

BAB 2

TINJAUAN PUSAKA

Bab ini menjelaskan tentang teori yang berhubungan dengan variabel penelitian yaitu konsep Puskesmas, Konsep Pengkajian Komprehensif, dalam konteks proses keperawatan yang diterapkan dalam asuhan keperawatan pada klien sebagai penerima pelayanan di Puskesmas. Konsep pengetahuan dan teori yang mendukung pengembangan pengetahuan sebagai bagian terintegrasi dalam kompetensi juga meliputi ketrampilan. Pemahaman dan pelatihan merupakan upaya perubahan perilaku, khususnya pada kemampuan perawat untuk melakukan pengkajian. Berbagai latar belakang teori tentang kebutuhan dasar manusia dan tatanan pelayan kesehatan primer di Puskesmas. Bagian akhir dari penjelasan konsep-konsep yang berkaitan dengan variabel penelitian akan di rangkum menjadi kerangka teori.

2.1.Puskesmas

2.1.1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan yang setingginya di wilayah kerjanya (Peraturan Menteri Kesehatan No. 75, 2014). Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Secara nasional standar wilayah Puskesmas adalah satu kecamatan. Apabila disuatu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperlihatkan kemampuan wilayah desa / kelurahan atau dusun. (Depkes 2011).

2.1.2. Fungsi Puskesmas

2.1.2.1. Tugas dan fungsi puskesmas dalam penyelenggarakannya:

- a. Melaksanakan kegiatan Upaya Kesehatan Masyarakat atau UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
- b. Melaksanakan kegiatan Upaya Kesehatan Perorangan atau UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya termasuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu, pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, Pelayanan kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung dan melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan.

2.1.3. Kegiatan Puskesmas

2.1.3.1. Kegiatan Pokok Puskesmas

Berdasarkan diagnosa komunitas yang dilakukan puskesmas, maka dapat dirumuskan kegiatan pokok puskesmas yang merupakan upaya wajib puskesmas yang dilakukan sesuai kebutuhan masyarakat dan juga disesuaikan dengan fungsi puskesmas dan kemampuan sumber daya yang tersedia (Depkes RI, 2004). Kegiatan pokok tersebut antara lain: promosi Kesehatan, kesehatan ibu dan anak (KIA) dan keluarga berencana (KB), perbaikan Gizi, kesehatan lingkungan, pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2M), Pengobatan menurut Muninjaya (2004) menyebutkan, pengobatan bertujuan memberikan peng dan perawatan kepada masyarakat. Program ini merupakan bentuk pelayanan kesehatan dasar yang bersifat kuratif. Sasarannya yaitu seluruh masyarakat di wilayah kerja puskesmas yang mengunjungi

puskesmas untuk mendapatkan penanganan masalah kesehatan. Kegiatannya antara lain:menegakkan diagnosa memberikan pengobatan untuk penderita yang berobat jalan atau pelayanan rawat inap khusus untuk puskesmas perawatan, merujuk penderita ke pusat-pusat rujukan medis sesuai dengan jenis penyakit yang tidak mampu ditangani oleh puskesmas, menyelenggarakan puskesmas keliling untuk menjangkau wilayah kerja puskesmas yang belum mempunyai puskesmas pembantu atau wilayah pemukiman penduduk yang masih sulit sarana transportasi.

2.1.4. Jenis pelayanan puskesmas

2.1.4.1.Pelayanan di Dalam Gedung Puskesmas (Rawat Jalan)

Ruang Kartu/Loket, poli Umum, poli Gigi, poli KIA-KB, pokja Gizi, ruang Tindakan/IGD, Apotik, gudang Obat, gudang Inventaris, ruangan Tata Usaha, ruangan Imunisasi, ruangan Laboratorium Sederhana, ruangan Kepala Puskesmas.

2.1.4.2.Pelayanan Puskesmas di luar gedung

Posyandu Balita, posyandu Lansia, penyuluhan Kesehatan pelacakan Kasus, survey PHBS, rapat koordinasi.

2.1.5. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu dari 6 (enam) program pokok di Puskesmas. Hampir seluruh institusi kesehatan (Rumah Sakit Pusat, Rumah Sakit Daerah dan Puskesmas) berusaha untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan terhadap pasien, hal ini berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor Kep/25/R/Pan/2/2004 tentang Pedoman Umum Indeks Kepuasan Masyarakat di Unit Pelayanan pada Instansi pemerintah.

