.1 Karakter Organisasi Profesi Secara Umum

a. Setiap Profesi hanya memiliki satu organisasi

Dengan menilai betapa pentingnya suatu lembaga sebagai advokasi dari setiap anggota profesi maka dari itu untuk meminimalkan tumpang tindih dan juga ketidakjelasan suatu wadah sebagai naungan bagi anggota profesi maka sebagai salah satu karakter organisasi profesi hanya boleh ada satu.

b. Kebanggaan dan Kehormatan merupakan ikatan utama para anggotanya

Ikatan merupakan hal yang sangat penting dalam memberntuk suatu organisasi profesi karena itulah yang akan menyatukan setiap anggota yang tergabung didalamnya, dengan Menanamkan jiwa kebanggaan sebagai anggota profesi bukan hanya mencari keuntungan pribadi tapi dengan mengedepankan kepentingan masyarakat secara luas dan sesama anggota karena tugas merupakan sebuah kehormatan.

c. Menjaga martabat dan kehormatan profesi adalah tujuan utama

Tujuan suatu organisasi merupakan hal yang sangat penting karena hal tersebutlah yang dijadikan fondasi terbentuknya suatu organisasi profesi, dan dengan mengedepankan martabat serta kehormatan profesi menjadi suatu landasan cita-cita akan lebih memperkuat dan memperkokoh organisasi profesi tersebut.

d. Persaudaraan merupakan sifat utama dari kedudukan serta hubungan antar anggotanya

Kedudukan serta hubungan antar anggota yang menempatkan persaudaraan sebagai sifat utama akan membuat suatu organisasi berjalan layaknya kekeluargaan yang berarti tidak ada sekat yang menjadi penghalang untuk mengeluarkan pendapat serta akan menjadi suatu

keunggulan tersendiri dalam bersosialisasi antar sesama anggota dan yang pastinya akan menjadi organisasi profesi layaknya sebagai rumah untuk para anggotanya yang akan menumbuhkan rasa kepemilikan organisasi yang lebih dalam.

e. Kolektif adalah sifat kepemimpinan yang dimiliki

Sebagai salah satu pilar terkuat dalam membangun suatu organisasi, kepemimpinan memiliki peran krusial dalam menentukan keberhasilan. Sebab, pemimpin memegang roda kendali untuk mengarahkan anggotanya sampai berlabuh pada tujuan yang direncanakan serta mencegah karamnya organisasi di tengah jalan. Dengan mengadopsi kepemimpinan yang tepat, bukan hanya membawa organisasi untuk mencapai visi dan misi, namun juga memungkinkan potensi disharmoni tim yang menjadi faktor kegagalan dalam mengembangkan organisasi. Kepemimpinan kolektivistik pada dasarnya lekat dengan prinsip gotong royong, menciptakan hubungan formal-informal, komunal, berbasis jaringan yang dinamis dan non-linear. Dalam praktiknya, kepemimpinan kolektif tidak terbatas pada struktur formal melainkan kolaborasi antara hubungan profesionalitas dan personal yang dibangun secara bersamaan (Yammarino *et al.*, 2012).

f. Mekanisme pengambilan keputusan atas dasar kesepakatan

Kesepakatan bersama dalam mekanisme pengambilan keputusan yang dianut suatu organisasi profesi ini didapatkan melalui musyawarah dan dikenal dengan istilah mufakat, dimana mufakat adalah pengambilan keputusan yang diambil secara bersama-sama dengan mempertemukan semua pendapat berbeda lalu melakukan kesepakatan bersama atas perbedaan tersebut.

3.3.2 Karakter Organisasi Profesi Keperawatan

- a. Mempunyai kerangka keilmuan
Kerangka keilmuan dalam keperawatan meliputi ilmu dasar yang mengkaji tentang alam, sosial serta perilaku dari manusia dan dalam perkembangannya menjadi ilmu yang lebih kompleks yang mencakup berbagai aspek ekhidupan manusia sebagai bagian dari subjek keilmuan keperawatan.
- b. Pendidikan berbasis keahlian pada jenjang pendidikan tinggi
- c. Memberikan pelayanan kepada masyarakat melalui praktik dalam bidang profesi keperawatan dikembangkan sebagai bagian integral dari sistem kesehatan nasional
- d. Memiliki perhimpunan/organisasi profesi
- e. Pemberlakuan kode etik keperawatan
- f. *Independensi*
- g. Memiliki tekad yang mementingkan kepentingan orang banyak.

3.4 Peran Organisasi Profesi Keperawatan

- a. Melakukan pembinaan dan pengembangan serta mengawasi kualitas Pendidikan Keperawatan
- b. Melakukan penguatan dan eskalasi serta mengawasi jasa Keperawatan
- c. Melakukan penguatan serta eskalasi IPTEK Keperawatan
- d. Melakukan penguatan serta eskalasi aktivitas Profesi.

3.5 Fungsi Organisasi Profesi

1. Bidang Kependidikan Keperawatan
 - a. Menentukan barometer pembelajaran
 - b. Menggelar pembelajaran ilmu keperawatan tingkat lanjut
2. **Bidang Layanan Keperawatan**
 - a. Menentukan barometer karir keperawatan
 - b. Mendedikasikan persetujuan praktek perawat
 - c. Memberikan registrasi anggota

d. Mengatur serta memerlukan *ethic code nursing*

3. Bidang IPTEK

- a. Merancang, Mengimplementasikan, serta mengawal Penelitian dalam ilmu keperawatan
- b. Merancang, Mengimplementasikan, dan Mengawal Penguatan IPTEK dan Keperawatan

4. Bidang Kehidupan Profesi

- a. Membentuk dan melakukan pengawalan terhadap Lembaga Profesi
- b. Memfasilitasi kolaborasi bersama institusi negara, warga, industri lain, serta sejawat. Hal ini memungkinkan perawat untuk memainkan peran secara aktif dalam tugasnya memberikna layanan yang profesional kepada warga dan institusi negara yang memiliki wwenang.
- c. Memfasilitasi *cooperate* bersama lembaga sejawat negara lain
- d. Ikuti fungsi sejawat sebagai kolaborator
- e. Mempromosikan, mencari dan memantau kesejahteraan sejawat.

3.6 Manfaat Organisasi Profesi

Organisasi profesi ialah wadah yang dimana orang-orang yang tergabung didalamnya merupakan orang-orang yang berkomitmen membetuk suatu kelompok yang memiliki keahlian khusus kemudian bersama-sama melaksanakan fungsi sosilanya sebagai manusia dalam memberikan layanan kesehatan yang tidak dapat dilakukannya sebagai suatu individu (Ramdan and Restiana, 2015).

Breckon, 1989 menuliskan bahwa organisasi profesi mencakup 4 hal, yaitu:

- a. Memupuk serta Meluaskan aktivitas profesi
- b. Memanifestasikan serta Meluaskan ruang profesionalisme

- c. Mengumpulkan kemudian mempertemukan berbagai ide Anggota Profesi
- d. Memfasilitasi anggotanya serta memberikan dorongan untuk senantiasa semangat dalam memberikan karya berupa ide-ide cemerlang serta berbagai hal yang gunanya adalah untuk perkembangan dan kemajuan profesi.

3.7 Organisasi Profesi Keperawatan Di Indonesia

Di Negara ini ada sebuah wadah yang menaungi seluruh profesi perawat di Nusantara selanjutnya disebut sebagai organisasi profesi keperawatan nasional yang dengan sebutan lainnya adalah Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). PPNI sendiri merupakan suatu organisasi profesi keperawatan nasional yang berdiri pada tanggal 17 Maret 1974 dan merupakan suatu wadah gabungan dari berbagai organisasi profesi keperawatan saat itu.

3.7.1 Tujuan PPNI

- a. Melakukan pembinaan serta pengembangan lembaga profesi keperawatan seperti : persatuan dan kesatuan, kerja sama dengan pihak lain dan pembinaan manajemen organisasi
- b. Melakukan penguatan, pengawalan serta eskalasi kualitas sekolah tinggi ilmu keperawatan di Indonesia
- c. Melakukan penguatan, pengawalan serta eskalasi kualitas pelayanan keperawatan di indonesia
- d. Melakukan penguatan, pengawalan serta eskalasi kualitas dalam bidang IPTEK keperawatan di Indonesia
- e. Melakukan pembinaan serta pengupayaan kehidupan anggotanya

3.7.2 Fungsi PPNI

- a. Menjadi organisasi profesi perawat yang memiliki kesatuan kehendak sesuai dengan posisi jabatan, profesi dan lingkungan untuk mencapai tujuan organisasi

- b. Melakukan pengembangan serta pengamalan pelayanan kesehatan yang berdasarkan pada program-program pembangunan manusia secara menyeluruh tanpa membedakan golongan, suku, keturunan, agama/kepercayaan terhadap Tuhan YME
- c. Menampung, memadukan, menyalurkan dan memperjuangkan aspirasi tenaga keperawatan serta mengembangkan keprofesian dan kesejahteraan tenaga keperawatan.

3.7.3 Struktur Organisasi PPNI

a. *Jenjang organisasi*

- 1) Dewan Pimpinan Pusat (DPP) PPNI
- 2) Dewan Pimpinan Daerah Tingkat I (DPD I) PPNI
- 3) Dewan Pimpinan Daerah Tingkat II (DPP II) PPNI
- 4) Komisariat PPNI (pengurus pada institusi dengan jumlah anggota 25 orang)

b. *Struktur organisasi tingkat pusat*

- 1) Ketua umum
Ketua-ketua:
 - a. Pembinaan Organisasi
 - b. Pembinaan pendidikan dan latihan
 - c. Pembinaan pelayanan
 - d. Pembinaan IPTEK
 - e. Pembinaan kesejahteraan
- 2) Sekretaris Jenderal
Sekretaris berjumlah 5 orang yang dibagi sesuai dengan pembidangan ketua-ketua dan Departemen, yaitu :
 - a. Departemen organisasi, keanggotaan dan kaderisasi;
 - b. Departemen pendidikan;
 - c. Departemen pelatihan;
 - d. Departemen pelayanan di rs;
 - e. Departemen pelayanan di puskesmas;

- f. Departemen penelitian;
- g. Departemen hubungan luar negeri;
- h. Departemen kesejahteraan anggota;
- i. Departemen pembinaan yayasan.

Kemudian yang menjadi catatan penting adalah bahwa kepengurusan suatu organisasi profesi perawat khususnya PPNI adalah lima tahun serta dilakukan pemilihan kepengurusan baru kembali dalam **Musyawarah Nasional atau Musyawarah Daerah** yang juga diselenggarakan untuk :

- a. Menyempurnakan AD / ART
- b. Perumusan program kerja
- c. Pemilihan Pengurus

PPNI juga menyelenggarakan rapat pimpinan (rapim) dan rapat pimpinan daerah (rapimda) setiap 2 tahun sekali dalam rangka evaluasi dan penyempurnaan program kerja berikutnya. Selain itu, PPNI juga mengadakan rapat bulanan atau harian sesuai dengan kebutuhan. Keanggotaan PPNI biasanya terdiri dari tenaga perawat. Namun demikian terdapat juga anggota non – perawat yang telah berjasa dibidang keperawatan dan mereka ini termasuk dalam anggota luar biasa/kehormatan.

Adapun dana khas yang menjadi penyokong kehidupan organisasi PPNI adalah dari uang pangkal, iuran bulanan dan sumber-sumber lain yang sah.

3.7.4 Program kerja utama PPNI :

1. Melakukan berbagai kegiatan penguatan lembaga serta anggota

2. Mengawasi serta melakukan eskalasi maupun penguatan sekolah tinggi
3. Berkontribusi dalam hal eskalasi serta penguatan maupun DIKLAT keperawatan
4. Eskalasi maupun penguatan layanan keperawatan di rumah sakit
5. Eskalasi maupun penguatan layanan keperawatan di puskesmas
6. Penguatan serta eskalasi dalam aspek IPTEK
7. Penguatan maupun eskalasi advokasi dengan profesi lain dan organisasi keperawatan internasional
8. Penguatan serta eskalasi sumber daya/yayasan
9. Penguatan serta eskalasi kesejahteraan anggota.

3.7.5 Kewajiban Anggota PPNI

1. Menjunjung tinggi, mentaati dan mengamalkan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga organisasi.
2. Membayar uang pangkal dan uang iuran kecuali anggota kehormatan
3. Mentaati dan menjalankan segala keputusan
4. Menghadiri rapat yang diadakan organisasi
5. Menyampaikan usul untuk mencapai tujuan yang digariskan dalam program kerja
6. Memelihara kerukunan dalam organisasi secara konsekwen
7. Setiap anggota baru yang diterima menjadi anggota membayar uang pangkal dan uang iuran.

3.7.6 Hak Anggota PPNI

1. Semua anggota berhak mendapat pembelaan dan perlindungan dari organisasi dalam hal tindakan keperawatan

2. Semua anggota berhak mendapat kesempatan dalam menambah dan mengembangkan ilmu keperawatan
3. Semua anggota berhak menghadiri rapat, memberi usul baik lisan maupun tulisan
4. Semua anggota kecuali anggota kehormatan yang mempunyai hak untuk memilih dan mejadi pengurus dalam organisasi profesi perawat PPNI

3.7.8 Tugas pokok PPNI

1. Aspek Penguatan Organisasi
PPNI memiliki tugas menguatkan lembaga dengan melakukan pembinaan anggota dan menciptakan generasi yang memiliki jiwa pemimpin.
2. Aspek penguatan Profesi
PPNI memiliki tugas dalam meningkatkan kualitas pelayanan, pendalaman dan implementasi Ethic Code perawat, memprioritaskan terwujudnya RUU keperawatan serta penguatan IPTEK keperawatan
3. Aspek Ketenteraman anggota
PPNI memiliki tugas memupuk hubungan kongsi dengan lembaga sejawat nasional maupun internasional.

3.7.9 Keanggotaan PPNI

Keanggotaan PPNI ada 2 yaitu:

1. Anggota Penuh
 - a. Merupakan Warga Negara Indonesia, kemudian tidak ikut dalam lembaga terlarang
 - b. Telah selesai dari sekolah tinggi ilmu keperawatan sah serta disetujui oleh pemerintah
 - c. Bersedia senantiasa aktif dalam setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh organisasi.
 - d. Bersedia untuk menjadi bagian dari organisasi.

2. Anggota kehormatan

Syarat keanggotaan kehormatan memiliki kesamaan dengan anggota penuh pada poin a, c, d, hanya saja tidak dari sekolah tinggi ilmu keperawatan tapi memiliki jasa bagi organisasi PPNI yang ditetapkan oleh DPP (dewan pimpinan pusat) (Mariska, 2013).

3.8 Organisasi Profesi Keperawatan Internasional

Bukan hanya secara nasional, beberapa organisasi profesi keperawatan dunia yang sekiranya memiliki cita-cita yang sama dengan organisasi profesi nasional di Indonesia yaitu memberikan pelayanan terbaik dan profesional kepada masyarakat serta menjadi wadah bagi anggotanya untuk berlingkup, mendapatkan advokasi, serta mengembangkan berbagai hal dalam dunia keperawatan.

3.8.1 International Council of Nurses (ICN)

Organisasi profesional wanita pertama didunia yang didirikan tanggal 1 Juli 1899 yang dimotori oleh Mrs. Bedford Fenwick. ICN merupakan federasi perhimpunan perawat nasional diseluruh dunia. Tujuan pendirian ICN adalah memperkokoh silaturahmi para perawat diseluruh dunia, member kesempatan bertemu bagi perawat diseluruh dunia untuk membicarakan berbagai masalah tentang keperawatan, menjunjung tinggi peraturan dalam ICN agar dapat mencapai kemajuan dalam pelayanan, pendidikan keperawatan berdasarkan dan kode etik profesi keperawatan. Kode etik keperawatan menurut ICN (1973) menegaskan bahwa keperawatan bersifat universal. Keperawatan menjunjung tinggi kehidupan, martabat dan hak asasi manusia. Keperawatan tidak dibatasi oleh perbedaan kebangsaan, ras, warna kulit, usia, jenis kelamin, aliran politik, agama, dan status sosial. ICN mengadakan kongres setiap 4 tahun sekali. Pusatnya di Geneva, switzerland.

3.8.2 American Nurses Association (ANA)

ANA adalah organisasi profesi perawat di Amerika Serikat. Didirikan pada akhir tahun 1800 yang anggotanya terdiri dari organisasi perawat dari negara-negara bagian. ANA berperan dalam menetapkan standar praktek keperawatan, melakukan penelitian untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan serta menampilkan profil keperawatan profesional dengan pemberlakuan legislasi keperawatan.

3.8.3 Canadian Nurses Association (CNA)

CNA adalah asosiasi perawat nasional di Kanada. Mempunyai tujuan yang sama dengan ANA yaitu membuat standar praktek keperawatan, mengusahakan peningkatan standar praktek keperawatan, mendukung peningkatan profesionalisasi keperawatan dan meningkatkan kesejahteraan perawat. CNA juga berperan aktif meningkatkan mutu pendidikan keperawatan, pemberian izin bagi praktek keperawatan mandiri.

3.8.4 National League For Nursing (NLN)

NLN adalah suatu organisasi terbuka untuk semua orang yang berkaitan dengan keperawatan meliputi perawat, non perawat seperti asisten perawat (pekerja) dan agencies. Didirikan pada tahun 1952. Bertujuan untuk membantu pengembangan dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan pendidikan keperawatan.

3.8.5 British Nurses Association (BNA)

BNA adalah asosiasi perawat nasional di Inggris. Didirikan pada tahun 1887 oleh Mrs. Fernwick. Bertujuan untuk memperkuat persatuan dan kesatuan seluruh perawat di Inggris dan berusaha memperoleh pengakuan terhadap profesi keperawatan.

3.8.6 Singapura Nurses Association (SNA)

Visi perawat dua orang Inggris, Miss BM Griffin dan Miss Edna George untuk mempromosikan kemajuan keperawatan sebagai sebuah profesi mengakibatkan fondasi yang terlatih *Singapura Nurses 'Association* (STNA) pada bulan Juli 1957. Pertama dipilih Dewan Eksekutif, yang dipimpin oleh Presiden Miss Lim Kwee Neo, secara resmi terdaftar di Registrar of Societies pada tahun 1958. Asosiasi ini diterima sebagai anggota dari International Council of Nurses (ICN) pada bulan Juli 1959. Sejak tahun 1962, Asosiasi terhormat telah memiliki First Lady sebagai Pelindung (Mariska, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

- Esterhuizen, J.M. and van Rensburg, G.H. 2021. The historical influence of nursing organisations on the development of the nursing profession in South Africa', *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 14, p. 100290. doi:10.1016/j.ijans.2021.100290.
- Mariska, et. al. 2013. *Memahami Organisasi Profesi Keperawatan*. Malang.
- Matthews, J. 2012. Role of Professional Organizations in Advocating for the Nursing Profession', *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1), p. manuscript 3. doi:10.3912/OJIN.Vol17No01Man03.
- Nusawakan, D. 2019. Peran Advokasi Organisasi PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) dalam Dugaan Tindak Pidana Malpraktik Keperawatan', *Pasapua Health Journal*, 1(2), pp. 60–65.
- Prayoga, M.D. 2019. Definisi Dan Fungsi Dari Organisasi Profesi', *Journal of Chemical Information and Modeling*, pp. 1–11.
- Ramdan, M.M. and Restiana, N. 2015. Pengetahuan Dan Sikap Perawat Tentang Organisasi Profesi PPNI Di RS Jasa Kartini Kota Tasikmalaya', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Yammarino, F.J. et al. 2012. Collectivistic Leadership Approaches: Putting the "We" in Leadership Science and Practice', *Industrial and Organizational Psychology*, 5(4), pp. 382–402. doi:10.1111/j.1754-9434.2012.01467.x.

BAB 4

SEJARAH KEPERAWATAN DI

INDONESIA

Oleh Dewi Sartika MS

4.1 Pendahuluan

Zaman dahulu sejarah perkembangan keperawatan sangat dipengaruhi oleh beberapa hal seperti peran, sikap, perilaku, status wanita, nilai agama dan kepercayaan, perang dan kepemimpinan dalam keperawatan yang berwawasan masa depan. Sejarah perkembangan keperawatan inilah yang telah mengalami banyak perubahan pesat yang merupakan reaksi dari kebutuhan dasar manusia itu sendiri. Dengan adanya berbagai aspek kejadian sehingga dapat mempengaruhi perkembangan sejarah dan praktik keperawatan, seperti perkembangan keperawatan di Indonesia yang sangat dipengaruhi oleh sejarah perjuangan kemerdekaan Indonesia.

Zaman sekarang sejarah perkembangan keperawatan ditandai dengan lahirnya tokoh keperawatan yang masyhur yang dikenal sampai sekarang ini yang membawa perubahan dalam konsep berpikir yang berpengaruh besar terhadap praktik keperawatan, seperti dalam hal perubahan ruang lingkup pada tatanan layanan keperawatan, standar praktik keperawatan sampai undang-undang praktik keperawatan.

Sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia sangat dipengaruhi oleh perkembangan bangsa Indonesia itu sendiri. Menelisik kebelakang dikatakan bahwa perkembangan sejarah keperawatan ternyata tidak lepas dari sejarah kemerdekaan bangsa

Indonesia dimana ketika bangsa Indonesia masih dijajah bangsa asing (bangsa Inggris, Belanda dan Jepang).

Oleh karena itu, setelah ditelaah sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia sangat dipengaruhi oleh perkembangan kebangsaan Indonesia. Secara garis besar sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia dapat dikelompokkan menjadi dua periode yaitu : pada masa sebelum kemerdekaan dan masa setelah kemerdekaan bangsa Indonesia.

4.2 Sejarah Keperawatan Di Indonesia

Kolonial penjajah seperti Jepang, Belanda, dan Inggris telah banyak mempengaruhi perkembangan keperawatan di Indonesia. Seperti dijelaskan sebelumnya bahwa sejarah perkembangan di Indonesia dibagi menjadi dua masa yaitu:

4.2.1 Masa sebelum kemerdekaan

Pada masa ini negara dalam penjajahan Belanda. Perawat di Indonesia diperlakukan sebagai penjaga orang sakit yang biasa disebut sebagai verpleger yang tugasnya di rumah sakit Binnen Hospital yang berlokasi di Jakarta pada tahun 1799 yang bertugas untuk menjaga dan memelihara kesehatan staf serta tentara belanda hingga terbentuk dinas kesehatan tentara dan dinas kesehatan rakyat. Pendirian rumah sakit ini merupakan usaha daendels untuk mendirikan rumah sakit di Semarang dan Surabaya dengan tujuan untuk tentara belanda itu sendiri. Tujuan pendirian rumah sakit pada saat itu hanya untuk kepentingan Belanda, sehingga tidak diikuti perkembangan keperawatan.

Pada saat penjajahan Inggris yaitu Rafless dimana dia sangat memperhatikan kesejahteraan rakyat. Dimana Rafless sendiri berprinsip bahwa kesehatan adalah milik manusia dan dia melakukan upaya - upaya untuk membenahi derajat kesehatan masyarakat dengan cara memperbaiki cacaran umum,

memodifikasi cara perawatan pasien dengan gangguan jiwa serta sangat memperhatikan kesehatan para tahanan.

Pada tahun 1819 di Jakarta telah berdiri rumah sakit yang salah satunya adalah rumah sakit Stadverbard, kemudian tahun 1919 rumah sakit tersebut pindah dan berlokasi di Glodok Salemba yang sekarang dikenal dengan nama rumah sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM). Dalam kurung waktu 1816-1942 telah berdiri pula rumah sakit swasta milik Misionaris katolik dan zending protestan seperti rumah sakit PGI Cikini Jakarta, Rumah sakit St.Carolus Salemba, rumah sakit ST.Boromeus Bandung, RS Elizabeth Semarang dan sebagainya. Bertepatan dengan itu pula telah berdiri sekolah-sekolah perawat.

Kemudian perkembangan kesehatan dan keperawatan mengalami kemunduran yang cukup drastis pada kurung waktu 1942-1945 akibat kekalahan tentara sekutu dan kedatangan tentara jepang dimana pada masa jepang tugas perawat telah diambil alih oleh mereka yang tidak dididik untuk menjadi perawat.

4.2.2 Masa setelah kemerdekaan bangsa Indonesia

a) Tahun 1945 - 1962

Pada periode ini merupakan metode transisi bangsa Indonesia dikarenakan pada masa ini merupakan periode awal kemerdekaan Indonesia sehingga bisa dikatakan pada periode ini tidak ada perkembangan dan tenaga perawat yang digunakan diunit-unit pelayanan adalah mereka yang sudah ada dan masih menemukan system pendidikan dahulu sewaktu zaman pemerintahan Belanda.

Secara konseptual perkembangan keperawatan belum nampak dan berlangsung sangat lama. Hal ini disebabkan karena tidak adanya kejelasan tentang konsep keperawatan dan tidak adanya pola ketenagaan

untuk pelayanan keperawatan begitupun dengan pola pendidikan tenaga keperawatan. Pada tahun 1945-1962 bentuk pelayanan keperawatan berorientasi kepada keterampilan dan pelaksanaan kegiatan-kegiatan pelayanan medis sampai keperawatan diakui sebagai profesi pada tahun 1983.

Pada tahun 1955 telah didirikan sebuah sekolah djuru kesehatan (SDK) yaitu pendidikan dasar umum sekolah rakyat ditambah dengan pendidikan satu tahun dan sekolah pengamat kesehatan dianggap sebagai pengembangan dari SDK yang ditambah dengan pendidikan satu tahun.

Tahun 1962 dibukanya Akademi Keperawatan (AKPER) yang telah lulus SMA yang bertempat di Jakarta, di RS. Cipto Mangunkusumo (yang dulu dikenal dengan nama *Centraol Burgerlijke Ziekenhuis/CBZ*) dengan latar belakang pendidikan sekolah menengah atas ditambah dengan pendidikan keperawatan 3 tahun.. Dikenal dengan nama Akper Depkes di Jl. Kimia No. 17 Jakarta Pusat atau sekarang lebih dikenal dengan nama Poltekes jurusan keperawatan. Pola pengembangan pendidikan keperawatan belum tampak walau sudah ada perguruan tinggi pada saat itu, hal ini ditinjau dari kelembagaan organisasi yang ada pada rumah sakit. Serta ditinjau pula dari masih berorientasinya perawat pada keterampilan tindakan dan konsep kurikulum keperawatan belum dikenal.

b) Tahun 1963 - 1982

Pada masa ini belum banyak perkembangan dalam bidang keperawatan. Pada tahun 1972 lahirlah organisasi profesi dengan nama Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) di Jakarta. Lahirnya organisasi PPNI ini merupakan suatu hal untuk langkah

maju dalam perkembangan keperawatan. Banyaknya rumah sakit terkhusus rumah sakit besar sangat diminati oleh Lulusan akademi keperawatan

c) Tahun 1983 – sekarang

Sejak adanya kesepakatan pada lokakarya nasional (januari 1983) tentang pengakuan dan diterimanya keperawatan sebagai suatu profesi dan pendidikannya berada pada pendidikan tinggi, terjadi perubahan mendasar dalam pandangan tentang pendidikan keperawatan. Pendidikan keperawatan bukan lagi menekankan pada penguasaan keterampilan profesional keperawatan disertai dengan landasan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Tahun 1983 merupakan tahun kebangkitan profesi keperawatan di Indonesia, sebagai perwujudan lokakarya tersebut di atas pada tahun 1984 diberlakukan kurikulum nasional untuk diploma III keperawatan. Januari 1983 diadakan Lokakarya nasional keperawatan I dengan yang menghasilkan :

- Peranan Independen dan Interdependen yang lebih terintegrasi dalam pelayanan kesehatan;
- Program gelar dalam pendidikan keperawatan;
- Pengakuan terhadap keperawatan sebagai suatu profesi yang mempunyai identitas professional berotonomi, berkeahlian, mempunyai hak untuk mengawasi praktik keperawatan dan pendidikan keperawatan.

Dari sinilah awal pengembangan profesi keperawatan Indonesia, yang sampai saat ini masih perlu perjuangan karena keperawatan di Indonesia sudah diakui sebagai suatu profesi maka pelayanan atau asuhan keperawatan yang diberikan harus

didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Hal ini sejalan dengan tuntutan UU no. 23 tahun 1992 tentang kesehatan terutama pada pasal 32 yang berbunyi :

Ayat 3 : Pengobatan dan atau perawat dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggungjawabkan.

Ayat 4 : Pelaksanaan pengobatan dan atau perawat berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu.

Tahun 1985 dibukanya program studi ilmu keperawatan pada fakultas kedokteran Universitas Indonesia dan kurikulum pendidikan tenaga keperawatan jenjang S1 juga telah disahkan.

Tahun 1992 sangat penting bagi profesi keperawatan, karena secara hukum keberadaan tenaga keperawatan sebagai salah satu profesi diakui dalam undang - undang yaitu undang - undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan dan peraturan pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan sebagai penjabarannya.

Dibuka kembali Program Studi Ilmu keperawatan di Indonesia tahun 1995, yaitu di Universitas Padjajaran Bandung dan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia berubah menjadi Fakultas Keperawatan.

Tahun 1998 juga dibuka kembali program S2 keperawatan yang ketiga yaitu Program Studi Ilmu Keperawatan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Kurikulum Ners disahkan, digunakan kurikulum ini merupakan hasil pembaharuan kurikulum S1 keperawatan tahun 1985.

Tahun 1999 program S1 kembali dibuka yaitu program studi ilmu keperawatan (PSIK) di Universitas Airlangga Surabaya, PSIK di Universitas Brawijaya Malang, PSIK di Universitas Hasanudin Ujung Pandang, PSIK di Universitas Sumatera Utara, PSIK di Universitas Diponegoro Jawa Tengah, PSIK di Universitas Andalas dan dengan SK Mendikbud No.129/D/0/1999 dibuka juga Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIK) di St.Carolus Jakarta. Dan pada tahun ini juga (1999) kurikulum DIII keperawatan telah selesai diperbaharui dan mulai disosialisasikan serta diberlakukan secara nasional.

SK Menkes No.647 tahun 2000 tentang registrasi dan praktik perawat sebagai regulasi praktik keperawatan sekaligus kekuatan hukum bagi tenaga perawat dalam menjalankan praktik keperawatan secara profesional.

4.3 Profil Perawat Indonesia (Dampak Perkembangan Sejarah)

Profil perawat Indonesia dan perkembangan sejarah keperawatan sangat dipengaruhi oleh sejarah perjuangan kemerdekaan Indonesia. Perkembangan masa sekarang dipengaruhi oleh sejarah pada masa sebelumnya. Diterapkannya system hegemoni/mendominasi oleh bangsa Eropa pada saat menjajah bangsa Indonesia berdampak besar pada seluruh aspek kehidupan termasuk dalam profesi perawat.

Posisi Indonesia sebagai negara yang pernah terjajah menyebabkan kita selalu berada pada kondisi yang tertekan, lemah, dan tidak berdaya. Masyarakat sering kali mengikuti kemauan penjajah. Peristiwa ini terus-menerus berlanjut dalam waktu yang cukup lama sehingga terbentuk suatu gaya kultural. Dimana Kultur didalamnya mencakup beberapa hal baik pola

perilaku, pola pikir, dan pola bertindak. Formasi kultural inilah yang terus terpelihara dari generasi ke generasi sehingga menjadi sesuatu yang superorganik.

Sejarah keperawatan di Indonesia tidak lepas dari pengaruh penjajahan bangsa asing. Contoh nyata terkait konsep hegemoni (konsep dominasi kekuasaan) dimana masyarakat ternyata masih menganggap perawat sebagai pembantu profesi kesehatan lain dalam hal ini profesi dokter. Terkait hal tersebut dijelaskan diawal bahwa perawat memang awalnya direkrut dari Boemi Putera yang tidak lain adalah kaum terjajah, sedangkan dokter ternyata didatangkan dari negara Belanda, karena saat itu di Indonesia belum ada sekolah kedokteran. Perawat pada saat itu berada dalam kekuasaan dokter belanda (penjajah) secara terus-menerus. Hal ini menyebabkan perawat berada pada posisi yang termarginalkan/minor. Keadaan ini berlangsung sangat lama (berabad-abad) sehingga terbentuk cultural pada tubuh perawat itu sendiri. Posisi perawat yang selalu tunduk dan patuh mengikuti segala keinginan penjajah, semakin lama menjadi bagian dari karakter pribadi perawat. Sehingga timbul stigma pada masyarakat yang menyebut perawat sebagai pembantu dari dokter. Karena adanya stigma tersebut, peran dan posisi perawat dimasyarakat ternyata semakin tidak menguntungkan. Secara umum kondisi ini telah membentuk karakter dalam diri perawat yang pada akhirnya berpengaruh pada profesi keperawatan. Tidak adanya kejelasan tentang wewenang/ruang lingkup sebagai sosok tenaga kesehatan khususnya perawat. Dalam hal ini tujuan dari tugas perawat bukan untuk membantu pasien dalam mencapai derajat kesehatan tetapi membantu pekerjaan dokter. Perawat tidaklah diakui sebagai suatu profesi, tetapi pekerjaan dibidang kesehatan yang aktivitasnya bukan didasarkan atas ilmu yang diperoleh, tetapi atas perintah/instruksi dokter, hanya sebuah rutinitas belaka. Pada akhirnya akan timbul sikap ma-nut perawat terhadap dokter.

Adanya kekeliruan dari perawat sebagai dampak lain dari berkembangnya perilaku professional. Ada beberapa perawat yang mengelolah praktik pengobatan yang sebenarnya merupakan kewenangan dokter. Kejadian tersebut sering kali ditemui di dalam masyarakat. Kesenjangan ini terjadi karena seringkali perawat diposisikan sebagai pembantu dokter. Akibatnya, perawat terbiasa bekerja layaknya seorang dokter, padahal dilihat dari lingkup kewenangannya kedua profesi ini berbeda.

Kondisi ini sangat dapat membentuk paradigma bahwa perawat merupakan bagian dari dokter. Dengan demikian, dokter berhak mengendalikan/mengontrol aktivitas perawat terhadap klien. Perawat menjadi perpanjangan tangan dokter dan berada pada posisi submisif. Kondisi seperti ini sering kali ditemui dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Belum berfungsinya system kolaborasi dokter dan perawat yang benar menjadi salah satu penyebabnya.

Terhambatnya upaya pengembangan keperawatan menjadi profesi kesehatan yang lebih professional bisajadi merupakan dampak fenomenal yang masih terus berlangsung hingga saat ini. Seperti kita ketahui, kultur yang sudah terinternalisasi akan sulit untuk diubah. Dibutuhkan persamaan persepsi baik prinsip dan cita-cita antar sesama perawat serta kemauan profesi lain untuk dapat menerima dan mengakui perawat sebagai sebuah profesi kesehatan yang profesional. Tentunya dengan harapan adanya pengakuan ini bukan sekedar wacana lagi, tetapi harus terealisasikan dalam kehidupan profesional.

Jika dicermati lebih dalam lagi, sebenarnya hal yang berlaku justru sebaliknya. Dokter seharusnya merupakan bagian dari perawatan klien. Kita tahu bersama bahwa perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering dan paling lama berinteraksi dengan klien. Asuhan keperawatan /askep yang diberikan pun sepanjang rentang sehat-sakit. Hal yang sama juga berlaku untuk keputusan memulangkan klien. Klien baru boleh pulang setelah

perawat menyatakan kondisinya memungkinkan untuk dipulangkan. Meskipun semua program terapi telah dianggap selesai, tetapi untuk perawatan harus tetap berlanjut dikarenakan ruang lingkup keperawatan tidak hanya pada saat klien/pasien sakit tetapi juga pada saat kondisi klien sehat.

Selain itu, sistem pelayanan kesehatan terus berkembang menjadi semakin kompleks dan rentang pengetahuan serta kemampuan yang diperlukan oleh perawat menjadi semakin bervariasi. Perkembangan praktik keperawatan juga semakin memperluas otonomi perawat yang memposisikan perawat menghadapi situasi-situasi klinis yang memerlukan pengambilan keputusan, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien (individu, keluarga, dan komunitas). Kondisi ini mengharuskan perawat meningkatkan kemampuan pengambilan keputusan klinisnya agar dapat membuat keputusan dengan tepat.

4.4 Perkembangan Keperawatan Terkait Undang-Undang Keperawatan No.38 2014

Dalam mewujudkan Undang - Undang Keperawatan yang telah dirintis dari awal tahun 90 -an dimana pada saat itu sudah bekerjasama dengan Konsultan WHO dan Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan sehingga pada saat itu terbentuk final draf Undang - Undang Keperawatan. Pada tahun 1995 dengan nomor urut 160 yang sepatutnya dapat diundangkan pada periode 2004 – 2009 melalui Departemen Kesehatan Republik Indonesia Undang-Undang Keperawatan telah dimasukkan oleh Prolegnas (Program Legislasi Nasional) kepada DPR RI.

Dengan adanya Gerakan Nasional 12 Mei 2008 yang di usung oleh Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PP PPNI) memohon kepada pemerintah dan dewan perwakilan rakyat untuk mengundang-undangkan RUU Keperawatan melalui inisiatif DPR paling lambat tahun 2009. *Mutual Recognition Arrange*

(MRA) tanggal 1 Januari 2010 dimana perawat asing sudah bebas masuk ke Indonesia, sementara tuan rumah (Indonesia) pada saat itu belum memiliki pengaturan hukum yang dapat melindungi masyarakat dan perawat Indonesia itu sendiri. Pada akhirnya, hari yang bersejarah bagi perawat Indonesia jatuh pada hari Kamis tanggal 25 September 2014. Pada hari itu Sidang Paripurna DPR RI mengetukkan palu sebagai tanda pengesahan Undang - Undang Keperawatan yang mana Undang - Undang tersebut memuat 13 BAB 66 Pasal. Dengan ditetapkannya Undang - Undang Keperawatan No.38 Tahun 2014, sangat diharapkan akan melindungi masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan dan lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Perawat itu sendiri.

Dikatakan perawat apabila seseorang yang telah lulus dalam pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah/kementrian pendidikan, kebudayaan, riset dan teknologi sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang - undangan yang berlaku di Indonesia. Pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan disebut dengan praktik keperawatan. Kegiatan pemberian asuhan keperawatan baik kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat merupakan hal yang dimaksud dalam undang - undang keperawatan. Pada dasarnya pelayanan keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan dari ilmu dan kiat-kiat keperawatan terkhusus ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Budiono, 2016. *Bahan Ajar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Fhirawati, d., 2020. *Konsep Dasar Keperawatan*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Indonesia, P., 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- Komarudin, 2018. Pendidikan Keperawatan Berkelanjutan Dalam Pencapaian Sustainability Profesionalisme Keperawatan. *Jurnal Pendidikan IPTEKS*, 3(2), pp. 139-151.
- Puji, L., 2014. Harapan Atas Profesi Keperawatan di Indonesia. *Kajian*, 19(1), pp. 51-67.
- Viya, F. D., 2017. *Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Anak Hebat Indonesia.
- Yuningsih, R., 2022. Dampak Mutual Recognition Arrangement (MRA) On Nursing Services Terhadap Profesi Perawat Indonesia. *Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI* , 16 juni, pp. 179-190.

BAB 5

SEJARAH KEPERAWATAN DI DUNIA

Oleh Dewi Kartika Wulandari

Sejarah adalah suatu peristiwa yang telah terjadi sebelumnya, baik peristiwa yang indah maupun peristiwa yang tidak baik bagi orang-orang yang secara langsung terlibat atau langsung melakukan kegiatan peristiwa tersebut. Sejarah keperawatan adalah latar belakang sejarah peningkatan ilmu keperawatan, suatu panggilan yang memusatkan perhatian dan menjaga dengan atau benar-benar berfokus pada kepuasan pribadi. Perkembangan keperawatan dimulai pertama kali sejak manusia diciptakan (*people exist*) dimana pada dasarnya manusia diciptakan memiliki fitrah untuk benar-benar fokus pada diri sendiri sebagai mana tercermin pada seorang ibu. Dorongan langsung untuk menjaga kesehatan untuk situasi ini adalah untuk menyusui anaknya sehingga harapan dalam peningkatan awal keperawatan, perawat harus memiliki sifat keibuan (*Mother sense*) (Leniwita and Anggraini, 2019).

5.1 Sejarah Keperawatan dari Zaman Ke Zaman

Menurut (Irwanto, 2019) Sesuai kenyataan, latar belakang sejarah keperawatan di Indonesia sangat dipengaruhi oleh ekspansionisme pada masa peziarah Belanda. Pada awalnya perawat selama ekspansionisme disebut *verplegers*. Saat menyelesaikan kewajibannya, perawat ini dibantu oleh penjaga individu yang lemah yang disebut *zieken oppaser*. Perawat medis ini awalnya bertugas di Klinik Binnen Jakarta pada tahun 1779.

Namun, beberapa waktu sebelumnya, Indonesia telah mengenal keperawatan sejak zaman kerajaan.

5.1.1 Primitive Culture (Zaman Purbakala)

Pada periode ini, keperawatan benar-benar fokus untuk merawat diri sendiri (Naluri Ibu). Dimana perawat medis harus memiliki dorongan keibuan dalam fokus pada yang sakit. Kemudian dari *Mother Instinc*, berpindah ke periode Animisme, khususnya memiliki keyakinan akan kehadiran kekuatan dunia lain yang dapat mempengaruhi keberadaan manusia. Pada zaman animisme, para perawat melakukan kebiasaan ritual dengan kelompok khusus untuk memulihkan yang lemah atau sakit.

5.1.2 Zaman Keagamaan

Latar belakang sejarah keperawatan di masa-masa sulit, menerima bahwa penyakit seseorang terjadi karena pelanggaran yang telah dilakukan. Selain menggunakan rempah-rempah penyembuh dari tumbuh-tumbuhan, biasanya tabib juga melakukan ibadah untuk memohon rahmat Tuhan atas kesalahan yang telah dilakukan oleh orang yang lemah atau sakit. Latar belakang sejarah keperawatan memiliki cerita yang menarik kadang-kadang untuk lebih dikonsentrasikan lebih banyak lagi dan mendalam. Ilmu keperawatan dan kesehatan telah menjadi ilmu yang paling bermanfaat selama ini karena fakta menyangkut realitas mencakup keberadaan banyak orang.

5.1.3. Zaman Masehi

Kemudian memasuki masa masehi, ilmu keperawatan dibentuk menjadi sebuah asosiasi yang disebut Diakones, yang merupakan asosiasi wanita yang bermaksud mengunjungi yang lemah atau sakit sementara perawat pria fokus pada orang yang meninggal. Selama pemerintahan Lordd-Constantinee, ada hospes atau xenodhoecim sebagai rumah penampungan bagi orang-orang

yang membutuhkan bantuan sampai akhirnya sebuah klinik atau rumah sakit yang disebut klinik atau rumah sakit Monastic didirikan di Roma.

5.1.4 Pertengahan abad VII Masehi

Masa dimana ilmu keperawatan terbentang hingga ke Asia Barat Daya, khususnya Timur Tengah. Seiring dengan kemajuan agama Islam yang disebarkan oleh Nabi Muhammad SAW, secara bertahap mempengaruhi disiplin ilmu, termasuk keperawatan. Juga, muncul dalam abad ketujuh, beberapa ilmu berkembang pesat di jazirah arab seperti ilmu pengetahuan, kebersihan, ilmu pasti, pengobatan dengan standar penting kesehatan. Rufaidah Binti Sa'ad Al-Ansari-lah yang menjadi pelopor ilmu keperawatan masa kini dan bahkan dikenal sebagai master pengobatan pada masanya.

5.1.5 Permulaan abad XVI

Abad keenam belas membawa perubahan yang luar biasa dengan alasan bahwa konstruksi dan arah masyarakat berubah menjadi kebutuhan untuk mengatur satu sama lain. Banyak konflik, pertempuran untuk kekayaan, kapel dan tempat-tempat ibadah ditutup. Juga, konsekuensi yang merugikan, jelas, adalah bahwa jumlah petugas medis berkurang secara drastis. Namun karena berbagai konflik, salah satunya adalah perang salib, akhirnya banyak orang yang mampu menjadi tenaga medis secara sukarela yang terdiri dari wanita dan pria yang mengisi sebagai perawat sukarela dan selanjutnya menjadi pekerja kesehatan.

5.2 Sejarah Perkembangan Keperawatan Zaman Dahulu

Menurut (Budiono, 2016) Latar belakang sejarah perkembangan keperawatan telah mengalami perubahan yang sangat cepat seiring dengan kemajuan kebutuhan manusia. Bagian-bagian yang berbeda dari kejadian dapat mempengaruhi

pergantian peristiwa dan praktik keperawatan yang sebenarnya, seperti pekerjaan dan mentalitas, status wanita, kualitas dan keyakinan yang kuat, perang dan administrasi dalam keperawatan berwawasan masa depan. Unsur-unsur yang berbeda mempengaruhi kemajuan pengobatan di masa lalu.

5.2.1 Peran dan Sikap Masyarakat

Pekerjaan dan perspektif masyarakat secara signifikan mempengaruhi kemajuan sejarah keperawatan. Sebelum abad kesembilan belas, keperawatan belum mendapat kehormatan dalam kerangka berpikir masyarakat dan masih mengintip ke bawah dalam hal kesejahteraan ekonomi. Pekerjaan perawat umumnya diselesaikan oleh wanita sebagai kewajiban untuk benar-benar fokus dan memberikan kasih sayang kepada keluarga atau anak-anaknya. Petugas di klinik medis pada masa ini sangat kurang informasi, umumnya diselesaikan oleh budak dan tahanan yang harus menyelesaikan pekerjaan keperawatan. Satu lagi gambaran yang muncul dalam kurun waktu yang lama ini, ketika dibuat oleh tenaga medis yang dikerjakan oleh wanita, pembantu hanya dianggap sebagai barang seks dan pengganti ibu.