Rawat Jalan merupakan salah satu unit kerja di puskesmas yang melayani pasien yang berobat jalan dan tidak lebih dari 24 jam pelayanan, termasuk seluruh prosedur diagnostik dan terapeutik. Pada waktu yang akan datang, rawat jalan merupakan bagian terbesar dari pelayanan kesehatan di Puskesmas. Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan.

2.1.6. Penilaian Akreditasi

Akreditasi Puskesmas menilai tiga kelompok pelayanan di Puskesmas, yaitu kelompok administrasi manajemen, yang diuraikan dalam Bab I, II, dan III, kelompok Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), yang diuraikan dalam Bab IV, V, dan VI, dan kelompok Upaya Kesehatan Perorangan atau Pelayanan Kesehatan yang diuraikan dalam bab VII, VIII, dan IX. (Kementrian Kesehatan RI, 2014)

Bab VII Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien di Puskesmas meliputi:

- a. Proses pendaftaran pasien
- b. Pengkajian
- c. Keputusan layanan klinis
- d. Rencana layanan Klinis
- e. Rencana rujukan
- f. Pelaksanaan layanan
- g. Pelayanan Anastesi local, sedasi dan pembedahan
- h. Penyuluhan kepada pasien atau keluarga
- i. Makanan dan terapi
- j. Pemulangan dan tindak lanjut

Standar Akreditasi Puskesmas tahun 2014 pada Bab VII. Layanan Klinis yang Berorientasi Pasien (LKBP) menyebutkan pengkajian awal dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan. Maksud dan tujuan dari proses pengkajian awal dilakukan

secara paripurna, mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien. Ketika pasien diterima di Puskesmas untuk memperoleh pelayanan perlu dilakukan kajian awal yang lengkap dalam menetapkan alasan kenapa pasien perlu mendapat pelayanan klinis di Puskesmas. Pada tahap ini, Puskesmas membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan. Kebijakan dan prosedur harus ditetapkan tentang bagaimana proses ini dilaksanakan, informasi apa yang harus dikumpulkan dan didokumentasikan. Pengkajian dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktik, profesi, perizinan, undang-undang dan peraturan terkait atau sertifikasi, hanya mereka yang kompeten dan berwenang yang melaksanakan pengkajian.

Pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang memiliki kewenangan sesuai dengan isi dari Undang-Undang No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 28 praktik keperawatan difasilitas pelayanan kesehatan harus didasarkan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional. Kemudian dalam pasal 29 ayat (1) dinyatakan dalam menyelenggarakan praktik keperawatan, perawat bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, pengelola pelayanan keperawatan. Perawat menjalankan tugasnya sebagai pengelola pelayanan keperawatan berwenang a) melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan, b) merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi pelayanan keperawatan, c) mengelola kasus. Perawat menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan dibidang upayakesehatan perorangan, perawat berwenang melakukan pengkajian secara holistik, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan.

Elemen penilaian formulir pengkajian yang digunakan mencerminkan kebijakan yaitu:

- a. Terdapat prosedur pengkajian awal yang paripurna (meliputi anamnesis/ alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial) untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.
- b. Proses kajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk melakukan kajian (Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat).
- c. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan (Observasi proses penegakan diagnosis dan pemberian asuhan, mencocokkan proses penegakan diagnosis).
- d. Prosedur pengkajian yang ada menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI telah mengeluarkan tata cara mengaudit Puskesmas dengan Konsep yang dinamakan Akreditasi melalui sistem pembinaan yang terencana. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi menjelaskan bagaimana metode dan teknisnya. Secara operasional, Akreditasi dapat dikatakan sebagai pengakuan yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan lewat Badan atau Komisi Akreditasi terhadap fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, yang dianggap telah memenuhi standar mutu pada manajemen dan layanannya. Pengakuan ini diberikan dalam secarik kertas yang disebut sertifikat. Bukan melihat bentuknya, tetapi makna akreditasi sendiri yang perlu dipahami, terutama efek perbaikan bagi Puskesmas. Pelaksanaan akreditasi tidak seperti audit biasa, tetapi lebih menekankan pembinaan dan bimbingan terhadap Puskesmas. Spelaksanaan akreditasi yang dimaksud adalah tinjauan terhadap kondisi atau keadaan Puskesmas,

apakah sudah sesuai dengan standar mutu, jika belum maka akan direkomendasikan perbaikannya. Standar mutu pelayanan keperawatan di Puskesmas merupakan bagian integral dari asuhan kesehatan di Puskesmas baik layanan dalam gedung maupun luar gedung. Akreditasi wajib dilaksanakan secara terus menerus untuk mempertahankan standar mutu, dengan penetapan status akreditasi. (Kementrian RI, 2015)