Tepat pada waktunya hingga akhir abad kesembilan belas, seiring dengan munculnya tokoh-tokoh di bidang keperawatan, misalnya Florence Nightingale, keperawatannya mulai dihargai dan dibuat oleh para perawat medis dipandang sebagai posisi awal, sebuah tugas sarat dengan simpati, etika dan sarat dengan dedikasi dan kemurahan hati.

5.2.2. Perang

Sejarah mencatat efek pertempuran pada kemajuan sejarah keperawatan. Yang luar biasa antara konflik ketat yaitu perang agama yang dikenal dengan istilah perang salib. Perang ini membawa banyak penderitaan bagi individu, terluka dan terbunuh, kelaparan, berbagai penyakit, dan lain-lain. Untuk mengatasi

keadaan tersebut, berbagai klinik mulai didirikan untuk memberikan pertolongan dan pengobatan kepada korban perang. Akhirnya, studi tentang pengobatan terus berkembang. Meskipun demikian, pusat pembelajaran yang terkenal untuk studi pengobatan dan perawatan yang awalnya ada di negara-negara Islam kini telah pindah ke negara-negara Barat.

5.2.3. Pemimpin dalam Keperawatan

Dampak perkembangan zaman, mempengaruhi peningkatan dalam ranah ilmu kesehatan atau ilmu keperawatan. Klinik Gawat Darurat yang semula dilakukan oleh Jemaah gereja, kini telah diambil alih oleh masyarakat biasa. Selama periode ini, seorang tokoh keperawatan yang sangat terkenal muncul, khususnya Florence Nightingale (1820-1910). Dia mengemukakan model praktik asuhan keperawatan yang menyatakan bahwa penyakit individu disebabkan oleh lingkungan. Selanjutnya, praktik keperawatan menggarisbawahi perubahan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan.

Florence Nightingale berpendapat bahwa untuk bekerja pada kemampuan perawat medis, harus ada sekolah untuk mengajar perawat medis, dia berpandangan bahwa dalam menciptakan keperawatan penting untuk merencanakan pelatihan untuk petugas medis, pengaturan jam kerja petugas medis dan berpikir tentang perspektif petugas. Pekerjaan Florence adalah untuk menyusun konstruksi fundamental dalam pelatihan pengasuhan, termasuk membangun sekolah perawat, tujuan pelatihan keperawatan dan meletakkan informasi yang harus dimiliki oleh perawat medis yang akan datang. Florence dalam memelopori keperawatan dimulai dengan membantu para korban perang krim dalam pertempuran (1854 - 1856) antara Roma dan Turki yang dirawat di barak klinik medis (*scutori*) yang akhirnya mendirikan klinik darurat dengan nama Klinik Medis Thomas di London dan selanjutnya mendirikan sekolah

keperawatan yang disebut Sekolah Keperawatan Nightingale (*Nightingale Nursing School*).

5.3 Sejarah Perkembangan Keperawatan di Dunia

Menurut (Budiono, 2016) Latar belakang sejarah perkembangan keperawatan di dunia ini, dilatarbelakangi oleh lahirnya seorang tokoh keperawatan yang sangat terkenal hingga saat ini yang telah mengubah pemikiran penalaran yang berdampak pada praktik keperawatan. Hal ini menyerupai penyesuaian luasnya rencana administrasi keperawatan, prinsip praktik keperawatan hingga munculnya regulasi praktik keperawatan.

Perkembangan keperawatan di daratan Asia, khususnya di Timur Tengah di negara Arab, kemajuan keperawatan mulai berkembang sekitar tujuh ratus tahun atau abad ke tujuh bersamaan dengan lahirnya agama Islam di tengah-tengah bangsa arab. Pergantian peristiwa dan penyebaran Islam diikuti oleh kemajuan ilmu pengetahuan seperti ilmu tajwid, ilmu pengetahuan, kesehatan dan pengobatan. Memang, bahkan dalam kitab suci Islam, khususnya Al-Quran, itu berisi pentingnya menjaga kebersihan individu, makanan dan lingkungan di sekitar tempat tinggal. Saat ini, muncul seorang tokoh Islam dalam keperawatan yang dikenal dengan nama **Rufaidah**.

Kemajuan perawatan dan pengobatan di Cina atau Tiongkok, Negara Tiongkok telah mengetahui penyakit kelamin termasuk gonore dan sifilis. Orang-orang tertentu yang terkenal dalam pengobatan, misalnya, **Seng Lung** dikenal sebagai "Bapak Pengobatan", yang merupakan ahli pengobatan dalam dan telah menggunakan obat-obatan dari tumbuhan dan mineral (garam). Pepatah populernya adalah melihat, mendengar, bertanya, dan merasakan. **Chang Chung Ching** telah melakukan pompa perut atau *lavement* menggunakan bambu.

Perkembangan keperawatan di daratan Eropa, beberapa tokoh keperawatan yang berperan signifikan dalam mengubah latar belakang sejarah kemajuan keperawatan, salah satunya tampak sosok "Florence Nightingale" dalam keperawatan jelas berdampak pada peningkatan keperawatan di Eropa, khususnya di Britania. Karena kerja kerasnya yang luar biasa, pertempuran dan pengabdian di bidang keperawatan dan keinginan untuk mendorong keperawatan, terutama untuk korban pertempuran, selama perang salib yang terjadi di tanjung Krimea, dia diberi gelar "Wanita dengan Cahaya " atau **Lady with the Lamp** oleh prajurit korban perang. Akhirnya, di Inggris terjadi kemajuan pesat dalam bidang keperawatan, termasuk pengembangan sekolah keperawatan dan pendirian perhimpunan perawat nasional inggris (*British Nurse Association*) oleh Erenwick pada tahun 1887. Afiliasi ini berencana untuk bergabung dengan perawat di seluruh Inggris. Kemudian, pada saat itu, pada 1 Juli 1899, Erenwick juga mendirikan sebuah organisasi bernama *International Council Of Nurses* (ICN).

Setelah itu, keperawatan terus berkembang pesat. Kondisi ini mendorong munculnya tokoh-tokoh penting dalam keperawatan.

1. Florence Nightingale (1820-1910)



Gambar 5.1 Florence nightingale

Florence Nightingale berasal dari keluarga kaya dan cerdas, dia merasa terpanggil untuk membantu sesama dan bekerja pada bidang medis. Ia memilih menjadi perawat medis meski mendapat penolakan dari keluarganya karena dianggap

melanggar norma dan adat istiadat keluarga terhormat Inggris. Karena ketekunan dan komitmennya di bidang perawatan, terutama selama perang salib di Daratan Krimea, dia diberi gelar "Wanita dengan cahaya" atau "Lady with the lamp".

2. Lilian Wald (1867 – 1940)



Gambar 5.2 Lilian Wald

Lilian dan Mary Brewster memberikan pelayanan keperawatan yang disiapkan kepada orang miskin di New York, keduanya memberikan pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, dan latihan instruktif dan sosial yang terkoordinasi, dan mendirikan sekolah perawat serta kunjungan ke rumah-rumah.

3. Margaret Higgins Sanger (1870 – 1966)



Gambar 5.3 Margaret Higgins Sanger

Margaret Higgins Sanger Atau disebut Sanger adalah perawat kesehatan masyarakat di New York, memberikan manfaat untuk layanan kesehatan wanita. Ia dipandang sebagai pelopor di balik *Family Arranging* atau keluarga berencana karena

keterlibatannya dalam menangani sejumlah besar kehamilan yang tidak diinginkan, terutama pada orang miskin yang berfungsi dan sangat mendukung dalam mengatasi masalah tersebut.

4. Hildegard E. Peplau(1952)



Gambar 5.4 Hildegard E. Peplau

Hildegard E. Peplau menggarisbawahi bahwa hubungan manusia-ke-manusia adalah alasan perawat untuk memeriksa siklus hubungan dengan pasien.

5. Ida Jean Orlando (1961)



Gambar 5.5 Ida Jean Orlando

Ida Jean Orlando menekankan bahwa rencana keperawatan yaitu untuk menjawab perilaku pasien dalam memenuhi kebutuhannya dengan segera.

6. Virginia Handerson (1966)



Gambar 5.6 Virginia Handerson

Virginia Handerson menekankan bahwa petugas medis atau perawat hanya membantu pasien dalam melakukan hal-hal yang tidak dapat mereka lakukan sendiri sehingga kebebasan atau kemandirian pasien meningkat.

7. Sister Calista Roy (1970)



Gambar 5.7 Sister Calista Roy

Sister Calista Roy menekankan bahwa tugas perawat medis adalah memberikan kemudahan kepada pasien untuk mendorong kapasitas perubahan diri pasien.

8. Martha E. Roger (1970)



Gambar 5.8 Martha E. Roger

Martha E. Roger menggarisbawahi bahwa manusia memiliki karakteristik alami yang tidak dapat dipisahkan dari lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiono. 2016. *Konsep Dasar Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Irwanto, D. 2019. *Sejarah Keperawatan di Dunia*. Semarang.
- Leniwita, H. and Anggraini, Y. 2019. *Modul Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

BAB 6

FALSAFAH KEPERAWATAN

Oleh Wibowo Hanafi Ari Susanto

6.1 Pendahuluan

Keperawatan di Indonesia saat ini mengalami perkembangan yang cukup pesat. Perkembangan tersebut ditunjang dengan adanya visi misi kedepan terhadap praktik keperawatan yang berorientasi pada *consumer minded*. Dalam era tersebut, inovasi dalam bidang keperawatan sangat diperlukan. Namun demikian dalam melakukan inovasi dalam implementasi pelayanan harus berdasar pada falsafah atau nilai-nilai yang dianut dalam bidang ilmu keperawatan (Lestari, 2014).

Adapun perkembangan nilai-nilai yang dianut dalam sistem profesionalisme keperawatan sangat berdasar pada pemahaman terhadap isi dari falsafah keperawatan. Oleh karena itu, penjabaran terhadap konsep ini sangatlah penting.

6.2 Konsep Falsafah Keperawatan

Falsafah keperawatan merupakan nilai-nilai yang diyakini oleh seorang perawat dan kemudian dijadikan landasan serta pedoman dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas baik bagi perseorangan, keluarga serta masyarakat (Sadiq, Wahid and Hafifah, 2019). Dalam ilmu falsafah, individu dipandang sebagai satu kesatuan yang kompleks dengan berbagai aspek yang dimiliki seperti biologis, sosial, psikologis, kultural serta spiritual. Adanya kegagalan dalam pemenuhan salah satu dari aspek tersebut akan dapat mempengaruhi aspek yang lain. Hal tersebut diperkuat dengan adanya konsep keperawatan *holistic*

merupakan keadaan sehat secara fisik, kesejahteraan sosial serta sehat mental (Ulfah and Sulisno, 2012).

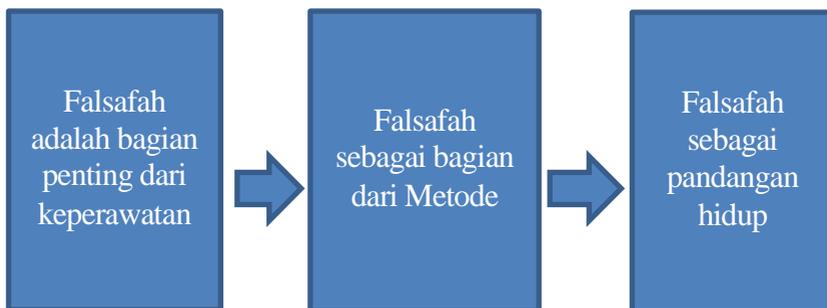
6.3 Esensi dan Komponen Falsafah Keperawatan

Adapun esensi dari falsafah keperawatan terdiri dari beberapa komponen sebagai berikut (Risnah and Irwan, 2021):

- a) Pasien adalah individu yang *holistic* dan harus dipenuhi segera semua kebutuhannya baik kebutuhan psikologis, biologis, spiritual serta sosio-kultural yang pemberiannya tidak bergantung dengan hanya mempertimbangkan satu pihak saja serta diusahakan untuk dipenuhi untuk semua aspek
- b) Berbagai bentuk *nursing care* atau pelayanan keperawatan layaknya harus diberikan langsung (*direct*) serta dengan mempertimbangkan aspek *humanity* (kemanusiaan)
- c) Setiap individu berhak mendapatkan perawatan yang paripurna tanpa melihat asal budaya, suku, agama, adat istiadat serta status sosial ekonomi
- d) Pemberian asuhan keperawatan adalah bagian integral atau utama dalam sistem pelayanan kesehatan yang *holistic* bukan berdiri sendiri
- e) Pasien dapat dipandang sebagai mitra yang secara aktif terlibat dalam pelayanan kesehatan dan bukan hanya sebagai penerima pelayanan yang bersifat pasif.

6.4 Kerangka Konseptual Falsafah Keperawatan

Falsafah keperawatan terdiri dari beberapa kriteria inti yang berisikan metode, isi serta persepsi atau pandangan hidup. Adapun beberapa kerangka konseptual penjabaran falsafah keperawatan dapat dilihat sebagai berikut menurut Bruce et al, 2014 dalam (Lestari and Ramadhaniyati, 2021):



Gambar 6.1 Kerangka Konsep Falsafah
(Lestari and Ramadhaniyati, 2021)

Adapun penjabarannya sebagai berikut:

a) Falsafah adalah bagian penting dari keperawatan

Falsafah dapat dijadikan sebagai instrument dalam melakukan identifikasi berbagai fenomena dalam suatu bidang ilmu. Contohnya adalah perawat dalam melakukan tahapan pengkajian keperawatan mengkaji bagian keperawatan, lingkungan, pasien, kondisi sehat sakit, melakukan validasi pengetahuan, perkembangan dalam bidangan keperawatan, etika keperawatan serta *nursing practice*.

Pada konsep ini falsafah dapat dijadikan dasar dan bagian dari ilmu keperawatan yang terkait dalam munculnya fenomena dalam profesi serta keilmuan dalam lingkup manusia, kondisi sehat sakit serta lingkungan. Praktek keperawatan pada dasarnya terdiri dari berbagai pemikiran filosofis yang berisikan definisi dan konsep keperawatan, serta bagaimana implemntasi keperawatan yang benar. Falsafah dapat bermanfaat dalam semua segi praktek keperawatan (Budiono, 2016).

b) Falsafah sebagai bagian dari metode

Falsafah dapat dijadikan dasar dalam mengkaji berbagai pengalaman serta keragaman. Adapun contohnya adalah falsafah dapat menggali berbagai kemungkinan, kritik, berbagai analisis, asumsi, tantangan, nilai serta jenis kepercayaan individu.

Terkait dengan falsafah sebagai metode dapat dijadikan sebagai alat bantu dalam melakukan proses analisis, kritik, menanggapi berbagai tantangan, serta merespon berbagai situasi situasional terkait dalam mengutamakan *patient safety* serta etika dalam praktik keperawatan. Falsafah dapat dijadikan pedoman dalam mengembangkan kapasitas atau kualitas diri perawat dengan menjunjung tinggi etika dan moral. Falsafah dapat digunakan dalam eksplorasi dengan memunculkan berbagai pertanyaan seperti apakah ada prinsip, batasan serta strategi dalam membangun hubungan antara perawat dengan pasiennya? Apakah ada batasan dalam implementasinya? Bagaimana kiat dalam mengembangkan hubungan terapeutik yang baik antar perawat dan klien?

Dengan mengembangkan berbagai jenis pertanyaan analitis tersebut diharapkan seorang perawat dapat meningkatkan kemampuan dirinya dalam berfikir kritis sehingga memunculkan ide baru dalam pengembangan keperawatan (Aeni, Winani and Sutioso, 2019).

c) Falsafah sebagai pandangan hidup

Falsafah dapat dijadikan sebagai alat transformasi yang akan mengubah manusia menjadi manusia yang lebih bijaksana. Adapun contohnya adalah falsafah dapat menjadi acuan dalam mengembangkan teori, praktik serta profesional dalam keperawatan (Budiono, 2016).

Perawat dapat mewujudkan falsafah sebagai pandangan hidup dalam setiap aspek tindakan keperawatan yang meliputi pengembangan etika, pengetahuan beserta aspek lainnya. Sehingga keperawatan dapat dijadikan dalam mengembangkan sikap dan jiwa profesionalisme seorang perawat.

Adapun berdasarkan Teori Roy, terdapat dalam 8 elemen dalam praktek keperawatan, 4 diantaranya adalah bagian dari prinsip *humanisme* dan 4 lainnya merupakan bagian dari prinsip atau aspek *veritivity*. Karakteristik Falsafah humanisme adalah dasar dalam mengenali sifat manusia, memahami sisi subjektif dalam manusia, serta mendalami pengalamannya sebagai pusat rasa penasaran dan ingin tahu yang tinggi namun tetap dengan saling menghargai (Rofli, 2021).

Adapun beberapa komponen aspek falsafah humanisme adalah:

- Saling memberikan kontribusi dan berbagi dalam memunculkan berbagai ide kreatif dalam menghadapi berbagai masalah dan memunculkan solusi
- Mampu bersikap dan bertingkah laku yang baik dalam menggapai tujuan serta memunahi berbagai komponen reaksi-reaksi
- Menanamkan komponen *intrisik humanisme*
- Mampu meningkatkan integritas serta memahami berbagai kebutuhan dalam menjalin interaksi dengan orang lain

Sedangkan *verativity* dapat disimpulkan sebagai bentuk yang absolut kebenarannya. Konsep ini adalah prinsip dasar alamiah manusia yang dapat berfokus pada tujuan umum dalam keberadaannya sebagai manusia.

Adapun komponen *verativity* diantaranya adalah (Rofli, 2021):

- Tujuan dalam keberadaan (eksistensi manusia)
- Penggabungan berbagai tujuan serta peradaban kehidupan manusia
- Melakukan berbagai aktifitas dan jenis kebaikan tertentu sebagai manusia
- Beserta pengembangan nilai dan makna kehidupan

6.5 Hubungan Antara Konsep Falsafah Dengan Konsep Paradigma Keperawatan

Falsafah merupakan kerangka disiplin ilmu yang memiliki hubungan dengan aspek *epistemic*, *ontologis*, etika dengan *logika*. Adapun beberapa pertimbangan aspek tersebut berdasarkan aspek filsafat ilmu yang dapat menggambarkan sifat, ruang lingkup, serta tujuan akhir bidang keperawatan (Aeni, Winani and Sutioso, 2019). Pelaksanaan praktek keperawatan kontemporer dihadapkan pada berbagai isu realitas yang membangun paradigma keperawatan. Isu tersebut berkisar pada pengetahuan, perdebatan etika serta konsep implemetasi keperawatan di rencanakan serta diaktualisasikan dengan baik (Saputri, 2019).

Falsafah, filsafat serta paradigma dapat dijadikan konsep dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan. Berdasarkan konsep ini perawat dipacu dalam melakukan telaah kritis mengenai pengetahuan, argumentasi serta implementasi keperawatan. Perawat seyogyanya dapat melakukan identifikasi secara komperehensif berbagai aspek dan fenomena yang terjadi dalam masyarakat sebagai penerapan keperawatan sebagai disiplin ilmu dapat terlaksana dengan baik dan bersinergi (Abadiyah and Isnaini, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Abadiyah, R. and Isnaini, N. (2017) 'Human Relation , Bornout Dan Self Efficacy Dengan Kinerja Perawat Di Rs Muhammadiyah Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo', *Sncp*, 1(1), pp. 59–66.
- Aeni, W. N., Winani, W. and Sutioso, H. (2019) 'Perilaku Caring Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan di Salah Satu RS di Kabupaten Indramayu', *Jurnal Keperawatan Profesional*, 7(2), pp. 110–131. doi: 10.33650/jkp.v7i2.604.
- Budiono (2016) 'konsep dasar keperawatan', *kementrian kesehatan republik indonesia*. doi: 10.1016/j.geb.2007.09.001.
- Lestari, L. and Ramadhaniyati (2021) 'Falsafah Dan Teori Keperawatan', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., pp. 2013–2015.
- Lestari, T. R. P. (2014) 'Harapan Atas Profesi Keperawatan di indonesia', *Jurnal Keperawatan*, 19(1), pp. 51–67.
- Risnah and Irwan, M. (2021) *Falsafah dan Teori Keperawatan Dalam Integrasi Keilmuan*, Alauddin University Press. Available at: <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/17880/>.
- Rofli, M. (2021) 'Teori dan Falsafah Keperawatan', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 5(2), pp. 40–51.
- Sadiq, K., Wahid, A. and Hafifah, I. (2019) 'Deskripsi Pelaksanaan Pengkajian Keperawatan Holistik Di Igd Rsud Ulin Banjarmasin', *Dunia Keperawatan*, 7(2), p. 82. doi: 10.20527/dk.v7i2.4396.
- Saputri, F. A. (2019) 'Konsep Dasar Proses Keperawatan Dalam Falsafah Dan Paradigma Keperawatan', p. 8.
- Ulfah, S. R. and Sulisno, M. (2012) 'Pengetahuan Perawat Tentang Konsep Keperawatan Holistik', *Jurnal Nursing Studies*, 1, pp. 157–162. Available at: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnursing/article/view/444>.

BAB 7

KONSEP MANUSIA DAN KEBUTUHAN DASAR

Oleh Rentawati Purba

7.1 Pengertian Manusia

Kata manusia diambil dari kata manumens, “manu” berasal dari bahasa sansekerta, dan “mens” berasal dari bahasa latin bermakna suatu ciptaan tuhan yang berpikir, mempunyai akal (bisa mengendalikan ciptaan tuhan lainnya). Manusia bisa didefinisikan sebagai fakta atau konsep, kenyataan atau gagasan, individu atau genus (kelompok).

Manusia ialah ciptaan tuhan yang lebih sempurna dibandingkan makhluk lainnya. Konsep manusia itu beragam. Beberapa orang mengatakan bahwa manusia merupakan hewan cerdas. Dan juga mengklaim bahwa manusia merupakan ciptaan tuhan yang keji dikarenakan tercipta dari tanah. Semua hal tersebut menunjukkan kalau manusia merupakan ciptaan Tuhan yang mempunyai misteri (betapa kompleksnya persoalan manusia), serta manusia pada dasarnya tidak dapat sepenuhnya memahami hakikatnya. Gambaran individu mengenai "manusia" dipengaruhi faktor-faktor, yaitu:

1. **Filosofi hidup pribadi/nasional.** Misalnya, seorang komunis harus memiliki ide yang dipengaruhi oleh filosofi komunis negaranya, tidak percaya pada keberadaan Tuhan. Dengan begitu mestinya tidak sama pada ide NKRI yang menganut dasar Pancasila yakni ketuhanan yang maha Esa
2. **Pengalaman manusia dalam hidup.** Orang yang hidup serta bersosial bersama individu yang baik, ramah, dan santun

tentu mempersepsikan manusia sebagai ciptaan tuhan yang ramah, baik serta santun. Di sisi lain, orang yang memiliki pengalaman buruk bersama individu lain tentu mempersepsikan manusia merupakan ciptaan yang buruk dan kejam.