Penetapan status Akreditasi Puskesmas terdiri atas:

- a. Tidak terakreditasi.
- b. Terakreditasi dasar.
- c. Terakreditasi madya.
- d. Terakreditasi utama.
- e. Terakreditasi paripurna.

2.2. Pendekatan Teori Keperawatan *Virginia Henderson*

Virginia Henderson memandang pasien sebagai individu yang membutuhkan pertolongan untuk mencapai kemandirian dan kelengkapan atau keutuhan pikiran dan tubuh. Virginia menjelaskan praktik keperawatan sebagai praktik mandiri dan tidak tergantung pada dokter. Komponen utama dalam asuhan keperawatan menurut Virginia Henderson (1966, cit by Alligood, 2014) adalah perawat berperan membantu individu yang sehat maupun sakit untuk mencapai kemandirian dalam memenuhi 14 kebutuhan dasar:

- 2.2.1 Bernafas dengan normal
- 2.2.2 Makan dan minum dengan cukup
- 2.2.3 Membuang sampah tubuh
- 2.2.4 Bergerak dan mempertahankan posisi yang di inginkan
- 2.2.5 Tidur dan istirahat
- 2.2.6 Memilih pakaian yang pantas
- 2.2.7 Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian dan memodifikasi lingkungan

- 2.2.8 Memelihara kebersihan tubuh dan berpakaian rapi untuk melindungi kulit
- 2.2.9 Menghindari bahaya di lingkungan dan menghindari menciderai orang lain.
- 2.2.10 Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengungkapkan emosi, kebutuhan, ketakutan dan opini
- 2.2.11 Beribadah sesuai dengan keyakinan yang dianut
- 2.2.12 Bekerja sesuai dengan keinginan untuk memenuhi aktualisasi diri
- 2.2.13 Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk hiburan
- 2.2.14 Belajar, menemukan, atau memuaskan keingintahuan yang akan membimbing kearah perkembangan normal dan kesehatan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia

Teori keperawatan Orlando menekankan hubungan timbal balik antara perawat dan pasien, yaitu apa yang dikatakan perawat dan klien dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi keduanya. Orlando (1991 cit by Alligood, 2014) memandang memandang fungsi perawat professional untuk mencari tahu dan memenuhi kebutuhan pasien mendesak. Seseorang menjadi pasien yang membutuhkan asuhan keperawatan ketika mereka memiliki kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi secara mandiri akibat keterbatasan fisik, adanya respon negative dari lingkungan atau memiliki pengalaman yang menghambat mereka dalam mengungkapkan kebutuhan tersebut. Orlando menekankan bahwa perawat perlu berbagi persepsi, pikiran dan perasaan untuk menentukan apakah kesimpulan mereka sesuai dengan kebutuhan pasien.

2.3. Pengkajian Komprehensif dalam Konteks Proses Keperawatan

Proses Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial (Deswani, 2011).

Menurut Setiadi (2012), pada dasarnya proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Proses keperawatan menurut Doenges, Moorhouse, dan Geissler (1999) adalah proses yang terdiri dari 5 tahap, yaitu pengkajian keperawatan, identifikasi/analisis masalah, diagnosis, implementasi dan evaluasi.

Menurut Mutaqqin (2012), pengkajian yang akurat, lengkap sesuai kenyataan, dan kebenaran data sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai individu. Komprehensif menurut KBBI atau Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah komprehensif/ikom-pre-hen-sif./kompréhénsif/ a 1) bersifat mampu menangkap (menerima) dengan baik, 2) luas dan lengkap (tentang ruang lingkup atau isi), 3) mempunyai dan memperlihatkan. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social maupun spiritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien (Carpenito, 2009)

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama didalam memberikan asuhan keperawatan. Perawat harus mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Kebenaran data sangat penting dalam merumuskan diagnose keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah yang dialami oleh klien (Hutahaean, 2010). Pengkajian merupakan langkah pertama proses keperawatan. Pengkajian adalah melakukan pengumpulan data yang sengaja dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi keadaan kesehatan klien sekarang dan masa lalu (Blais, 2006). Menurut (Hutahaean, 2010) standar dokumentasi pengkajian harus bersifat sistematis, komprehensif, akurat dan kontinu sehingga didapat data yang lengkap dari hasil pengkajian tersebut. Dengan demikian hasil pengkajian

dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat.