3. Pemahaman seseorang terhadap diri sendiri. Individu memiliki pemahaman yang begitu sempit tentang dirinya, antara lain karena manusia cenderung berpikir keluar dari diri mereka (contohnya tata surya, kekayaan, atmosfer, dan sebagainya).

Meskipun gambaran individu tersebut bermacam-macam serta saat ini tidak tercapai pengakuan universal, profesi keperawatan memiliki gambaran mengenai manusia yang menilai serta percaya bahwa manusia tersebut adalah ciptaan tuhan yang unik, suatu sistem juga makhlukNya yang utuh. Manusia merupakan makhluk yang sangat kompleks. Kita adalah campuran kehidupan material dan kehidupan spiritual. Dinamika manusia tidak tinggal diam karena manusia selalu mengaktifkan dirinya sebagai dinamika.

Manusia adalah salah satu dari sekian banyak makhluk yang diciptakan oleh Tuhan dan memiliki banyak kelebihan dibandingkan makhluk lainnya. Manusia ialah makhluk yang lengkap serta unik. Selaku ciptaan tuhan yang kompleka, manusia terdiri dari biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Manusia tersusun bagaikan satu kesatuan, unik dan cerdas, dengan karakteristik unik yang muncul dari berbagai budaya. Hal ini unik karena manusia berbeda dari orang lain dan memiliki cara yang berbeda untuk memenuhi kebutuhan mereka. Manusia ada sebagai individu, dan manusia berbeda dengan manusia lainnya dalam satu atau lebih aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

7.1.1 KONSEP MANUSIA

Berdasarkan para pakar :

- **NICOLAUS D. & A. SUDIRJA,**
Manusia itu bermacam ragam namun satu. Bermacam ragam dikarenakan dia merupakan tubuh serta roh tetapi satu dikarenakan tubuh serta roh adalah hal yang sama.
- **Abinino J.I**
Manusia ialah "tubuh yang mempunyai jiwa", bukan "jiwa abadi yang berdiam atau terbungkus di dalam tubuh fana".
- **UPANISADS**
Manusia merupakan kombinasi dari roh (atman), jiwa, pikiran dan unsur-unsur energi atau tubuh.
- **Socrates**
Manusia merupakan makhluk berkaki dua, tidak berbulu dengan kuku rata dan lebar.
- **Kees Bertens**
Manusia merupakan makhluk yang terdiri dari dua unsur, dan kesatuannya tidak disebutkan.
- **I WAYAN WATRA**
Manusia merupakan makhluk yang dinamis dengan dinamika tiga dimensi yaitu karsa, rasa serta cipta.
- **OMAR MOHAMMAD AL-TOUMY AL-SYAIBANY**
Manusia merupakan makhluk yang paling agung, manusia ialah makhluk yang berpikir, manusia itu makhluk dengan tiga dimensi (tubuh, pikiran dan jiwa), dan pertumbuhan manusia dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan.

- ERBE SENTANU
Manusia merupakan makhluk sebaik-baiknya yang diciptakan-Nya. Bahkan dapat dikatakan bahwa dibandingkan dengan ciptaan tuhan lainnya, manusia mempunyai kedudukan yang paling baik dari makhluk lainnya.
- PAULA J. C & JANET W. K
Manusia merupakan ciptaan tuhan yang mempunyai kebebasan menentukan maksudnya dalam konteks konsisten pada pertimbangan yang diambil untuk kehidupan yang berkelanjutan, dan terlibat dalam pengembangan hubungan multidimensi dan model keunggulan dengan kemungkinan (indahf/Carapedia).

Dapat kita simpulkan, manusia merupakan makhluk Tuhan Yang Maha Esa yang mempunyai akal dan budi untuk menciptakan, mengkreasikan, merawat, memperbaiki, memperbaharui, menyempurnakan serta mengembangkan apa yang ada demi kemaslahatan hidup semua orang. .

7.1.2 Konsep Dasar Manusia

Profil manusia dapat dilihat dari dua perspektif, yakni manusia sebagai makhluk holistik serta manusia sebagai sistem.

1. Manusia Sebagai Makhluk Holistik

Keberadaan manusia secara holistik berarti manusia adalah ciptaan tuhan yang kompleks, yaitu tersusun dari bagian, yakni biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Semua bagian tersebut tidak bisa dipisahkan, dan jika salah satunya mengganggu maka akan menjadi ancaman akan bagian tersebut.

- a. Manusia sebagai makhluk biologis, bio berawal dari kata bios berarti hidup. Manusia sebagai makhluk biologis mempunyai karakteristik di antara lain:
- Ini terdiri dari sekelompok organ dengan fungsi yang komprehensif. Demikian, seluruh organ manusia memiliki tugas yang berbeda namun masih berhubungan dengan organ-organ lainnya untuk melaksanakan fungsinya.
 - Bereproduksi yang bermula dari pertemuan sperma pria dan sel telur wanita membuat wanita bisa mengandung, kemudian lahirnya bayi, terus bertumbuh serta berkembang jadi balita, anak-anak, remaja, dewasa, tua, lalu menemui ajalnya.
 - Manusia mempunyai kebutuhan dasar yang wajib terpenuhi supaya bisa bertahan hidup. Kebutuhan dasar yang terpenting yaitu kepercayaan terhadap Sang pencipta, dan kebutuhan biologis yaitu kebutuhan fisik (fisiologis), antara lain: makanan, oksigen, eliminasi, air, dll.
- b. Manusia sebagai Makhluk Psikologis
Psiko berawal dari kata psyche berarti jiwa. Berdasarkan Aristoteles, jiwa yang artinya kekuatan hidup. Oleh karena itu, manusia adalah ciptaan Tuhan yang psikis, berarti manusia ialah ciptaan Tuhan yang mempunyai jiwa. Dikatakan psikologis, manusia memiliki karakteristik yang tidak dipunyai ciptaan Tuhan lainnya. Manusia memiliki keahlian kesadaran, perasaan (hati nurani), dan berpikir. Manusia juga dinamis berarti bisa berubah dari masa ke masa serta melakukan tindakan dengan motif tertentu demi tercapainya suatu tujuan. Berdasarkan Sigmund Freud, dikatakan psikologis, manusia memiliki sifat (kepribadian).
- c. Manusia Sebagai Makhluk Sosial
Sejak dilahir, pertumbuhan dan perkembangan manusia membutuhkan pertolongan sesama manusia. Berdasarkan Aristoteles, manusia merupakan zoon politicon. Maksudnya,

manusia merupakan individu yang bersosial atau tidak dapat dipisahkan dengan manusia lainnya serta berkomunikasi dengan sesamanya. Manusia sangat membutuhkan bantuan orang lain, terutama ketika sedang sakit. Selama manusia berinteraksi dengan manusia lainnya, maka akan terbentuk sifat atau karakteristik manusia sebagai makhluk sosial. Manusia akan mempelajari norma, ajaran, aturan, kebiasaan, perilaku moral dan asusila serta berbagai budaya dari lingkungannya. Dikatakan sosial, manusia mempunyai suatu hal terhadap sesamanya dan melibatkan diri pada hal penting yang ada di masyarakat, serta tidak bisa dipisahkan dari lingkungan tempat tinggalnya, khususnya lingkungan sosial. Faktor sosial lingkungan mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat.

d. **Manusia Sebagai Makhluk Spiritual**

Manusia dikatakan spiritual terkait dengan kekuatan yang terhubung di luarnya, terkait Penciptanya, serta memiliki kepercayaan dan keyakinan di hidupnya. Kepercayaan individu mempengaruhi tingkah lakunya. Contohnya, manusia yang percaya bahwa "roh jahat" adalah penyebab dari suatu penyakit. Saat sakit, pergi ke dukun adalah upaya pertolongan pertama. Dengan sejauh mana kepercayaan dapat mempengaruhi manusia, perawat wajib menjadi motivator bagi klien untuk tetap sehat setiap saat.

2. Manusia Sebagai Sistem

Sistem merupakan sebuah kesatuan yang komplit, terdiri dari komponen-komponen yang berkaitan dan berinteraksi, dengan secara sadar disiapkan buat tercapainya suatu maksud tertentu.

Manusia sebagai suatu sistem terdiri dari berbagai komponen yang saling berhubungan dan terintegrasi membentuk suatu kesatuan sistem. Manusia sebagai suatu

sistem dapat dibagi menjadi sistem adaptif, sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial.

1) Manusia sebagai sistem adaptif.

Manusia bisa beradaptasi. Adaptasi adalah proses dimana seorang individu merespon perubahan lingkungan yang mempengaruhi keutuhan atau integritasnya. Adaptasi ini sering dikaitkan dengan upaya melindungi diri dari stres. Tubuh secara alami mempertahankan keadaan keseimbangan. Proses ini disebut homeostasis. Selama masa stres, tubuh merespon untuk tetap berfungsi dengan baik. Waktu adaptasi setiap orang berbeda-beda. Itu semua tergantung pada intensitas, ruang lingkup, dan durasi stresor, serta jumlah stresor lainnya.

2) Manusia Sebagai Sistem Personal

Manusia dikatakan sistem personal berarti bahwa ia memiliki konsep diri, persepsi serta pertumbuhan dan perkembangan.

3) Manusia Sebagai Sistem Interpersonal

Manusia sebagai sistem interpersonal berarti manusia dapat berinteraksi, berperan, dan berkomunikasi dengan orang lain.

4) Manusia Sebagai Sistem Sosial

Manusia sebagai suatu sistem sosial berarti bahwa manusia memiliki kekuasaan dan wewenang untuk mengambil keputusan dalam lingkungannya, baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat.

7.2 Definisi KDM

Kebutuhan dasar manusia adalah hal-hal seperti makanan, air, keamanan dan cinta yang penting untuk kelangsungan hidup dan kesehatan. Hirarki Kebutuhan Manusia Maslow adalah teori yang dapat digunakan perawat untuk memahami hubungan antara kebutuhan dasar manusia saat memberikan perawatan.

Hirarki kebutuhan manusia membagi kebutuhan dasar menjadi lima tingkatan prioritas. Tingkatan paling dasar, atau tingkat pertama, mencakup kebutuhan fisiologis seperti: udara, air, dan makanan. Tingkatan kedua meliputi kebutuhan akan rasa keselamatan dan rasa aman yang meliputi rasa aman secara jasmani dan mental. Tingkatan ketiga meliputi kebutuhan akan mencintai dan dicintai seperti hubungan keluarga, sosial, persahabatan, serta seks. Tingkatan keempat yaitu kebutuhan akan harga diri, termasuk kepercayaan diri, perasaan berguna, kepuasan diri, serta penerimaan. Tingkatan kelima yaitu kebutuhan akan aktualisasi diri.

Menurut teori Maslow, seseorang dengan semua kebutuhan yang terpenuhi adalah orang yang sehat, dan seseorang dengan satu atau lebih kebutuhan yang tidak terpenuhi adalah orang yang berisiko terkena penyakit atau berpotensi tidak sehat dalam satu atau lebih dimensi manusia manusia.

Dibandingkan dengan Hundersen, Henderson mengklasifikasikan KDM menjadi 14 jenis, antara lain kebutuhan bernapas normal, kebutuhan makan dan minum, kebutuhan eliminasi, kebutuhan bergerak dan mempertahankan posisi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan memilih pakaian yang sesuai, dan kebutuhan untuk menjaga suhu tubuh, kebutuhan untuk menjaga tubuh tetap bersih dan sehat, kebutuhan untuk menghindari kerusakan dan bahaya lingkungan, kebutuhan untuk berkomunikasi dengan orang lain termasuk ekspresi keinginan, emosi, kebutuhan akan keyakinan atau kepercayaan, kebutuhan untuk bekerja, kebutuhan untuk bermain dan berpartisipasi dalam hiburan, dan kebutuhan untuk belajar pengembangan dan penggunaan fasilitas kesehatan.

Kebutuhan adalah sesuatu yang harus dipenuhi oleh organisme untuk memenuhinya sebagai tujuan kelangsungan hidup. Kebutuhan manusia harus dipenuhi. Namun tidak selalu yang kita inginkan adalah kebutuhan, tetapi hanya berupa

keinginan dan keegoisan kita, sama seperti kepuasan diri kita dengan apa yang kita dapatkan dan kita peroleh.

7.2.1 Memahami dasar-dasar KDM

Manusia merupakan bagian integral yang berintegrasi satu sama lain dalam memotivasinya sebagai pemenuhan kebutuhan dasarnya (fisiologi, rasa aman, rasa saling mencintai, dihargai, aktualisasi diri). Karena setiap komponen sistem berubah, kebutuhan setiap individu ialah suatu tegangan integral sebagai akibat dari perubahan dari setiap komponen sistem. Ada tekanan dalam tindakannya untuk mencapai kebutuhan dan tujuannya hingga ia mencapai kepuasan pasien.

Dasar dari kebutuhan manusia yaitu untuk mencapai kepuasan supaya individu dapat bertahan hidup. Adapun peran utama seorang perawat yaitu untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia serta mencapai kepuasan dirinya dan pasiennya, tetapi kebenaran yang terjadi kebutuhan itu mempengaruhi perubahan sistematis manusia (Intelektual, biologi, sosial, emosional, sosial, spiritual, lingkungan, ekonomi, patologi dan psikopatologi).

Hal tersebut merupakan tahap pada saat diterapkannya proses keperawatan sering kali berfokus pada kebutuhan unik manusia serta sebagai bagian integral dari keluarga ataupun masyarakat. Menyeimbangkan kebutuhan ini adalah kewajiban semua manusia, termasuk kewajiban orang tua pada anak dan kewajiban perawat atas pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Peran ini paling baik dikenali melalui pendekatan proses keperawatan.

7.2.2 Model-model KDM

1. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow

Dalam hal kebutuhan dasar, tokoh utama yang sering menjadi patok yaitu Maslow, yang terkenal dengan hirarki

kebutuhannya. Manusia memiliki dan harus memenuhi lima kebutuhan dasar:

a. *Pshysiologic Needs* (Kebutuhan fisiologis)

Seperti namanya, kebutuhan fisiologis ini berkaitan sama tubuh atau fisik manusia, dan kebutuhan ini sangat esensial. Individu dapat kehilangan tugasnya jika kebutuhan fisik tidak dipenuhi dengan benar. Misalnya, saat individu lapar kemudian kebutuhannya tidak dipenuhi, maka fokus dan tenaga individu tersebut berkurang. Terlebih lagi, kebutuhan ini sangat penting sehingga mereka menempatkan kebutuhan fisik ini di atas cinta dan orang lain.

Kisaran kebutuhan fisiologis mencakup beberapa kebutuhan, dan kebutuhan fisiologis mencakup delapan kebutuhan. antara lain:

- 1) Kebutuhan akan suplai oksigen sangat diperlukan akan berlangsungnya metabolisme tubuh seseorang guna menjaga kehidupan serta mempertahankan fungsi sel manusia. Kebutuhan akan suplai oksigen tentu sangat erat kaitannya dengan keberadaan oksigen yang sangat penting bagi kehidupan manusia.
- 2) Kebutuhan cairan, yaitu kebutuhan pengisian cairan dalam tubuh manusia. Tidak dapat dipungkiri bahwa sebagian besar tubuh manusia terbuat dari air. Soal air, setiap orang punya porsinya masing-masing, tergantung situasi, kondisi dan kebutuhan. Omong-omong, jumlah minimum air yang dibutuhkan individu adalah 1 liter pada BB 25 kg. Kalau berat Anda 50 kilogram, Anda membutuhkan 2 liter air. Ada berbagai aspek yang berpengaruh terhadap kebutuhan air, seperti umur, suhu, stres, diet serta penyakit.

- 3) Kebutuhan akan makanan adalah kebutuhan sebuah makanan lalu dikonsumsi untuk menciptakan energi yang diproses di dalam tubuh guna untuk aktivitas setiap harinya. Dapat kita ketahui bahwa sistem tubuh yang melaksanakan tugasnya yaitu sistem digesti.
- 4) Kebutuhan akan pembuangan atau eliminasi berkaitan dengan proses pembuangan zat yang tidak diperlukan tubuh yang diproses oleh sistem organ manusia. Adapun eliminasi ini ada dua. Yaitu buang air kecil (eliminasi urin) dan buang air besar (eliminasi alvi).
- 5) Kebutuhan akan beristirahat atau tidur adalah kebutuhan demi mengendurkan seluruh organ-organ manusia yang telah dipergunakan melakukan tugasnya sepanjang hari. Hal tersebut demi mencegah stres. Dan memungkinkan manusia untuk bekerja dengan fisik serta mental lagi.
- 6) Kebutuhan akan suhu berarti bahwa manusia yang hidup memiliki suhu temperatur atau suhu normal 25-30°C. Jika suhu tidak seimbang, maka akan berdampak besar bagi kehidupan manusia. Aktivasinya akan sulit.
- 7) Kebutuhan akan tempat tinggal adalah kebutuhan akan tempat atau benda yang dapat memberikan tempat tinggal, yaitu tempat tinggal. Kita tahu bahwa rumah kos adalah tempat tinggal.
- 8) Hasrat seksual, kepuasan dan kegembiraan pada dasarnya adalah naluri dan kemanusiaan, sehingga keinginan yang perlu dipuaskan. Itulah mengapa Anda membutuhkan seks. Dalam kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan tersebut disesuaikan dengan usia, latar belakang, sosial budaya, etika dan nilai hidup seseorang, harga diri dan tingkat kekayaan.

- b. *Safety and Security Needs* (Kebutuhan rasa aman dan keselamatan)

Kebutuhan keamanan berkaitan dengan keselamatan dan perlindungan manusia. Tidak dapat dipungkiri bahwa dalam hidup ini seseorang membutuhkan rasa aman dan rasa aman untuk mencapai kedamaian batin. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah keselamatan dan rasa aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis meliputi kebutuhan akan perlindungan pribadi dari dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Perlindungan psikologis adalah pembebasan dari ketakutan dan kecemasan, serta keamanan dan ancaman psikologis dari pengalaman baru dan asing.

- c. *Love and Belonging Needs* (Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki)

Kebutuhan ini termasuk memberi dan menerima cinta, serta mempunyai ikatan yang bermakna dengan sesama manusia seperti persahabatan, kehangatan, mendapatkan tempat dan kesadaran di lingkungan keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

- d. *Self Esteem Need* (Kebutuhan harga diri)

Adapun kebutuhan ini yaitu kemandirian dan tidak bergantung dengan siapa saja, penghargaan dan kompeten dengan dirinya serta individu lainnya dalam bentuk pemberian, kekaguman, atau pengakuan keberadaan dalam kelompok.

- e. *Necessity for self-actualization* (Kebutuhan aktualisasi diri)

Dalam hierarki keinginan Maslow, aktualisasi diri adalah tingkat keinginan tertinggi. Aktualisasi diri memang tidak mudah. Karena untuk mencapai level ini, manusia perlu bekerja dengan baik dan memiliki kepribadian yang matang dan multidimensi sehingga

dapat memecahkan masalah hidupnya. Aktualisasi diri berarti kemampuan manusia untuk mencapai kemampuannya dengan benar. Selain itu, aktualisasi diri meliputi mengenal diri sendiri (mengetahui bakat dan potensi diri), mengendalikan emosi, menjadi sangat kreatif, dan percaya diri dalam mencapai sesuatu.

Mengenai konsep kebutuhan dasar Maslow, pahami terlebih dahulu hal berikut:

- ✓ Manusia terus berkembang, hingga mereka bisa menggapai kemampuan penuh mereka.
- ✓ Pemenuhan kebutuhan pada tingkatan yang lebih tinggi tidak akan tercapai sampai terpenuhinya kebutuhan pada tingkatan yang lebih rendah terlebih dahulu.
- ✓ Kondisi patologis pada akhirnya akan terjadi jika tidak terpenuhinya kebutuhan dasar pada semua tingkatan.
- ✓ Setiap orang memiliki kebutuhan dasar yang sama, dan setiap kebutuhan tersebut akan berubah sesuai dengan budaya dan keadaan masing-masing individu.
- ✓ Setiap orang memenuhi kebutuhan dasarnya sesuai dengan prioritasnya.
- ✓ Umumnya Anda perlu memenuhi kebutuhan Anda, namun ada juga kebutuhan yang bisa ditunda.
- ✓ Jika tidak terpenuhinya kebutuhan Anda, homeostasis Anda akan tidak seimbang. Selain itu, keadaan tersebut bisa menyebabkan timbulnya masalah kesehatan.
- ✓ Kebutuhan bisa mempengaruhi orang sehingga bergerak serta berpikir untuk mendapatkannya. Hal tersebut dikarenakan stimulus yang ada di luar diri serta di dalam diri.
- ✓ Orang bisa menanggapi dan merasakan kebutuhan dengan strategi yang berbeda.

- ✓ Setiap kebutuhan dasar berkaitan, dan sebagian kebutuhan mempengaruhi kebutuhan lainnya karena tidak tercapai.
- ✓ Demi mencapai kebutuhan pada tingkatan yang lebih tinggi, haruslah terpenuhi kebutuhan pada tingkatan terendah dahulu. Berarti, ada kebutuhan yang terpenting untuk dicapai dahulu sebelum kebutuhan lainnya. Misalnya, tidak mungkin mengabaikan kebutuhan awal (fisiologis) antara lain makan, istirahat demi mencapai aktualisasi diri.

2. Virginia Henderson

Henderson mengemukakan teori keperawatan mencakup semua kebutuhan dasar manusia. Keperawatan diartikan Henderson sebagai:

“Untuk mendukung orang yang sehat atau sakit di kegiatan yang mempunyai kontribusi kesehatan dan penyembuhannya. Ini juga dapat dilakukan oleh individu dengan kekuatan, kemauan dan pengetahuan yang sesuai tanpa bantuan dari luar. Dan ini dengan membantu untuk mengembalikan kemandirian pasien secepatnya.”

Adapun 14 kebutuhan dasar henderson, mengemukakan kerangka dalam mengerjakan asuhan keperawatan :

- 1) Bernapas dengan normal
- 2) Nutrisi serta cairan yang cukup
- 3) Eliminasi
- 4) Mempertahankan dan bergerak dengan posisi yang diinginkan
- 5) Istirahat dan tidur
- 6) Memilih cara berpakaian ; mengenakan pakaian dan melepasnya
- 7) Menjaga temperatur tubuh di rentang normal

- 8) Menjaga diri tetap rapi dan bersih
- 9) Menghindar terhadap bahaya dari lingkungan
- 10) Berinteraksi dengan sesama manusia
- 11) Melakukan ibadah berdasarkan keyakinan
- 12) Bekerja yang menyajiikan prestasi
- 13) Bermain dan berpartisipasi dalam bentuk rekreasi
- 14) Belajar, memuaskan dan menggali rasa ingin tahu yang mengacu pada perkembangan dan kesehatan normal.

Pada dasarnya kebutuhan dasar menurut Virginia Henderson mempunyai ciri-ciri, yaitu:

- Jika kebutuhan ini dimodifikasi atau disesuaikan dengan budaya yang ada, kebutuhan dasar manusia setiap orang secara efektif sama.
- Dalam melengkapi kebutuhan manusia haruslah sesuai terhadap prioritas.
- Secara umum, kebutuhan ini harus dipenuhi, tetapi dalam praktiknya, jika keadaan tidak memungkinkan, dimungkinkan untuk menunda pemenuhannya.
- Kebutuhan yang ada dapat merangsang seseorang baik dalam diri ataupun luar diri melalui pemikiran dan tindakan.
- Sangat responsif dari masyarakat untuk memenuhi kebutuhan mereka.
- Kebutuhan saling terkait dengan kebutuhan lainnya. Bila sebuah kebutuhan tidak didapati, kebutuhan lainnya juga akan bermasalah.

3. Watson

Filosofi Keperawatan Watson berusaha untuk mendefinisikan hasil kegiatan keperawatan sebagai yang terkait dengan aspek kehidupan manusia. Perilaku keperawatan secara langsung berkaitan dengan hubungan

yang dipahami antara kesehatan, penyakit serta tingkah laku individu. Keperawatan menjaga meningkatnya kesehatan, mencegah terjadinya sakit serta mengembalikan kesehatan.

Model Watson melibatkan asuhan keperawatan yang berproses dengan membantu pasien mempertahankan atau mendapatkan kesehatan yang baik serta mendapatkan akhir kehidupan secara damai. Proses keperawatan manusia berkaitan dengan tindakan keperawatan. Keperawatan kemanusiaan memahami perilaku manusia dan menangani masalah kesehatan aktual atau potensial, menangani kebutuhan manusia dan orang lain, pasien dan keluarga mereka serta kekuatan dan kelemahan mereka sendiri. Selain itu, perawat memberikan kenyamanan, perhatian dan empati kepada pasien dan keluarganya. Keperawatan tercermin dalam semua elemen yang digunakan perawat saat memberikan pelayanan keperawatan kepada kliennya.

Dan dalam kajiannya, ia menyatakan bahwa ada beberapa kebutuhan dasar manusia:

- ✓ Pemahaman terhadap dirinya sendiri.
- ✓ Pengakuan dan perhatian dari orang lain.
- ✓ Dapatkan pelayanan yang baik dari pihak lain.
- ✓ Pemecahan masalah (problem solving).
- ✓ Kesehatan normal.

4. King

Dalam konteks ini, King mengartikan manusia sebagai tiga agen: sosok individu, sosok yang berorientasi terhadap waktu, serta sosok sosial. Sosok individu didefinisikan sebagai reaktif. Artinya, dapat menanggapi rangsangan yang ada dari keadaan tertentu, individu lain atau benda. Di sisi lain, sosok berorientasi terhadap waktu, seseorang mengandalkan peristiwa masa lalu serta masa depan. Bagi sosok sosial artinya seseorang hidup berdampingan dan berinteraksi dengan

manusia lainnya. Seorang individu juga tidak bisa hidup seorang diri tanpa bantuan individu lain.

Berdasarkan penjelasan diatas, kebutuhan dasar manusia dapat dibedakan jadi tiga:

- 1) Kebutuhan mengenai informasi kesehatan
- 2) Kebutuhan mengenai pencegahan masalah kesehatan
- 3) Kebutuhan terhadap perawat jika mengalami gangguan kesehatan.

Kita mungkin bertanya-tanya apa hubungan kesehatan, penyembuhan dari penyakit dan arti manusia. Anda harus tahu bahwa saat individu dalam keadaan sehat, individu menjalankan kegiatan serta tugasnya sebagai manusia yang sempurna.

5. Martha E. Rogers

Manusia adalah satu kesatuan yang utuh dan memiliki kualitas dan karakteristik yang berbeda. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan dan saling mempengaruhi. Dalam kehidupan, manusia tampil dengan ciri dan keunikannya masing-masing. Dengan kata lain, setiap orang berbeda. Konsep Martha E. Rogers dikenal sebagai konsep manusia sebagai kesatuan atau unit.

6. Johnson

Johnson menggunakan pendekatan sistem perilaku untuk mengekspresikan pandangannya. Dalam pendekatan ini, individu selalu dianggap sebagai sistem perilaku yang ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas baik di lingkungan internal maupun eksternal. Individu juga ingin menyesuaikan diri dan beradaptasi dengan dampak yang datang.

7. Suster Callista Roy

Berdasarkan Roy, seorang manusia bisa kesehatannya ditingkatkan dengan mempertahankan tingkah laku adaptif

serta diubahnya tingkah laku maladaptasi. Dikatakan ciptaan Tuhan yang sosial biopsikologis, individu senantiasa melakukan interaksi terhadap lingkungan dan perlu beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang terjadi untuk mencapai keseimbangan atau homeostasis. Penyesuaian dilakukan dengan stimulus fokal, stimulus kontekstual dan stimulus residual. Dalam proses penyesuaian diri, individu harus meningkatkan energinya untuk mencapai tujuan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi, dan keunggulannya. Oleh karena itu, individu bertujuan demi mengubah respon adaptif mereka menjadi lebih baik. Disebabkannya, Roy dengan sederhana mengemukakan pendapat bahwa manusia ialah satu kesatuan yang utuh, makhluk biopsikologis, sosial dan spiritual, mempunyai mekanisme demi menyesuaikan terhadap perubahan lingkungan yang terjadi melalui interaksinya dengan perubahan lingkungan.

7.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi KDM

Pemenuhan kebutuhan dasar manusia dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain:

a) Penyakit.

Karena beberapa fungsi organ perlu memenuhi kebutuhan yang lebih besar dari normal, adanya penyakit fisik dapat mengubah kebutuhan fisiologis dan psikologis.

b) Ikatan keluarga.

Ikatan keluarga yang baik bisa menambah terpenuhinya kebutuhan dasar melalui rasa saling percaya, kegembiraan dan tidak adanya kecurigaan.

c) Konsep diri.

Hal ini berperan dalam memenuhi kebutuhan dasar. Konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan pada seseorang. Konsep diri yang sehat mengarah pada

perasaan positif terhadap diri sendiri. Mereka yang positif tentang diri mereka mengembangkan gaya hidup sehat yang bervariasi, mudah mengidentifikasi kebutuhan, dan mudah memenuhi kebutuhan dasar.

d) Tahap pengembangan

Seiring bertambahnya usia, orang mengalami perkembangan. Berbagai fungsi organ tubuh tersebut mengalami proses pematangan dengan aktivitas yang berbeda pada setiap tahap perkembangannya. Masing-masing tahapan tersebut memiliki pemenuhan kebutuhan yang berbeda-beda, antara lain kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

7.2.4 Ciri-Ciri Orang yang Memenuhi Kebutuhan Dasar

Manusia dan kebutuhannya terus berubah dan berkembang. Ketika seseorang dapat mendapatkan suatu kebutuhan mereka, ia tentu bahagia, nyaman dan akan bebas berkembang mengarah kebutuhan potensial lainnya. Di sisi lain, ketika kepuasan kebutuhan ini terhambat, kondisi patologis yang akan timbul. Dalam konteks homeostasis, masalah atau persoalan dapat dirumuskan sebagai penghambat pemenuhan kebutuhan, dan kondisi tersebut selanjutnya dapat mengancam homeostasis fisiologis dan psikologis seseorang.

7.2.5 Penerapan KDM dalam Praktik Keperawatan

Pengetahuan tentang kebutuhan manusia dapat membantu perawat dalam banyak hal. Pertama, membantu perawat memahami bahwa mereka dapat memenuhi kebutuhan pribadi mereka di luar situasi klien. Kedua, dengan memahami kebutuhan manusia, perawat dapat lebih memahami perilaku orang lain. Ketiga, pengetahuan tentang kebutuhan dasar dapat memberikan kerangka kerja untuk diterapkan pada proses perawatan di tingkat individu dan keluarga. Keempat, perawat dapat menerapkan pengetahuan tentang kebutuhan manusia untuk mengurangi stres,

dan kelima, perawat menggunakan pengetahuan tentang kebutuhan manusia untuk membantu seseorang tumbuh dan berkembang.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2008. Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien. Jakarta: Salemba Medika.
- Asmadi. 2008. KONSEP DASAR KEPERAWATAN. Jakarta: Buku Kedokteran.
- Lyndon. 2013. Catatan Ringkas Kebutuhan Dasar Manusia. Tangerang Selatan: BINARUPA AKSARA Publisher.
- Rosdahl, Kowalski. 2014. BUKU AJAR KEPERAWATAN DASAR, Ed. 10. Vol. 1. Jakarta: 2014
- Tania. 2019. "Makalah Konsep Manusia". Scribd.com. Diakses pada 24 Nov 2019.
<https://id.scribd.com/document/436573161/Makalah-Konsep-Manusia>.
- Intansusminta. 2015. "Makalah Konsep Manusia Menurut Para Ahli". Scribd.com. Diakses pada 25 Dec 2015.
<https://id.scribd.com/doc/294001012/Makalah-Konsep-Manusia-Menurut-Para-Ahli>.
- A Ningsih. 2015. "Kebutuhan Dasar Manusia". Academia.edu. Diakses pada 10 Juni 2015.
https://www.academia.edu/16505136/kebutuhan_dasar_manusia.

BAB 8

PEMENUHAN KEBUTUHAN NUTRISI

Oleh Fitriani

8.1 Pendahuluan

Nutrisi merupakan substansi organik yang dibutuhkan oleh organisme yang berfungsi normal dari sistem tubuh, pertumbuhan, dan pemeliharaan kesehatan. Nutrisi digunakan untuk makanan sebagai pembentuk energi, di mana setiap jaringan dalam tubuh bekerja dengan baik.

8.2 Tujuan

Setelah mempelajari bab ini, anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan pengertian Nutrisi
2. Menyebutkan sistem tubuh yang berperan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi
3. Menjelaskan konsep pemenuhan nutrisi
4. Menjelaskan struktur dan fungsi nutrien
5. Menjelaskan jenis metabolisme
6. Menjelaskan masalah kebutuhan nutrisi
7. Menjelaskan faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi.

8.3 Pengertian Nutrisi

Nutrisi merupakan zat gizi dan zat yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, dimana keseluruhan proses dalam tubuh manusia bertujuan untuk menerima makanan dan bahan-bahan dari lingkungan hidupnya serta menggunakan bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuhnya serta

mengeluarkan sisanya. Nutrisi merupakan ilmu yang terkait tentang makanan, yang memiliki kandungan zat gizi, aksi, reaksi, serta keseimbangan yang erat kaitannya dengan kesehatan dan penyakit. (Tarwoto, 2006).

Nutrisi dikatakan sebagai elemen yang dibutuhkan untuk proses dan fungsi tubuh. Kebutuhan energi didapatkan dari berbagai nutrisi, seperti: karbohidrat, protein, lemak, air, vitamin, dan mineral (Potter, 2010).

8.4 Sistem tubuh yang berperan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi

Sistem yang berperan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah sistem pencernaan yang terdiri dari saluran pencernaan dan organ asesoris. Saluran pencernaan dimulai dari mulut sampai usus halus bagian distal, sedangkan organ asesoris terdiri dari hati, kantong empedu, dan pankreas. Dari ketiga organ tersebut dapat membantu terlaksananya sistem pencernaan secara kimiawi. (Alimul, 2012)

Saluran Pencernaan

a) Mulut

Proses pencernaan manusia dimulai dari makanan digigit, dikunyah, dan dihaluskan didalam mulut. Makanan yang bercampur dengan air liur dapat dipecah menjadi potongan yang lebih kecil oleh gigi, sehingga makanan tersebut menjadi lunak dan mudah ditelan.

Lidah pun berperan dalam mencampur makanan dengan air liur, mengarahkan makanan didalam mulut agar tergigit secara merata oleh gigi, dan kemudian mendorongnya ke dalam kerongkongan untuk ditelan.

b) Esofagus

Proses menelan makanan, sistem organ pencernaan manusia yang berperan ialah kerongkongan (esofagus). Kerongkongan adalah saluran yang memiliki panjang sekitar

25 cm dan berfungsi menyalurkan makanan dan minuman dari mulut sampai ke dalam lambung.

Dimana saluran ini terdapat otot berbentuk cincin yang disebut *lower esophageal sphincter*. Otot ini memiliki fungsi untuk memastikan makanan dan minuman yang sudah mencapai lambung tidak akan kembali naik ke kerongkongan atau mulut.

c) Lambung

Setelah menerima makanan dan minuman, lambung akan mengeluarkan zat asam dan enzim untuk melanjutkan proses pencernaan. Makanan yang masuk ke lambung diolah menjadi cairan pekat atau berupa pasta, dan selanjutnya akan didorong menuju usus halus. Selain memecah makanan, lambung juga dapat membunuh mikroorganisme yang terdapat pada makanan atau minuman.

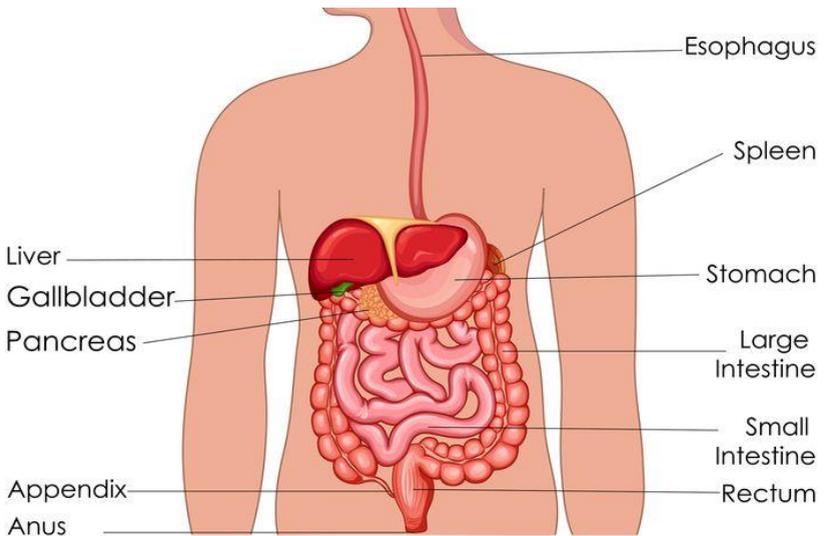
d) Usus Halus

Makanan yang sudah menjadi pasta atau kimus (*chyme*) didalam lambung akan didorong ke usus halus dengan gerakan peristaltik usus. Di usus halus, makanan dapat dipecah lebih lanjut dengan bantuan enzim dari pankreas dan cairan empedu yang dihasilkan oleh hati. Usus halus terdiri atas 3 bagian, yaitu duodenum (usus 12 jari), jejunum (usus kosong), dan ileum (bagian terakhir dari usus halus). Duodenum bertanggung jawab untuk melanjutkan proses pemecahan makanan, sedangkan jejunum dan ileum bertanggung jawab dalam proses penyerapan nutrisi ke dalam aliran darah.

e) Usus Besar

Nutrisi diserap oleh tubuh, semua makanan yang diproses dalam sistem pencernaan manusia dapat meninggalkan sisa atau limbah yang disebut feses. Usus besar akan mendorong limbah makanan tersebut ke dalam rektum, yang merupakan perhentian terakhir pada saluran

pencernaan. dimana pengolahan dan pencernaan makanan hingga menjadi tinja umumnya memerlukan waktu kurang lebih 30 sampai 40 jam. Pada saat rektum telah terisi penuh dan tinja siap untuk dikeluarkan melalui anus, kita akan merasakan mulas dan ada dorongan untuk buang air besar. Selain mengeluarkan tinja, usus besar juga berfungsi untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh. (Alimul, 2012)



Gambar 8.1 Sistem Pencernaan

Organ Aksesori

a) Hati

Organ hati juga berperan dalam sistem pencernaan manusia. Hati berfungsi menyaring racun dan limbah dari darah. liver bekerja menyaring nutrisi dalam makanan serta mencerna lemak dengan baik serta membuang sisanya. Dimana hati menghasilkan zat berupa empedu yang berfungsi untuk

membantu empedu memecah protein, karbohidrat, dan lemak.

b) Kantong Empedu

Hati merupakan penghasil cairan empedu yang memiliki peranan sangat penting dalam sistem pencernaan manusia, dimana dapat memecah lemak menjadi asam lemak. Cairan empedu terdiri atas garam empedu, bilirubin air, kolesterol, serta mineral, seperti natrium dan natrium, yang disimpan di dalam kantong empedu. Ketika proses pencernaan makanan berlangsung, cairan empedu akan dialirkan ke dalam usus halus. Kantong empedu memiliki fungsi untuk mengeluarkan dan menyimpan cairan melalui kantong empedu. Saat makanan berlemak masuk ke dalam usus dua belas jari, kantong empedu akan berkontraksi dan mengeluarkan cairan empedu

c) Pancreas

Pankreas menghasilkan enzim yang memiliki tugas untuk memecah nutrisi, seperti enzim lipase, protease, dan amilase. Enzim - enzim tersebut akan dilepaskan oleh pankreas dan ikut bercampur dengan enzim pencernaan dari lambung. Enzim lipase berfungsi untuk mencegah lemak menjadi asam lemak, protease untuk mencerna protein menjadi asam amino sedangkan amilase untuk memecah karbohidrat menjadi glukosa (Agustin, 2022).

8.5 Konsep Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan pemenuhan nutrisi merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi untuk menjaga Kesehatan tubuh. Mengingat manfaat nutrisi dan cairan dalam tubuh dapat membantu proses pertumbuhan dan perkembangan serta mencegah terjadinya berbagai penyakit akibat kurang nutrisi.

Tubuh memerlukan nutrisi untuk mempertahankan kelangsungan fungsinya dalam tubuh. Nutrisi diperlukan sepanjang

kehidupan manusia, namun jumlah nutrisi yang diperlukan setiap manusia berbeda sesuai dengan karakteristiknya, contohnya jenis kelamin, usia, dan aktivitas,. Adapun fungsi umum dari nutrisi adalah sebagai sumber energi, dan memelihara jaringan tubuh (Putu Eka Nopiyasari, 2021). Pemecahan makanan, pencernaan, absorpsi, dan asupan makanan adalah faktor utama dalam menentukan status nutrisi seseorang (Tarwoto, 2006).

8.6 Struktur dan Fungsi Nutrien

Nutrient dapat digolongkan menjadi 6 kategori, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air.

a) Karbohidrat

Karbohidrat merupakan gula sederhana (monosakarida dan disakarida) dan gula kompleks (polisakarida). Karbohidrat terdiri dari karbon, hidrogen, dan oksigen. Gula, sirup, madu, buah, dan susu merupakan sumber karbohidrat sederhana. Sedangkan Roti, sereal, kentang, beras, pasta, dan gandum berisi karbohidrat kompleks.

Fungsi karbohidrat adalah sebagai sumber energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Setiap gram karbohidrat mengandung 4 kcal. Karbohidrat penting dalam oksidasi lemak, serta meningkatkan pertumbuhan bakteri dalam saluran pencernaan, yang dapat membantu sintesis vitamin K, B12, dan memproduksi komponen karbon dalam sintesis asam amino esensial.

Sirkulasi darah akan membawa glukosa ke sel sebagai sumber energi untuk produksi substansi penting. Kadar glukosa darah normal 80-110 mg/dL, pada kondisi puasa kadar glukosa darah 60-80 mg/dL, dan pada 2 jam setelah puasa meningkat menjadi 140-180 mg/dL, tergantung usia. Hiperglikemia di mana kadar glukosa darah lebih tinggi dari normal akibat produksi atau penggunaan insulin tidak

adekuat, terjadi pada diabetes militus. Hipoglikemia di mana kadar glukosa darah lebih rendah dari normal, dapat sebagai tanda dari abnormalitas liver dan pankreas. (Sunarsih. R, 2016)

b) Protein

Sebagaimana alam telah menyediakan segala kebutuhan makhluk hidup, begitu juga untuk memenuhi kebutuhan protein dalam tubuh makhluk hidup umumnya dan terlebih khusus pada manusia. Kebutuhan protein manusia bisa terpenuhi dari bahan-bahan yang ada di alam, baik nabati maupun hewani. Sumber protein dapat digolongkan menjadi 2, yaitu sumber protein konvensional dan juga sumber protein non konvensional.

Sumber protein konvensional bisa didapatkan dengan mengonsumsi makanan yang mengandung protein nabati (dari tumbuhan) dan protein hewani (dari hewan). Sedangkan sumber protein konvensional biasanya berupa sumber protein yang dikembangkan untuk menutupi kebutuhan akan protein, yang biasanya berasal dari mikroba (bakteri, khamir atau kapang) yang dikenal sebagai protein sel tunggal atau single cell protein, namun produknya dalam makanan masih belum berkembang hingga sekarang.

Berhubung saat ini sumber protein nonkonvensional produknya masih belum banyak dikembangkan, kita cukup membahas keterkaitan protein sebagai zat penyusun berawal dari sumber protein konvensional. Beberapa sumber protein konvensional hewani adalah daging, susu, telur, ikan, kerang-kerangan, udang, serta ayam dan sebangsanya. Daging, susu dan telur termasuk pada sumber protein yang berkualitas tinggi. Ikan dan kerang-kerangan serta udang merupakan sumber protein yang baik, karena mengandung sedikit lemak, namun ada sebagian orang yang alergi terhadap beberapa sumber protein yang berasal dari laut ini. Kerang

dan kuning telur mengandung kolesterol yang banyak, sehingga tidak baik bagi orang yang sedang melakukan diet rendah kolesterol

Protein hewani juga dianggap sebagai protein yang lengkap dan bermutu tinggi, karena memiliki kandungan asam amino esensial yang lengkap dan susunannya mendekati apa yang diperlukan oleh tubuh. Beberapa sumber protein konvensional nabati adalah, kacang-kacangan, biji-bijian, gandum, dan polong-polongan. Sayuran dan buah-buahan mengandung jumlah protein yang lebih kecil dibandingkan dengan makanan bersumber tumbuhan lainnya. (Dwi Fitri Khotimah, 2022)

Table 8.1 Kebutuhan Zat Gizi Ibu Hamil

Zat Gizi	Nilai Gizi
Energi	+ 285 (Kal)
Protein	+ 12 (g)
Vitamin A	+ 200 (RE)
Tiamin	+ 0,2 (mg)
Robiflavin	+ 0,2 (mg)
Niasin	+ 1,3 (mg)
Vitamin B12	+ 0,3
Asam folat	+ 150 (μ g)
Vitamin C	+ 10 (mg)
Kalsium	+ 400 (mg)
Fosfor	+ 200 (mg)
Besi	+ 20 (mg)
Zinc	+ 5 (mg)
Iodium	+ 25 (μ g)

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, 1988, dikutip dari Solihin Pudjiadi, 2001 dalam (Alimul, 2012)

c) Lemak

Lemak dan minyak adalah senyawa lipid yang paling banyak dalam. Perbedaan antara keduanya adalah perbedaan konsistensi/sifat fisik pada suhu kamar, yaitu lemak berbentuk padat. Sedangkan minyak memiliki bentuk cair.

Lemak merupakan komponen makanan yang memiliki banyak fungsi yang sangat penting untuk kehidupan. Fungsi lemak dalam tubuh antara lain sebagai sumber energi, bagian dari membran sel, mediator aktivitas biologis antar sel, isolator dalam menjaga keseimbangan suhu tubuh, pelindung organ-organ tubuh serta pelarut vitamin A, D, E, dan K. (Sartika, 2008).

Tabel 8.2 Kebutuhan Energi per Hari

Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (Kkal)
0-6 bulan	5,5	60	560
7-12 bulan	8,5	71	800
1-3 tahun	12	89	1220
4-6 tahun	18	108	1720
7-9 tahun	23,5	120	1860
Pria			
10-12 tahun	30	135	1950
13-15 tahun	40	152	2200
16-19 tahun	53	160	2360
20-59 tahun	56	162	2400
60 tahun	56	162	1960
Wanita			
10-12 tahun	32	139	1750
13-15 tahun	42	153	1900
16-19 tahun	46	154	1850
20-59 tahun	50	154	1900
60 tahun	50	154	1700

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, 1988, dikutip dari Solihin Pudjiadi, 2001 dalam (Alimul, 2012)

d) Vitamin

Proses pencernaan vitamin melibatkan penguraiannya menjadi molekul-molekul yang lebih kecil sehingga dapat diserap dengan efektif. Penyerapan vitamin dapat dilakukan dengan difusi sederhana, tetapi sistem transportasi aktif sangat penting untuk memastikan pemasukan yang cukup.

Vitamin yang larut dalam lemak diserap oleh sistem transportasi aktif yang akan membawa lemak ke seluruh tubuh, sedangkan vitamin yang larut dalam air mempunyai beberapa variasi mekanisme transportasi aktif. Faktor dasar yang dihasilkan oleh lambung memudahkan penyerapan vitamin B12. Tanpa faktor tersebut, tubuh tidak dapat menyerap dengan cukup, sehingga menyebabkan terjadinya defisiensi vitamin tersebut.

Tabel 8.3 Jenis Vitamin, Sumber, dan Fungsi

Jenis Vitamin	Sumber	Fungsi
Vitamin A	Lemak hewani, mentega, keju, kuning telur, susu, minyak ikan, sayuran hijau, buah yang kuning, dan sayuran	Membantu pertumbuhan sel dan penglihatan, menyehatkan rambut dan kulit, integritas membrane epitel, dan mencegah xerophthalmia
Vitamin B1 (thiamin) Larut dalam air	Ikan, daging ayam tanpa lemak, kacang-kacangan, dan susu	Metabolism karbohidrat, membantu kelancaran sistem persarafan, dan mencegah beri beri

			atau penyakit yang ditandai neuritis
Vitamin B2 (riboflavin)	Telur, sayuran hijau, daging tanpa lemak, susu, dan biji-bijian		Membantu pembentukan enzim, pertumbuhan, dan membantu adaptasi cahaya dal mata
Vitamin B3 (niacin)	Daging lemak, hati, ikan, kacang-kacangan, biji-bijian, telur dan hati	Tanpa lemak	Metabolism karbohidrat, lemak, protein, dan komponen enzim serta mencegah menurunnya nafsu makan.
Vitamin B6 (pyridoksin)	Biji-bijian, sayuran, daging, pisang		Membantu Kesehatan gusi dan gigi, pembentukan sel darah merah, serta metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein
Vitamin B12 (cyanocobalamin)	Hati, susu, daging tanpa lemak, ikan, dan kerang laut		Metabolism protein, membantu pembentukan sel darah merah, Kesehatan jaringan, dan mencegah anemia
Vitamin C (ascorbic acid)	Jeruk, tomat, kubis, sayuran hijau, dan kentang		Menjaga Kesehatan tulang, gigi dan gusi, membantu pembentukan dinding pembuluh darah dan pembuluh kapiler,

		kesembuhan jaringan dan tulang, serta memudahkan penyerapan zat besi dan asam folat.
Vitamin D	Minyak ikan, susu, kuning telur, mentega, hati, kerrang.	Membantu penyerapan kalsium dan fosfor serta mencegah rachitis
Vitamin E (alpha tocopherol)	Sayuran hijau	Membantu pembentukan sel darah merah dan melindungi asam amino utama
Vitamin (biotin)	Kuning telur, sayuran hijau, susu, dan hati	Membantu kegiatan enzim serta metabolisme karbohidrat, lemak dan protein
Vitamin K	Hati, telur, dan sayuran hijau	Membantu produksi protrombin

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi, 1988, dikutip dari Solihin Pudjiadi, 2001 dalam (Alimul, 2012)

e) Mineral

Mineral tidak membutuhkan pencernaan. Mineral hadir dalam bentuk tertentu sehingga tubuh mudah untuk memprosesnya, umumnya, mineral diserap dengan mudah melalui dinding usus halus secara difusi pasif maupun transportasi aktif.

Mekanisme transportasi aktif penting jika kebutuhan tubuh meningkat atau adanya diet rendah kadar mineral,

hormone adalah zat yang memegang peranan penting dalam mengatur mekanisme aktif ini. Penyerapan dapat dipengaruhi oleh sistem pencernaan.

Mineral dipakai dalam berbagai hal. Beberapa dari mineral adalah komponen esensial dari jaringan tubuh, sedang yang lainnya esensial pada proses kimia tertentu.

Tabel 8.4 Jenis mineral, sumber, fungsi

Jenis mineral	Sumber	Fungsi
Kalsium	Susu	Pembentukan gigi dan tulang, aktivitas neuromuscular, dan koagulasi (penggumpalan) darah.
Fosfor	Telur, daging, dan susu	Penyangga pembentukan gusi dan tulang
Yodium	Garam beryodium dan makanan laut	Pengaturan metabolisme tubuh dan memperlancar pertumbuhan.
Besi	Hati, telur, dan daging	Komponen hemoglobin dan membantu oksidasi dalam sel
Magnesium	Biji-bijian, susu, dan daging	Pengaktifan enzim, pembentukan gigi dan tulang, dan membantu kegiatan neuromuskular
Zinc	Makanan laut dan hati	Bahan pembentuk enzim dan insulin.

f) Air

Air adalah zat makanan paling mendasar yang dibutuhkan oleh tubuh manusia. Tubuh manusia terdiri atas 50%-70% air. Asupan air secara teratur sangat penting bagi makhluk hidup untuk bertahan hidup dibandingkan dengan pemasukan nutrisi lain.

Bayi memiliki proporsi air yang lebih besar dibandingkan orang dewasa. Semakin tua umur seseorang, maka proporsi air di dalam tubuhnya akan semakin berkurang. Pada orang dewasa, asupan air berkisar antara 1200-1500 cc per hari, namun dianjurkan sebanyak 1900 cc sebagai batas optimum. Selain itu, air yang masuk ke tubuh melalui makanan lain berkisaran antara 500-900 cc per hari.

Tabel 8. 5 Kebutuhan Cairan pada Bayi dan Anak

Umur	Rata-rata Berat Badan	Jumlah air dalam 24 jam (ml)	Jumlah air per kilogram berat Badan dalam 24 jam (ml)
3 hari	3,0	250-300	80-100
10 hari	3,2	400-500	125-150
3 bulan	5,4	750-850	140-160
6 bulan	7,3	950-1100	130-155
9 bulan	8,6	1100-1250	125-145
1 tahun	9,5	1150-1300	120-135
2 tahun	11,8	1350-1500	115-125
4 tahun	16,2	1600-1800	100-100
6 tahun	20,0	1800-2000	90-100
10 tahun	28,7	2000-2500	70-85
14 tahun	45,0	2200-2700	50-60
18 tahun	54,0	2200-2700	40-50

Sumber: Behrman, RE, dkk, 1996. dalam (Alimul, 2012)

8.7 Jenis Metabolisme

a) Metabolisme Karbohidrat

Metabolism Karbohidrat yang berbentuk monosakarida dan disakarida diserap melalui mukosa usus. Setelah proses penyerapan (di dalam pembuluh darah), semua berbentuk monosakarida. Bersama-sama dengan darah, karbohidrat ini di bawah ke hati.

Monosakarida (fruktosa, galaktosa, serta glukosa) yang masuk bersama-sama darah dibawa hati. Di hati, ketiga monosakarida ini diubah menjadi glukosa dan dialirkan melalui pembuluh darah ke otot untuk dibakar, membentuk glikogen melalui proses glikoneogenesis.

b) Metabolisme Lemak

Lemak diserap dalam bentuk gliserol asam lemak. Gliserol larut dalam air sehingga dapat diserap secara pasif, langsung memasuki pembuluh darah dan dibawa ke hati. Melalui beberapa proses kimiawi, gliserol, diubah menjadi glikogen, selanjutnya mengikuti metabolisme hidrat arang sampai menghasilkan tenaga, jadi, gliserol diubah menjadi tenaga melewati proses yang dilakukan oleh karbohidrat.

Bersama-sama dengan darah, Sebagian emulsi asam lemak dibawa ke hati dan dibentuk menjadi trigliserida yang akan dialirkan Kembali ke dalam pembuluh darah. Trigliserida yang dialirkan Kembali ke dalam pembuluh darah tersebut adalah lipoprotein. Metabolisme lemak menghasilkan tenaga berbentuk ATP dengan sisanya hidrogen dioksida dan karbon dioksida. Lemak yang dibakar mempunyai hasil sampingan yang disebut kolesterol.

c) **Metabolisme Protein**

Pada umumnya protein diserap dalam bentuk asam amino dan bersama-sama dengan darah di bawa ke hati, kemudian dibersihkan dari toksin. Proses masuknya asam amino dapat dikatakan tidak bersifat dinamis dan selalu diperbarui. Asam amino yang masuk tidak sebanding dengan jumlah asam amino yang diperlukan untuk menutupi kekurangannya amino yang dipakai oleh tubuh. (Alimul, 2012).

8.8 Masalah Kebutuhan Nutrisi

Secara umum, gangguan kebutuhan nutrisi terdiri atas kekurangan dan kelebihan nutrisi, obesitas, malnutrisi, diabetes melitus, hipertensi, jantung coroner, kanker, dan anoreksia nervosa.

a) **Kekurangan Nutrisi**

Kekurangan nutrisi adalah keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau resiko penurunan berat badan mengakibatkan ketidakmampuan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme

Tanda klinis:

- Berat badan 10-20% dibawah normal
- Tinggi badan dibawah ideal
- Lingkar kulit trisep lengan tengah kurang dari 60% ukuran standard
- Adanya kelemahan dan nyeri tekan pada otot
- Adanya penurunan albumin serum
- Adanya penurunan transferrin

Kemungkinan penyebab:

- Meningkatnya kebutuhan kalori serta kesulitan dalam proses mencerna kalorimengakibatkan penyakit infeksi dan kanker.
- Disfagia disebabkan karena adanya kelainan persarafan

- Terjadinya penurunan absorpsi nutrisi mengakibatkan terjadinya penyakit crohn dan intoleransi laktosa
- Nafsu makan menurun

b) Kelebihan Nutrisi

Kelebihan nutrisi merupakan suatu keadaan yang dapat dialami seseorang yang mempunyai risiko peningkatan berat badan dan akibat asupan kebutuhan metabolisme yang berlebihan.

Tanda klinis:

- Berat badan lebih dari 10% berat ideal
- Obesitas (lebih dari 20 % berat ideal)
- Lipatan kulit trisep lebih dari 15 mm pada pria dan 25 mm pada wanita
- Adanya jumlah asupan yang berlebihan serta aktivitas menurun

Kemungkinan penyebab adalah:

- Penurunan fungsi pengecap dan penciuman.
- Perubahan pola makan

c) Obesitas

Obesitas adalah masalah peningkatan berat badan yang dapat mencapai lebih dari 20% berat badan normal. Dimana Status nutrisinya melebihi kebutuhan asupan kalori dan penurunan dalam penggunaan kalori.

d) Malnutrisi

Malnutrisi merupakan kekurangan zat gizi pada tingkat seluler dan dapat dikatakan sebagai masalah asupan zat gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh. Gejala yang sering terjadi adalah berat badan rendah dengan asupan makanan yang cukup atau asupan kurang dari kebutuhan tubuh, adanya kelemahan otot dan penurunan energi, pucat pada kulit, membrane mukosa, konjungtiva dan lain- lain.

- e) **Diabetes Melitus**
Diabetes Melitus adalah gangguan kebutuhan nutrisi yang ditandai dengan adanya gangguan metabolisme karbohidrat sehingga mengakibatkan kekurangan insulin atau penggunaan karbohidrat secara berlebihan.
- f) **Hipertensi**
Hipertensi merupakan gangguan nutrisi yang disebabkan oleh berbagai masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi seperti obesitas, asupan kalsium, natrium, dan gaya hidup yang tidak sehat.
- g) **Penyakit Jantung Koroner**
Penyakit jantung adalah gangguan nutrisi yang sering disebabkan oleh adanya peningkatan kolesterol darah dan merokok. Penyakit jantung koroner sering dialami disebabkan karena perilaku atau pola hidup yang tidak sehat, obesitas dan lain-lain.
- h) **Kanker**
Kanker merupakan gangguan kebutuhan nutrisi yang disebabkan oleh pengonsumsi lemak secara berlebihan
- i) **Anoreksia Nervosa**
Anoreksia nervosa merupakan penurunan berat badan secara mendadak dan berkepanjangan, ditandai dengan adanya konstipasi, pembengkakan badan, nyeri abdomen, kedinginan. (Ndun, 2018).

8.9 Faktor yang mempengaruhi kebutuhan nutrisi

- a) **Pengetahuan**
Pengetahuan yang kurang tentang manfaat makanan bergizi dapat mempengaruhi pola konsumsi makanan seseorang.
- b) **Prasangka**
Prasangka buruk terhadap beberapa jenis bahan makanan bergizi tinggi dapat mempengaruhi gizi seseorang

- c) Kebiasaan
Adanya kebiasaan yang merugikan atau pantangan terhadap makanan tertentu dapat mempengaruhi status gizi
- d) Kesukaan
Kesukaan yg berlebihan terhadap suatu jenis makanan dapat mengakibatkan kurangnya variasi makanan, sehingga tubuh tidak memperoleh zat-zat yang dibutuhkan secara cukup
- e) Ekonomi
Status ekonomi dapat mempengaruhi perubahan status gizi karena penyediaan makanan bergizi membutuhkan pendanaan yang tidak sedikit. (Afdalia, n.d.)

DAFTAR PUSTAKA

- Afdalia, n.d. *Academia*. [Online] Available at:
https://www.academia.edu/11561611/KONSEP_KEBUT_UHAN_NUTRISI
[Accessed 17 Juni 2022].
- Agustin, S., 2022. *Alodokter*. [Online] Available at:
<https://www.alodokter.com/memahami-sistem-pencernaan-manusia>
[Accessed 10 Juni 2022].
- Alimul, A. A., 2012. *Pengantar Kebutuhan Dasar manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dwi Fitri Khotimah, U. N. F. T. S., 2022. *PISCES : Proceeding of integrative science education seminar*. [Online] Available at:
<https://prosiding.iainponorogo.ac.id/index.php/pisces/article/view/117/108>
[Accessed 15 Juni 2022].
- Ndun, I., 2018. *Academia*. [Online] Available at:
https://www.academia.edu/37802222/Asuhan_Keperawatan_Gangguan_Kebutuhan_Nutrisi_Irene_Ndun
[Accessed 15 Juni 2022].
- Potter, P., 2010. *Fundamental of Nursing Fundamental Keperawatan*. 7 ed. Jakarta: Elsevier.
- Putu Eka Nopiyasari, M. H., 2021. Pemenuhan Nutrisi (THE FULFILLMENT OF NUTRITION) LITERATUR REVIEW. *Jurnal online keperawatan indonesia*, 4(1), pp. 17-27.
- sartika, R. a. d., 2008. Pengaruh Asam Lemak Jenuh, Tidak Jenuh dan Asam Lemak Trans terhadap Kesehatan. *jurnal kesehatan masyarakat nasional*, II(4), pp. 154-160.
- Sunarsih, R. A. M., 2016. *BPPSDMK*. [Online] Available at:
<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2017/08/KDM-2-Komprehensif.pdf>
[Accessed 12 Juni 2022].

Tarwoto, W., 2006. *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 9

PEMENUHAN KEBUTUHAN

OKSIGEN

Oleh Vincencius Surani

9.1 Pendahuluan

Oksigen adalah gas transparan dan tidak berbau yang membentuk sekitar 21% dari udara yang kita hirup, oksigen penting bagi semua sel hidup untuk kelangsungan hidupnya. Kekurangan oksigen dapat menyebabkan kematian sel, jaringan dan organisme. Metabolisme sel menghasilkan karbondioksida, yang harus dikeluarkan dari tubuh untuk menjaga keseimbangan asam-basa normal. Pengiriman oksigen dan pembuangan karbondioksida memerlukan integrasi beberapa sistem termasuk sistem hematologi, kardiovaskuler, dan pernapasan. Sistem pernapasan merupakan proses pertama yang penting dalam sistem terintegrasi ini, yaitu pergerakan dan transfer antara atmosfer dan darah. Perubahan fungsi sistem tubuh dapat secara signifikan mempengaruhi kemampuan kita untuk bernapas, mengangkut gas, dan berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Sistem pernapasan erat kaitannya dengan proses respirasi (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Dalam Berman, Snyder and Frandsen (2016), respirasi adalah proses pertukaran gas antara individu dan lingkungan dengan melibatkan empat komponen, yaitu:

1. Ventilasi atau respirasi adalah pergerakan udara masuk dan keluar dari paru-paru saat kita menarik dan menghembuskan napas

2. Pertukaran gas alveoli-kapiler, yang melibatkan difusi oksigen dan karbondioksida antara alveoli dan kapiler paru-paru
3. Transportasi oksigen dan karbondioksida antara jaringan dan paru-paru
4. Pergerakan antara oksigen dan karbondioksida antara kapiler sistemik dan jaringan.

9.2 Struktur dan Proses Sistem Pernapasan

Struktur sistem pernapasan memfasilitasi pertukaran gas dan melindungi tubuh dari benda asing seperti partikel dan patogen. Empat proses sistem pernapasan meliputi ventilasi paru, pertukaran gas alveolar, transportasi oksigen dan karbondioksida, dan difusi sistemik (Potter *et al.*, 2013).

9.2.1 Struktur Sistem Pernapasan

Sistem pernapasan dibagi menjadi sistem pernapasan bagian atas dan sistem pernapasan bagian bawah. Mulut, hidung, faring, dan laring membentuk sistem pernapasan bagian atas. Sistem pernapasan bagian bawah meliputi trakea dan paru-paru, bersama dengan bronkus, bronkiolus, alveoli, jaringan kapiler paru, dan membran pleura (Potter *et al.*, 2013).

9.2.2 Proses Sistem Pernapasan

Secara fungsional, sistem pernapasan terdiri dari beberapa proses pernapasan diantaranya yaitu proses ventilasi, pertukaran gas alveolar, transportasi oksigen dan karbondioksida, dan difusi sistemik. Berikut adalah penjelasan dari proses pernapasan yang terjadi (Potter *et al.*, 2013; Berman, Snyder and Frandsen, 2016):

1. Proses Ventilasi

Proses pertama yang terjadi dalam sistem pernapasan yaitu ventilasi paru-paru yang dilakukan melalui tindakan pernapasan. Pernapasan terjadi karena proses inspirasi (inhalasi) yaitu proses ini terjadi saat udara masuk ke paru-

paru, dan ekspirasi adalah saat udara keluar dari paru-paru. Ventilasi yang adekuat tergantung pada beberapa faktor, yaitu: a) bersihkan jalan napas atau saluran udara, b) sistem saraf pusat (SSP) dan pusat pernapasan yang utuh, c) rongga dada yang mampu mengembang dan berkontraksi, d) paru-paru berkontraksi penuh.

2. Pertukaran Gas

Setelah proses ventilasi, proses kedua dari proses pernapasan yaitu pertukaran gas atau difusi oksigen dari alveolus dan ke dalam pembuluh darah paru dimulai. Difusi adalah pergerakan gas atau partikel lain dari area dengan tekanan atau konsentrasi yang lebih tinggi ke area dengan tekanan atau konsentrasi yang lebih rendah.

Perbedaan tekanan gas di kedua sisi membran pernapasan jelas mempengaruhi difusi. Ketika tekanan oksigen di alveolus lebih tinggi daripada di dalam darah, oksigen berdifusi ke dalam darah. Tekanan parsial (tekanan yang diberikan oleh masing-masing gas dalam campuran tergantung pada konsentrasinya dalam campuran) oksigen (PO_2) di alveoli adalah sekitar 100 mmHg, sedangkan PO_2 dalam darah vena arteri pulmonalis adalah sekitar 60 mmHg. Tekanan ini dengan cepat menyamakan, sehingga tekanan oksigen arteri juga mencapai sekitar 100 mmHg. Sebaliknya, karbondioksida dalam darah vena yang memasuki kapiler paru memiliki tekanan parsial sekitar 45 mmHg (PCO_2), sedangkan di alveoli memiliki tekanan parsial sekitar 40 mmHg. Oleh karena itu, karbondioksida berdifusi dari darah ke alveoli, dimana ia dapat dihilangkan dengan udara yang dihembuskan. Tekanan parsial oksigen dan karbondioksida ditentukan lebih lanjut oleh apakah mereka berasal dari darah arteri atau vena.

3. Transportasi Oksigen dan Karbondioksida

Bagian ketiga dari respirasi melibatkan pengangkutan gas pernapasan. Oksigen harus diangkut dari paru-paru ke jaringan, dan karbondioksida harus diangkut dari jaringan ke paru-paru. Biasanya, sebagian besar oksigen (97%) secara longgar dikombinasikan dengan hemoglobin (pigmen merah yang mengangkut oksigen) dalam sel darah merah (eritrosit) dan diangkut ke jaringan sebagai oksihemoglobin (sel darah merah).

Berbagai faktor mempengaruhi kecenderungan oksigen untuk mengikat dan melepaskan dari hemoglobin. Saat oksigen berdifusi dari darah kapiler ke jaringan, penurunan tekanan parsial oksigen merangsang hemoglobin untuk melepaskan molekul oksigen yang melekat padanya. Selain itu, perubahan Ph darah mempengaruhi kemampuan hemoglobin untuk mengikat dan melepaskan oksigen. Sejumlah kecil oksigen yang tidak terikat pada hemoglobin dilarutkan dan diangkut dalam plasma sebagai PaO_2 .

Beberapa faktor yang mempengaruhi kecepatan pengangkutan oksigen dari paru-paru ke jaringan antara lain: a) curah jantung, b) jumlah sel darah merah dan hematokrit darah, dan c) olahraga.

4. Difusi Sistemik

Proses keempat respirasi adalah difusi oksigen dan karbondioksida antara kapiler dan jaringan dan sel pada tingkat alveolar-kapiler. Saat sel mengkonsumsi oksigen, tekanan parsial oksigen dalam jaringan menurun, menyebabkan oksigen di ujung arteri kapiler berdifusi ke dalam sel. Ketika sel mengkonsumsi lebih banyak oksigen selama latihan atau pada kondisi stres, tekanan meningkat dan difusi ditingkatkan sehingga memungkinkan sel untuk mengatur aliran oksigen mereka sendiri. Karbondioksida dari proses metabolisme terakumulasi dalam jaringan dan berdifusi ke dalam kapiler

dimana tekanan parsial karbondioksida lebih rendah. Dalam keadaan aliran darah yang berkurang seperti kondisi syok, aliran darah kapiler dapat menurun, mengganggu pengiriman oksigen jaringan.

9.3 Jenis Pernapasan

Jenis pernapasan dibagi menjadi dua yaitu pernapasan dada dan pernapasan perut (Williams, 2018), seperti yang dijelaskan berikut ini:

9.3.1 Pernapasan Dada

Pernapasan dada adalah pernapasan yang melibatkan otot-otot interkosta (sela iga). Mekanisme dalam pernapasan dada dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Fase Inspirasi

Selama fase ini terjadi kontraksi otot-otot interkosta hingga rongga dada mengembang sehingga tekanan di dalam rongga dada menjadi lebih rendah daripada tekanan di luar, sehingga udara yang kaya oksigen dari luar bisa masuk.

2. Fase Ekspirasi

Fase ini merupakan relaksasi atau kembalinya otot-otot antar tulang rusuk ke posisi semula, diikuti dengan turunnya tulang rusuk sehingga rongga dada menjadi lebih kecil. Akibatnya, tekanan di dalam rongga dada menjadi lebih tinggi daripada tekanan di luar, sehingga udara kaya karbondioksida di rongga dada bisa dikeluarkan.

9.3.2 Pernapasan Perut

Pernapasan perut melibatkan kerja diafragma yang terletak di antara rongga perut dan rongga dada. Mekanisme pernapasan perut dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Fase Inspirasi

Selama fase ini, diafragma berkontraksi sehingga diafragma mendatar, sehingga rongga dada mengembang dan tekanan menjadi rendah untuk memungkinkan udara luar masuk.

2. Fase Ekspirasi

Fase ekspirasi adalah masa ketika diafragma berelaksasi (kembali ke posisi semula, mengembang) sehingga rongga dada menyempit dan tekanan meningkat, sehingga udara keluar dari paru-paru.

9.4 Faktor yang Mempengaruhi Pernapasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi oksigenasi juga dapat berdampak pada sistem kardiovaskuler serta sistem pernapasan. Faktor-faktor tersebut diantaranya yaitu usia, lingkungan, gaya hidup, status kesehatan, obat-obatan dan stres (Berman, Snyder and Frandsen, 2016; Stein and Hollen, 2021). Berikut penjelasan dari masing-masing faktor tersebut:

9.4.1 Usia

Faktor perkembangan memiliki pengaruh penting pada fungsi pernapasan. Saat lahir, sistem pernapasan akan mengalami perubahan besar. Paru-paru berisi cairan habis, PCO_2 meningkat, dan bayi mengambil napas pertama. Paru-paru mengembang secara bertahap sampai mencapai inflasi penuh pada usia 2 minggu. Perubahan terkait usia yang mempengaruhi sistem pernapasan orang dewasa yang lebih tua sangat signifikan jika sistem pernapasan terganggu oleh perubahan seperti infeksi, stres fisik atau emosional, pembedahan, anestesi, atau prosedur lainnya. Pola perubahan yang dapat diperhatikan dengan bertambahnya usia antara lain: a) dinding dada dan saluran napas menjadi kaku dan kurang elastis, b) jumlah pertukaran gas menurun, c) refleks batuk dan aksi silia menurun, c) selaput lendir menjadi lebih kering dan lebih rapuh, d) kekuatan dan daya tahan otot berkurang, e) jika

osteoporosis, ekspansi paru yang memadai mungkin terganggu, f) penurunan efisiensi sistem kekebalan tubuh, g) penyakit refluks gastroesofageal lebih sering terjadi pada orang tua dan meningkatkan risiko aspirasi. Aspirasi isi lambung ke dalam paru-paru sering menyebabkan bronkospasme dengan memicu respon inflamasi.

9.4.2 Lingkungan

Ketinggian, panas, dingin dan polusi udara mempengaruhi oksigenasi. Semakin tinggi ketinggian, semakin rendah PO_2 yang dihirup seseorang. Akibatnya, orang-orang di dataran tinggi mengalami peningkatan denyut jantung dan pernapasan serta peningkatan kedalaman pernapasan, yang sering menjadi lebih jelas saat individu berolahraga. Orang sehat yang terpapar polusi udara, seperti kabut asap atau asap rokok, dapat mengalami sakit mata, sakit kepala, pusing, dan batuk. Orang dengan riwayat penyakit paru-paru dan gangguan fungsi pernapasan akan mengalami berbagai tingkat sesak napas di lingkungan yang tercemar. Beberapa tidak dapat mengurus diri mereka sendiri dalam lingkungan seperti itu.

9.4.3 Gaya Hidup

Latihan atau aktivitas fisik meningkatkan kecepatan dan kedalaman pernapasan dan dengan demikian suplai oksigen ke tubuh meningkat. Sebaliknya, individu yang tidak banyak bergerak tidak memiliki dilatasi alveolar, dan pola pernapasan dalam muncul pada mereka yang sering aktif dan kurang mampu merespon secara efektif terhadap stresor pernapasan.

9.4.4 Status Kesehatan

Pada orang yang sehat, sistem pernapasan dapat mensuplai oksigen yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Namun,

penyakit pada sistem pernapasan dapat mempengaruhi proses oksigenasi.

9.4.5 Obat-Obatan

Berbagai obat dapat menurunkan kecepatan dan kedalaman pernapasan. Obat yang sering menimbulkan efek ini adalah benzodiazepine, obat sedatif-hipnotik dan antianxiety (misalnya, diazepam/ valium, lorazepam/ ativan, midazolam/ versed, barbiturat misalnya fenobarbital, dan opioid seperti morfin. Dalam pemberian obat ini, perawat harus memantau dengan cermat status pernapasan, terutama pada awal pengobatan atau ketika dosis ditingkatkan. Klien lanjut usia memiliki peningkatan risiko depresi pernapasan dan oleh karena itu lebih sering meminta pengurangan dosis.

9.4.6 Stres

Ketika dibawah tekanan, respon psikologis dan fisiologis dapat mempengaruhi oksigenasi. Beberapa orang mungkin mengalami sesak napas saat sedang stres. Ketika ini terjadi, PO_2 arteri meningkat dan PCO_2 menurun. Akibatnya, orang tersebut mungkin mengalami pusing, mati rasa, dan kesemutan di jari tangan, kaki, dan di sekitar mulut. Secara fisiologis, sistem saraf simpatis dirangsang dan epinefrin dilepaskan selama stres. Epinefrin melebarkan bronkiolus, meningkatkan aliran darah dan pengiriman oksigen ke otot yang bekerja. Sementara respons ini adaptif dalam jangka pendek, mereka dapat merusak, meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular.

9.5 Perubahan Fungsi Pernapasan

Perubahan fungsi pernapasan dapat dipengaruhi oleh beberapa kondisi seperti berikut: a) patensi jalan napas, b) pergerakan udara masuk atau keluar dari paru-paru, c) difusi oksigen dan karbondioksida antara alveoli dan kapiler paru-apru,

d) pengangkutan oksigen dan karbondioksida melalui darah ke dan dari sel-sel jaringan. Penyakit dan kondisi yang mempengaruhi ventilasi atau transportasi oksigen menyebabkan perubahan fungsi pernapasan. Tiga perubahan utama yang sering terjadi adalah hipoventilasi, hiperventilasi, dan hipoksia (Berman, Snyder and Frandsen, 2016; Potter *et al.*, 2019).

Tujuan ventilasi adalah untuk menghasilkan tekanan karbondioksida arteri (PaCO_2) normal antara 35 dan 45 mmHg dan tekanan oksigen arteri normal (PaO_2) antara 80 dan 100 mmHg. Hipoventilasi dan hiperventilasi sering ditentukan oleh analisis gas darah arteri. Hipoksemia mengacu pada penurunan jumlah oksigen arteri. Perawat memantau saturasi oksigen arteri (SpO_2) menggunakan monitor saturasi oksigen atau *pulse oxymeter*. Biasanya SpO_2 adalah lebih besar dari atau sama dengan 95% (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

9.5.1 Hipoventilasi

Hipoventilasi terjadi ketika ventilasi alveolus tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh atau membuang cukup karbondioksida. Ketika ventilasi alveolus berkurang, tubuh menahan karbondioksida. Misalnya, atelektasis, kolapsnya alveoli sehingga mencegah pertukaran normal oksigen dan karbondioksida. Semakin banyak alveolus kolaps, semakin sedikit proses ventilasi paru, menyebabkan hipoventilasi (Potter *et al.*, 2013).

Tanda dan gejala hipoventilasi meliputi perubahan status mental, disritmia, dan potensi henti jantung. Jika tidak diobati, status pasien menurun dengan cepat, menyebabkan kejang-kejang, tidak sadarkan diri, dan dapat menyebabkan kematian (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

9.5.2 Hiperventilasi

Hiperventilasi adalah keadaan ventilasi dimana paru-paru mengeluarkan karbondioksida lebih cepat daripada yang dihasilkan oleh metabolisme seluler. Kecemasan yang parah, infeksi, obat-obatan, atau ketidakseimbangan asam basa menyebabkan hiperventilasi. Kecemasan akut juga menyebabkan hiperventilasi dan ekshalasi jumlah karbondioksida yang berlebihan. Peningkatan suhu tubuh (demam) meningkatkan laju metabolisme, sehingga meningkatkan produksi karbondioksida. Peningkatan kadar karbondioksida merangsang peningkatan kecepatan dan kedalaman pernapasan sehingga menyebabkan hiperventilasi (Potter *et al.*, 2019).

Tanda dan gejala hiperventilasi meliputi pernapasan cepat, napas mendesak, mati rasa dan kesemutan pada tangan/ kaki, kepala terasa ringan, dan kehilangan kesadaran (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

9.5.3 Hipoksia

Hipoksia adalah oksigenasi jaringan yang tidak memadai pada tingkat sel. Kondisi ini merupakan akibat dari kurangnya suplai oksigen atau penggunaan oksigen pada tingkat sel. Ini adalah kondisi yang berpotensi fatal. Jika tidak diobati, dapat menyebabkan aritmia yang mengancam jiwa (Potter *et al.*, 2019). Penyebab hipoksia antara lain: a) penurunan kadar hemoglobin dan penurunan kapasitas pembawa oksigen darah, b) penurunan kadar oksigen inspirasi, yang terjadi pada ketinggian, c) jaringan yang tidak mampu mengambil oksigen dari darah, seperti keracunan sianida, d) berkurangnya difusi oksigen dari alveoli ke dalam darah, seperti pada pneumonia, e) perfusi jaringan yang buruk dengan darah teroksigenasi, seperti syok, dan f) gangguan ventilasi, seperti patah tulang rusuk multipel atau trauma dada (Potter *et al.*, 2013).

Tanda dan gejala klinis hipoksia meliputi ketakutan, kecemasan, ketidakmampuan berkonsentrasi, penurunan tingkat kesadaran, pusing, dan perubahan perilaku. Pasien dengan hipoksia tidak dapat berbaring datar dan menunjukkan tanda-tanda kelelahan dan kegelisahan. Perubahan tanda vital meliputi peningkatan denyut nadi, laju pernapasan, dan kedalaman pernapasan. Pada tahap awal hipoksia, tekanan darah meningkat kecuali jika kondisi tersebut disebabkan oleh syok. Hipoksia yang berat, penurunan frekuensi pernapasan pernapasan karena kelelahan otot pernapasan (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Sianosis, perubahan warna biru pada kulit dan selaput lendir karena adanya desaturasi hemoglobin di kapiler, adalah tanda akhir hipoksia. Ada atau tidak adanya sianosis bukanlah ukuran status oksigen yang dapat diandalkan. Sianosis sentral, terlihat di lidah, langit-langit lunak, dan konjungtiva mata dimana aliran darah tinggi, menunjukkan hipoksemia. Sianosis perifer, terlihat pada ekstremitas, kuku, dan daun telinga, biasanya akibat vasokonstriksi dan gangguan aliran darah (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Selain perubahan yang terjadi diatas, beberapa perubahan atau masalah pada fungsi pernapasan yang lainnya juga dapat terjadi seperti yang diuraikan berikut ini (Potter *et al.*, 2013):

1. *Tachipnea*, yaitu pernapasan cepat dengan frekuensi 24 x/menit atau lebih pada dewasa, 40 – 50 x/menit atau lebih pada anak balita dan 50 x/menit atau lebih pada bayi
2. *Bradipnea*, adalah pernapasan lambat dengan kecepatan sekitar 10 x/menit atau kurang, pernapasan lebih dalam dari biasanya, ritme teratur saat tidur. *Bradipnea* dapat dilihat pada pecandu alkohol, pecandu narkoba dan dengan adanya peningkatan tekanan intrakranial (TIK)
3. *Apnea* (henti napas) adalah berhentinya pernapasan selama respirasi

4. *Kusmaul's* merupakan pernapasan yang cepat dan dalam. Sering pada penderita diabetes dengan asidosis metabolik
5. *Cheyne stokes* adalah pernapasan periodik, pertama cepat, lalu lambat kemudian *apnea*, selanjutnya ke siklus awal lagi. Kondisi ini normal dalam siklus tidur pada lansia. Umum pada pasien dengan peningkatan TIK dan gagal jantung
6. *Orthopnea*, adalah sesak napas saat tidur tetapi hilang dengan duduk atau berdiri
7. *Dispnea*, adalah perasaan berat dan sulit bernapas, yang dapat disebabkan oleh perubahan kadar gas dalam darah, kerja keras dan psikologis.

9.6 Terapi Oksigen

Peningkatan ekspansi paru, pengurangan sekret dan pemeliharaan jalan napas membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi. Namun, beberapa kondisi pasien juga memerlukan terapi oksigen untuk menjaga tingkat oksigenasi jaringan yang sehat (Potter *et al.*, 2019).

9.6.1 Definisi Terapi Oksigen

Terapi oksigen tersedia secara luas dan digunakan dalam berbagai pengaturan untuk mencegah atau meredakan hipoksia jaringan. Tujuan terapi oksigen adalah untuk mencegah atau meredakan hipoksia dengan memberikan oksigen pada konsentrasi yang lebih besar dari udara luar. Oksigen adalah gas medis dan harus digunakan sesuai dengan pengaturan. Penggunaan yang tidak sesuai dapat menimbulkan efek samping yang berbahaya seperti keracunan oksigen. Dosis atau konsentrasi oksigen dipantau terus menerus. Perlu juga dilakukan pemeriksaan rutin terkait dengan instruksi untuk memverifikasi bahwa pasien menerima konsentrasi oksigen yang telah ditentukan. Pemberian oksigen juga berkaitan dengan prinsip enam benar seperti dalam pemberian obat (Potter *et al.*, 2013; Stein and Hollen, 2021).

Oksigen adalah gas yang sangat mudah terbakar. Meskipun tidak terbakar secara spontan atau menyebabkan ledakan, namun dapat dengan mudah menyebabkan kebakaran di ruang pasien jika terkena percikan api dari nyala api terbuka atau peralatan listrik. Dengan meningkatnya penggunaan terapi oksigen di rumah sakit, pasien dan tenaga profesional perawatan kesehatan perlu menyadari bahaya kebakaran (Williams, 2018).

9.6.2 Metode Pemberian Oksigen

Nasal kanul dan masker oksigen adalah perangkat yang paling umum untuk memberikan oksigen kepada pasien (Potter *et al.*, 2019). Berikut adalah uraian penjelasan dari masing-masing metode pemberian oksigen:

1. Nasal Kanul

Nasal kanul adalah perangkat sederhana dan nyaman yang digunakan untuk memberikan oksigen yang sesuai. Kedua nasal sedikit melengkung dan dimasukkan ke dalam lubang hidung pasien. Untuk menjaga agar selang hidung tetap ditempatnya, pasang selang hidung yang terpasang diatas telinga pasien dan kencangkan dibawah dagu menggunakan konektor geser. Perhatikan kerusakan kulit di telinga dan lubang hidung akibat aplikasi yang terlalu ketat. Pasang kanula hidung ke sumber oksigen yang dilembabkan dengan laju aliran hingga 6 liter/menit (konsentrasi 24% hingga 40% oksigen). Laju aliran yang sama atau lebih besar dari 4 liter/menit memiliki efek pengeringan pada mukosa sehingga perlu dilembabkan. Perlu diketahui laju aliran mana yang menghasilkan persentase tertentu dari konsentrasi oksigen inspirasi (FiO_2) (Potter *et al.*, 2019).

Konsentrasi oksigen yang dikirimkan berdasarkan laju aliran oksigen dengan menggunakan oksigen metode nasal kanul adalah sebagai berikut (Potter *et al.*, 2013):

a. 1 liter/menit = 24%

- b. 2 liter/menit = 28%
- c. 3 liter/menit = 32%
- d. 4 liter/menit = 36%
- e. 5 liter/menit = 40%
- f. 6 liter/menit = 44%.

Keuntungan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan nasal kanul diantaranya adalah: a) aman sederhana, b) mudah ditoleransi, c) memberikan konsentrasi rendah sambil memungkinkan pasien untuk makan, berbicara, dan minum, d) tidak menghalangi makan atau berbicara, dan e) sekali pakai (Potter *et al.*, 2013).

Kekurangan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan nasal kanul diantaranya adalah: a) tidak dapat digunakan dengan sumbatan hidung, b) pengeringan ke selaput lendir, jadi aliran lebih besar dari 4 liter/menit perlu dilembabkan, c) dapat menyebabkan iritasi kulit atau kerusakan pada telinga, d) tidak baik untuk pernapasan mulut, dan e) pola pernapasan pasien mempengaruhi FiO₂ yang tepat (Potter *et al.*, 2013). Berikut adalah gambar metode pemberian oksigen menggunakan nasal kanul:



Gambar 9.1 Pemberian Oksigen Dengan Nasal Kanul
(Sumber: Berman, Snyder and Frandsen, 2016)

2. Masker Oksigen

Masker oksigen adalah perangkat plastik yang pas di mulut dan hidung dan diikat dengan tali. Metode ini memberikan oksigen saat pasien bernapas melalui mulut atau hidung melalui selang plastik di dasar masker yang disambungkan ke sumber oksigen. Pita elastis yang dapat disesuaikan dipasang di kedua sisi masker yang meluncur di atas kepala ke atas telinga untuk menahan masker di tempatnya. Ada dua jenis utama oksigen masker yaitu yang memberikan konsentrasi oksigen rendah dan yang memberikan konsentrasi tinggi (Potter *et al.*, 2013).

Metode pemberian oksigen dengan konsentrasi rendah dapat menggunakan masker sederhana (*simple face mask*), sedangkan metode pemberian oksigen dengan konsentrasi tinggi dapat menggunakan *partial rebreather mask with a reservoir bag (rebreathing mask)* dan *non-rebreather mask with a reservoir bag (non-rebreathing mask)* (Potter *et al.*, 2019).

Masker sederhana digunakan untuk terapi oksigen jangka pendek. Ini cocok longgar dan memberikan konsentrasi oksigen dari 35% sampai 50% FiO₂. Masker ini dikontraindikasikan untuk pasien dengan retensi karbondioksida karena retensi dapat memburuk. Laju aliran harus 5 liter atau lebih untuk menghindari *rebreathing* karbondioksida yang dihembuskan yang tertahan di masker. Waspadaai kerusakan kulit di bawah masker dengan penggunaan jangka panjang (Potter *et al.*, 2013). Berikut adalah gambar dari pemberian oksigen menggunakan masker sederhana:



Gambar 9.2 Pemberian Oksigen Dengan *Simple Mask*
(Sumber: Berman, Snyder and Frandsen, 2016)

Masker oksigen dengan kantong penampung (*resevoir*) mampu memberikan konsentrasi oksigen yang lebih tinggi. Masker *rebreather* parsial adalah masker sederhana dengan kantong reservoir yang harus terisi setidaknya sepertiga hingga setengah penuh saat inspirasi dan mengalirkan dari 40% hingga 70% FiO₂ dengan laju aliran 6 sampai 10 liter/menit. Saat digunakan sebagai *non-rebreather* masker, masker sederhana serupa memiliki katup satu arah yang mencegah udara yang dihembuskan kembali ke kantong penampung. Aliran tingkat tinggi harus minimal 10 liter/menit dan memberikan FiO₂ dari 60% sampai 80%. Perlu sering-sering memeriksa kantong penampung untuk memastikannya mengembang. Jika kempis, pasien menghirup sejumlah besar karbondioksida yang dihembuskan. Sistem oksigen aliran tinggi harus dilembabkan (Potter *et al.*, 2013).

Konsentrasi oksigen yang dikirimkan berdasarkan laju aliran oksigen dengan menggunakan oksigen simpel masker sederhana adalah sebagai berikut (Potter *et al.*, 2013):

- a. 5 – 6 liter/menit = 40%

- b. 6 – 7 liter/menit = 50%
- c. 7 – 8 liter/menit = 60%
- d. >8 liter/menit = 60%

Keuntungan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan simpel masker sederhana adalah membantu dalam menyediakan oksigen yang dilembabkan (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Kekurangan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan simpel masker sederhana adalah: a) level FiO₂ yang tepat sulit diperkirakan, b) memerlukan tingkat FiO₂ tinggi pada 5 liter/menit atau lebih untuk mencegah *rebreathing* karbondioksida, c) pasien menghirup udara ruangan melalui lubang samping di masker, d) kemungkinan area tekanan dan iritasi kulit dengan penggunaan jangka panjang, e) lebih sulit untuk makan, berbicara, atau minum ketika di tempat (Berman, Snyder and Frandsen, 2016).

Konsentrasi oksigen yang dikirimkan berdasarkan laju aliran oksigen dengan menggunakan oksigen masker *rebreather partial* dengan kantong reservoir mampu memberikan konsentrasi oksigen tinggi dengan laju kecepatan pada 6 – 10 liter/menit dengan konsentrasi 40% - 70% (Potter *et al.*, 2013). Keuntungan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan masker *rebreather partial* adalah aliran oksigen disuplai untuk mempertahankan kantong reservoir setidaknya 1/3 hingga ½ penuh saat inspirasi (Potter *et al.*, 2013).

Kekurangan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan masker *rebreather partial* adalah: a) kemungkinan area tekanan dan iritasi kulit dengan penggunaan jangka panjang, b) lebih sulit untuk makan, berbicara, atau minum ketika di tempat, dan c) perlu sering memeriksa untuk memastikan kantong reservoir mengembang (Potter *et al.*, 2013). Berikut adalah gambar dari pemberian oksigen menggunakan masker *rebreather partial*:



Gambar 9.3 Pemberian Oksigen dengan *Rebreather Mask*
(Sumber: Berman, Snyder and Frandsen, 2016)

Konsentrasi oksigen yang dikirimkan berdasarkan laju aliran oksigen dengan menggunakan oksigen masker *non-rebreather* dengan kantong reservoir mampu memberikan konsentrasi oksigen tinggi dengan laju kecepatan pada 10 liter/menit dengan konsentrasi 60% - 80% (Potter *et al.*, 2013).

Keuntungan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan masker *non-rebreather* adalah mirip dengan *rebreather partial* dengan kantong reservoir tetapi memiliki katup antara kantong dengan masker untuk mencegah udara yang dihembuskan kembali ke kantong (Potter *et al.*, 2013).

Kekurangan dari menggunakan metode pemberian oksigen dengan masker *non-rebreather* adalah kemungkinan area tekanan dan iritasi kulit dengan penggunaan jangka panjang dan lebih sulit untuk makan, berbicara, atau minum ketika di tempat (Potter *et al.*, 2013).



Gambar 9.4 Pemberian Oksigen Dengan *Non-Rebreather Mask*
(Sumber: Berman, Snyder and Frandsen, 2016)

9.6.3 Prosedur Pemberian Oksigen

Berikut ini adalah standar prosedur operasional untuk melakukan terapi oksigen baik dengan metode nasal kanul, masker sederhana, dan masker *rebreathing* dan *non-rebreathing* (PPNI, 2021).

1. Prosedur Pemberian Oksigen Melalui Nasal Kanul
 - a. Definisi
Memberikan tambahan oksigen melalui selang nasal untuk mencegah dan/atau mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.
 - b. Prosedur
 - 1) Identifikasi pasien dengan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
 - 2) Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
 - 3) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan:
 - a) Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)
 - b) Selang nasal kanul
 - c) *Flowmeter* oksigen
 - d) *Humidifier*
 - e) Cairan steril

- f) Stetoskop
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 5) Tuangkan cairan steril ke *humidifier* sesuai batas
 - 6) Pasang *flowmeter* dan *humidifier* ke sumber oksigen
 - 7) Sambungkan selang nasal kanul ke *humidifier*
 - 8) Atur aliran oksigen 2 – 4 liter/menit, sesuai kebutuhan
 - 9) Pastikan oksigen mengalir melalui selang nasal kanul
 - 10) Tempatkan cabang nasal kanul pada lubang hidung
 - 11) Lingkarkan selang mengitari belakang telinga dan atur pengikatnya
 - 12) Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
 - 13) Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
 - 14) Pasang tanda “oksigen sedang digunakan” di dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu
 - 15) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
 - 16) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
 - 17) Catat prosedur yang dilakukan dan umpan balik pasien:
 - a) Metode pemberian oksigen
 - b) Kecepatan oksigen
 - c) Respon pasien
 - d) Efek samping/merugikan yang terjadi.

2. Prosedur Pemberian Oksigen Melalui Masker Sederhana

a. Definisi

Memberikan tambahan oksigen dengan masker wajah sederhana atau sungkup sederhana (*simple mask*) untuk mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.

b. Prosedur

- 1) Identifikasi pasien dengan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
- 3) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan:
 - a) Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)
 - b) Selang masker wajah (*simple mask*)
 - c) *Flowmeter* oksigen
 - d) *Humidifier*
 - e) Cairan steril
 - f) Stetoskop
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Tuangkan cairan steril ke *humidifier* sesuai batas
- 6) Pasang *flowmeter* dan *humidifier* ke sumber oksigen
- 7) Sambungkan selang masker wajah ke *humidifier*
- 8) Atur aliran oksigen 5 – 10 liter/menit sesuai kebutuhan
- 9) Pastikan oksigen mengalir melalui selang sungkup sederhana
- 10) Pasang masker wajah menutupi hidung dan mulut
- 11) Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
- 12) Bersihkan kulit dan masker setiap 2 – 3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu
- 13) Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
- 14) Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
- 15) Pasang tanda “Oksigen sedang Digunakan” di dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu
- 16) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- 17) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 18) Catat prosedur yang dilakukan dan umpan balik pasien:

- a) Metode pemberian oksigen
- b) Kecepatan oksigen
- c) Respon pasien
- d) Efek samping/merugikan yang terjadi.

3. Prosedur Pemberian Oksigen dengan Masker *Rebreathing* dan *Non-Rebreathing*

a. Definisi

Memberikan tambahan oksigen dengan masker *rebreathing* atau *non-rebreathing* untuk mengatasi kondisi kekurangan oksigen jaringan.

b. Prosedur

- 1) Identifikasi pasien dengan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
- 2) Jelaskan tujuan dan langkah prosedur
- 3) Siapkan peralatan dan bahan yang dibutuhkan:
 - a) Sumber oksigen (tabung oksigen atau oksigen sentral)
 - b) Selang masker *rebreathing* atau *non-rebreathing*
 - c) *Flowmeter* oksigen
 - d) *Humidifier*
 - e) Cairan steril
 - f) Stetoskop
- 4) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 5) Tuangkan cairan steril ke *humidifier* sesuai batas
- 6) Pasang *flowmeter* dan *humidifier* ke sumber oksigen
- 7) Sambungkan selang masker *rebreathing* atau *non-rebreathing* ke *humidifier*
- 8) Atur aliran oksigen 8 – 12 liter/menit (untuk masker *rebreathing*) atau 10 – 15 liter/menit (untuk masker *non-rebreathing*)
- 9) Pastikan oksigen mengalir melalui selang
- 10) Pastikan oksigen mengisi kantong reservoir hingga mengembang

- 11) Pasang masker menutupi hidung dan mulut
- 12) Lingkarkan dan eratkan tali karet melingkari kepala
- 13) Bersihkan kulit area mulut dan hidung serta masker setiap 2 – 3 jam jika pemberian oksigen dilakukan secara kontinu
- 14) Monitor cuping, septum, dan hidung luar terhadap adanya gangguan integritas mukosa/kulit hidung setiap 8 jam
- 15) Monitor kecepatan oksigen dan status pernapasan (frekuensi napas, upaya napas, bunyi paru, saturasi oksigen) setiap 8 jam atau sesuai indikasi
- 16) Pasang tanda “Oksigen sedang Digunakan” di dinding di belakang tempat tidur dan di pintu masuk kamar, jika perlu
- 17) Rapikan pasien dan alat-alat yang digunakan
- 18) Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
- 19) Catat prosedur yang dilakukan dan umpan balik pasien:
 - a) Metode pemberian oksigen
 - b) Kecepatan oksigen
 - c) Respon pasien
 - d) Efek samping/merugikan yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., Snyder, S. J. and Frandsen, G. (2016) *Kozier & Erb's Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Tenth Edit. Edinburgh University Global Health Society.
- Potter, P. A. *et al.* (2013) *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Potter, P. A. *et al.* (2019) *Essentials for Nursing Practice*. ninth edit. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- PPNI (2021) *Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan*. Jakarta: PPNI.
- Stein, L. and Hollen, C. . (2021) *Concept-Based Clinical Nursing Skills: Fundamental to Advanced*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Williams, P. (2018) *deWit's Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.

BAB 10

JENIS MODEL ASUHAN KEPERAWATAN

Oleh Wahyu Rima Agustin

Jenis model asuhan keperawatan menurut Grant dan Massey (1997) serta Marquis dan Huston (1998) terdapat lima model asuhan keperawatan yang sudah ada dan akan dikembangkan di masa depan.

10.1 Fungsional

Model fungsional dilakukan karena terbatasnya jumlah dan kemampuan perawat. Setiap perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan misal perawatan luka dan pengobatan kepada semua pasien di bangsal. Sistem ini mempunyai kekurangan dan kelebihan sebagai berikut:

- 1) Kekurangan
 - a) Setiap perawat tidak dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif
 - b) Komunikasi antar perawat sangat terbatas
 - c) Prioritas hanya kebutuhan fisik sehingga tidak komprehensif
 - d) Pemberian asuhan keperawatan terfragmentasi
 - e) Kepuasan pasien sulit tercapai
 - f) Kepuasan perawat selaku pemberian asuhan keperawatan sulit tercapai
- 2) Kelebihan
 - a) Efisien, terutama untuk ruangan yang mempunyai jumlah tenaga perawat minimal/sedikit

- b) Perawat mempunyai keahlian tertentu
- c) Pengawasan mudah dan sederhana
- d) Kekuasaan, tanggung jawab dan pelaporan jelas.

10.2 Keperawatan Tim

Metode ini menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2- 3 tim yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu.

1) Konsep model tim

- a) Ketua Tim, sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan.
- b) Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas rencana asuhan keperawatan terjamin. Komunikasi yang terbuka dapat dilakukan melalui berbagai cara, terutama melalui rencana asuhan keperawatan tertulis yang merupakan pedoman pelaksanaan asuhan, supervisi, dan evaluasi.
- c) Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melakukan tugas sesuai dengan kemampuan mereka.
- d) Peran kepala ruangan penting dalam metode tim, metode tim akan berhasil baik, apabila didukung oleh kepala ruangan.

2) Tanggung Jawab Perawat

- a) Tanggung jawab anggota tim
 - Memberikan asuhan keperawatan pada pasien di bawah tanggung jawabnya
 - Bekerjasama dengan anggota tim dan antar tim
 - Memberikan laporan
- b) Tanggung jawab ketua tim
 - Membuat perencanaan
 - Membuat penugasan, supervisi dan evaluasi

- Mengetahui/ mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien
 - Mengembangkan kemampuan anggota
 - Menyelenggarakan konferensi
- c) Tanggung jawab kepala ruang
- (1) Perencanaan
- Menunjuk ketua tim yang akan bertugas di ruangan masing- masing
 - Mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya
 - Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien: gawat, transisi dan persiapan pulang bersama ketua tim
 - Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktifitas dan kebutuhan klien bersama ketua tim, mengatur penugasan/ penjadwalan
 - Merencanakan strategi pelaksanaan
 - Mengikuti visite dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologis, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien
 - Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan
 - Membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri
 - Membantu membimbing terhadap peserta didik keperawatan
 - Menjaga terwujudnya visi dan misi keperawatan di rumah sakit
- (2) Pengorganisasian
- Merumuskan metode penugasan yang digunakan
 - Merumuskan tujuan metode penugasan

- Membuat rincian tugas tim dan anggota tim secara jelas
 - Membuat rentang kendali kepala ruangan membawahi 2 ketua tim dan ketua tim membawahi 2 – 3 perawat
 - Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas, mengatur tenaga yang ada setiap hari dan lain- lain
 - Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan
 - Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik
 - Mendelegasikan tugas kepala ruang tidak berada di tempat, kepada ketua tim
 - Identifikasi masalah dan cara penanganannya
- (3) Pengarahan
- Memberikan pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim
 - Memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik
 - Memberikan motivasi dalam peningkatan pengetahuan, keterampilan dan sikap
 - Menginformasikan hal – hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien
 - Melibatkan bawahan sejak awal hingga akhir kegiatan
 - Membimbing bawahan yang mengalami kesulitan dalam melaksanakan tugasnya
 - Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain
- (4) Pengawasan
- Melalui komunikasi: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim dalam

pelaksanaan mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

- Melalui supervisi:
 - ✓ Pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung secara lisan dan memperbaiki/mengawasi kelemahannya yang ada saat itu juga
 - ✓ Pengawasan tidak langsung yaitu mengecek daftar hadir ketua tim, membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan (didokumentasikan), mendengar laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas
 - ✓ Mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim.
 - ✓ Audit keperawatan.

3) Kelebihan dan Kekurangan

a) Kelebihan:

- memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh
- Mendukung pelaksanaan proses keperawatan
- Memungkinkan komunikasi antara tim sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim

b) Kekurangan:

Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu, yang sulit untuk dilaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

10.3 Keperawatan Primer

Keperawatan primer merupakan metode penugasan di mana satu perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien. Hal ini dilakukan mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit. Keperawatan primer mendorong praktik kemandirian perawat karena ada kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Konsep dasar keperawatan primer adalah ada tanggung jawab dan tanggung gugat, ada otonomi, ada ketertiban pasien dan keluarga.

- 1) Tugas perawat primer
 - a) Menerima pasien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif
 - b) Membuat tujuan dan rencana keperawatan
 - c) Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama dinas
 - d) Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain
 - e) Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai
 - f) Menyiapkan penyuluhan untuk pulang
 - g) Melakukan rujukan kepada pekaya sosial, kontak dengan lembaga sosial dimasyarakat
 - h) Membuat jadwal perjanjian klinis
 - i) Mengadakan kunjungan rumah
- 2) Peran kepala ruangan/bangsar
 - a) Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer
 - b) Mengorganisir pembagian pasien kepada perawat primer
 - c) Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten
 - d) Orientasi dan merencanakan karyawan baru
 - e) Merencanakan dan menyelenggarakan pengembangan staff

- f) Membuat 1-2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi
- 3) Kelebihan dan kekurangan
- a) Kelebihannya adalah
- Perawat primer mendapat akontabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan untuk pengembangan diri
 - Memberikan peningkatan autonomi pada pihak perawat, jadi meningkatkan motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat
 - Bersifat kontinuitas dan komprehensif sesuai dengan arahan perawat primer dalam memberikan atau mengarahkan perawatan sepanjang hospitalisasi
 - Membebaskan manajer perawat klinis untuk melakukan peran manajer operasional dan administrasi
 - Kepuasan kerja perawat tinggi karena dapat memberikan asuhan keperawatan secara holistik
 - Staf medis juga merasakan kepuasan karena senantiasa informasi tentang kondisi klien selalu mutakhir dan komprehensif serta informasi dapat diperoleh dari satu perawat yang benar-benar mengetahui keadaan kliennya
 - Perawat ditantang untuk bekerja total sesuai dengan kapasitas mereka
 - Waktu yang digunakan lebih sedikit dalam aktivitas koordinasi dan supervisi dan lebih banyak waktu untuk aktivitas langsung kepada klien
 - Pasien terlihat lebih menghargai
 - Asuhan keperawatan berfokus pada kebutuhan klien
 - Profesi lain lebih menghargai karena dapat berkonsultasi dengan perawat
 - mengetahui semua tentang kliennya

- Menjamin kontinuitas asuhan keperawatan
- Meningkatkan hubungan antara perawat dan klien
- Metode ini mendukung pelayanan profesional

b) Kekurangan

- Hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional
- Tidak semua perawat merasa siap untuk bertindak mandiri, memiliki akuntabilitas dan kemampuan untuk mengkaji serta merencanakan asuhan keperawatan untuk klien
- Akuntabilitas yang total dapat membuat jenuh
- Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama
- Biaya relatif tinggi dibanding metode penugasan yang lain.

10.4 Manajemen kasus

Manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan keperawatan secara multidisiplin yang bertujuan untuk meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan keperawatan yang optimal. Setiap perawat di tugaskan untuk melayani seluruh kebutuhan pasien saat ia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap shift, dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya. Metoda penugasan kasus biasanya diterapkan satu pasien satu perawat, dan hal ini umumnya dilaksanakan untuk perawat privat/pribadi dalam memberikan asuhan keperawatan khusus seperti isolasi dan intensive care.

1) Kelebihan

- a) Perawat lebih memahami kasus per kasus
- b) Sistem evaluasi dari manajerial menjadi lebih mudah

2) Kekurangan

- a) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggung jawab
- b) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.

10.5 Modifikasi: Keperawatan Tim-Primer

Menurut Ratna S. Sudarsono penetapan sistem model modifikasi didasarkan pada beberapa alasan yaitu:

- 1) Keperawatan primer tidak digunakan secara murni, karena sebagai perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan S1 keperawatan atau setara
- 2) Keperawatan TIM tidak digunakan secara murni, karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim
- 3) Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akontabilitas asuhan keperawatan terdapat pada primer.

Peran kepala ruang, perawat primer dan perawat associate dalam model modifikasi:

Kepala ruang	Perawat primer	Perawat associate
<ul style="list-style-type: none">• Menerima pasien baru• Memimpin rapat• Mengevaluasi kinerja perawat• Membuat daftar dinas• Menyediakan material• Perencanaan, pengarahan	<ul style="list-style-type: none">• Membuat perencanaan askep• Mengadakan tindakan kolaborasi• Memimpin timbang terima• Mendelegasikan tugas• Memimpin ronde keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Memberikan askep• Mengikuti timbang terima• Melaksanakan tugas yang didelegasikan• Mendokumentasikan tindakan keperawatan

dan pengawasan	<ul style="list-style-type: none">• Mengevaluasi pemberian askep• Bertanggung jawab terhadap pasien• Memberi petunjuk jika pasien akan pulang• Memimpin timbang terima• Mengisi resume keperawatan	
----------------	--	--

DAFTAR PUSTAKA

- Asmuji. 2012. *Manajemen Keperawatan : Konsep dan Aplikasi*. Yogyakarta: AR-RUZZ MEDIA
- Indriyono, G dan Mulyono, Agus. 2001. *Prinsip Dasar Manajemen*. Edisi 3. Yogyakarta : BPF
- Kurniadi, A. 2013. *Manajemen keperawatan dan prospektifnya: Teori, konsep dan aplikasi*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Suarli, S., & Bahtiar Y. 2010. *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta: Erlangga
- Marquis, B.L. dan Huston, C.J. 2010. *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan teori dan aplikasi, edisi 4*. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Reksohadiprodjo, Sukanto. 2000. *Dasar Dasar Manajemen*. Yogyakarta: BPF
- Roussel, Linda. 2006. *Nursing Management And Leadership*. Jones and Bartlett Publisher .Canada
- Sitorus, R, Yulia. 2006. *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit; Penataan Struktur dan Proses (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran
- Suarli, Bahtial. 2011. *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga

BIODATA PENULIS



Ns. Yunike, S.Kep., M.Kes.

Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palembang

Penulis lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Poltekkes Kemenkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat di publish di Jurnal Nasional dan International bertema tentang Keperawatan Anak. “Setiap hari selalu ada yang ingin di buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangan untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup “Hidup Sekali, Hidup Berarti”.

Email : yunike@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS



Dr. Ira Kusumawaty Kusumawaty, S.Kp., M.Kes., MPH.
Dosen Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palembang

Penulis kelahiran Surabaya ini menekuni bidang keperawatan jiwa, psikologi dan komunikasi. Pendidikan yang telah diikuti mulai dari sarjana keperawatan dan magister kesehatan di Universitas Indonesia, Master of Public Health di Koninklijk Instituut voor de Tropen di Amsterdam dan Pendidikan doktoral Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan di Universitas Gadjah Mada. Berbagai kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat, mempublikasikan karya ilmiah dan kegiatan organisasi profesi telah memberikan banyak pengalaman yang semakin memperkuat dan menguatkan akar keilmuan yang digelutinya. Mengikuti pertemuan ilmiah tingkat nasional maupun internasional telah memperluas wawasan dan perspektif terhadap dunia kesehatan khususnya keperawatan kesehatan jiwa maupun psikologi. Perspektif luar biasa dalam memandang manusia sebagai makhluk ciptaan Allah yang harus dihormati, dihargai dan dijunjung tinggi harkat dan martabatnya, mengarahkan pola pikir dan interaksi terhadap sosok manusia. Ketertarikan penulis untuk memahami keunikan mind, body and soul menjadi dimensi yang sangat penting sebagai fondasi pengembangan interaksi yang terapeutik. Torehan pemikiran maupun cuplikan kata sederhana

dalam buku ini, memberikan bukti kecintaannya untuk selalu mengembangkan diri dalam dunia kesehatan dan keperawatan.
Email: irakusumawaty@poltekkespalembang.ac.id

BIODATA PENULIS

Ardiansa

Dosen Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Kampus Nabire Papua Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura

Penulis lahir di Maros pada tanggal 13 September 1991. Penulis merupakan dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Kampus Nabire Papua. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muslim Indonesia Makassar.

BIODATA PENULIS



Dewi Sartika MS, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dosen tetap di STIKES Amanah Makassar

Penulis lahir di Maros Sulawesi Selatan, 31 Desember 1989. Penulis menempuh pendidikan di Kota Makassar, S1 Keperawatan dan Profesi Ners STIKES Nani Hasanuddin Makassar (tamat 2013). Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan Magister di Universitas Hasanuddin Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik/Fisiologi (tamat 2016).

Penulis juga pernah bekerja di salah satu Rumah Sakit di Kabupaten Bone, RS.M.Yasin Bone dan Poliklinik Pratama Denkesyah Bone. Setelah lulus Magister, penulis aktif sebagai Dosen tetap di STIKES Amanah Makassar sejak tahun 2017 sampai sekarang. Selain itu, penulis juga merupakan anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kota Makassar dan Aliansi Dosen Perguruan Tinggi Swasta Indonesia (ADPERTISI). Penulis juga aktif ikut diberbagai pertemuan ilmiah yang diadakan ditingkat lokal, nasional maupun internasional.

Semoga dengan penulisan buku ini memberikan kontribusi positif bagi dunia pendidikan dan memberi manfaat bagi para pembaca.

BIODATA PENULIS



Dewi Kartika Wulandari, Ns., M.Kep

Dosen Keperawatan pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Muara Uya, Kabupaten Tabalong, Kalimantan Selatan, 23 April 1989. Pendidikan Dasar di SDN 2 Tanjung lulus tahun 2001, SMPN 2 Tanjung lulus tahun 2004, SMAN 2 Tanjung lulus tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan tahap Profesi di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2012, dan S2 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2017. Sekarang bertugas sebagai dosen Keperawatan pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis mengajar pada mata kuliah Keperawatan Dasar, Konsep Dasar Keperawatan dan Ilmu Dasar Keperawatan, sebagai seorang dosen penulis juga aktif melaksanakan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, menulis buku serta aktif melakukan publikasi ilmiah di beberapa jurnal nasional.

Email : adekadilan@gmail.com

BIODATA PENULIS



Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep
Staf Dosen Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Jayapura

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

Email : wibowohanafi@gmail.com

BIODATA PENULIS



Rentawati Purba

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Institut Kesehatan Deli Husada Delitua

Penulis lahir di Sibutuon pada tanggal 30 November 1980. Penulis merupakan dosen tetap di Institut Kesehatan Deli Husada Delitua Program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis telah menyelesaikan Pendidikan S2 Magister Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Deli Husada Delitua.

BIODATA PENULIS



Fitriani

Dosen Yayasan STIKES Amanah Makassar

Penulis lahir ditanabatue, Kabupaten bone Sulawesi selatan, 05 April 1992. Riwayat pendidikan penulis: lulus SMK Keperawatan Tahun 2008, kemudian melanjutkan pendidikan S1 keperawatan dan Profesi Ners di STIKES Amanah Makassar pada tahun 2009 - 2015. Dan telah menyelesaikan program Studi Pasca Sarjana di Universitas Muslim Indonesia Pada tahun 2020 dan mendapatkan Gelar M.Kes. Saat ini aktif dalam melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan menjabat sebagai kepala Laboratorium Prodi Profesi Ners STIKES Amanah Makassar dan Dosen Yayasan STIKES Amanah Makassar di LLDIKTI Wilayah IX.

BIODATA PENULIS



Vincencius Surani

Staf Dosen Jurusan Ilmu Keperawatan
Universitas Katolik Musi Charitas Palembang

Penulis lahir di Taraman, Provinsi Sumatera Selatan tanggal 20 Juli 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Musi Charitas Palembang. Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di tempuh di Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perdhaki Charitas Palembang lulus pada tahun 2013 dan melanjutkan Progam Profesi Ners ditempat yang sama lulus pada tahun 2014. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Ilmu Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara Medan lulus pada tahun 2021.