Tujuan dokumentasi pengkajian menurut (Hutahaean, 2010) adalah

- a. Mengidentifikasi kebutuhan dan respons klien terhadap masalah-masalah yang dialami klien.
- b. Mengabungkan dan mengorganisasi data-data klien sesuai hasil pengkajian
- c. Meyakinkan garis dasar informasi tentang kesehatan klien sebagai butir referensi untuk mengukur kondisi kesehatan klien

Menurut (Hutahaean, 2010) kriteria pengkajian keperawatan, meliputi:

- a. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.
- b. Sumber data bisa didapat dari pasien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lainnya.
- c. Data yang dikumpulkan harus lengkap, akurat, nyata dan relevan.
- d. Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi:
 - 1) Status kesehatan pasien masa lalu
 - 2) Status kesehatan pasien saat ini
 - 3) Status biologis-psikologis-sosial-spiritual pasien
 - 4) Respon pasien terhadap terapi yang diberikan
 - 5) Harapan pasien terhadap tingkat kesehatan yang optimal
 - 6) Resiko tinggi masalah yang dihadapi

Pengkajian keperawatan tidak sama dengan pengkajian medis. Pengkajian medis difokuskan pada keadaan patologis(penyakit), contohnya diabetes melitus, sedangkan pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon klien terhadap masalah-masalah aktivitas sehari-hari klien. (Hutahaean, 2010).

Dalam buku Standar Akreditasi Puskesmas tahun 2014 menyebutkan Elemen Penilaian formulir pengkajian yang digunakan mencerminkan kebijakan yaitu:

- a. Terdapat prosedur pengkajian awal yang paripurna (meliputi anamnesis/ alloanamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial) untuk mengidentifikasi kasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien mencakup pelayanan medis, penunjang medis dan keperawatan.
- b. Proses kajian dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk melakukan kajian (Petugas pemberi pelayanan klinis: dokter dan perawat).
- c. Pemeriksaan dan diagnosis mengacu pada standar profesi dan standar asuhan (Observasi proses penegakan diagnosis dan pemberian asuhan, mencocokkan proses penegakan diagnosis).
- d. Prosedur pengkajian yang ada menjamin tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.(Kemenkes RI, 2014)

2.3.1. Kebutuhan Klien

Manusia dalam konsep paradigma keperawatan, manusia dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (*makhluk holistik*) yang terdiri dari bio-psiko-sosio-spiritual. Manusia merupakan unsur kedua dalam paradigma keperawatan. Manusia bertindak atau berperilaku secara verbal dan nonverbal, kadang-kadang dalam situasi tertentu manusia dalam memenuhi kebutuhannya membutuhkan pertolongan, dan akan mengalami distress jika mereka tidak dapat melakukannya (Budiono, 2016). Hal ini dijadikan dasar pernyataan bahwa perawat profesional harus berhubungan dengan seseorang yang tidak dapat menolong dirinya dalam memenuhi kebutuhannya, dan manusia harus dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (*makhluk holistik*) yang tidak bisa dipisah-pisahkan.

2.3.1.1. Manusia dipandang sebagai makhluk hidup (bio)

Sebagai makhluk hidup manusia memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

Terdiri atas sekumpulan organ tubuh yang semuanya mempunyai

fungsi yang terintegrasi, setiap organ tubuh mempunyai tugas masing-masing, tetapi tetap bergantung pada organ lain dalam menjalankan tugasnya. Berkembang biak melalui jalan pembuahan, hamil lalu melahirkan bayi yang kemudian tumbuh dan berkembang menjadi remaja, dewasa, menua, dan akhirnya meninggal. Mempertahankan kelangsungan hidup, manusia mempunyai kebutuhan dasar yang harus dipenuhi. Kebutuhan dasar yang paling utama adalah keyakinan kepada Tuhan, kebutuhan biologis dan fisiologis, seperti oksigen, air, makanan, eliminasi dan lainnya.

2.3.1.2. Manusia sebagai makhluk psiko

Manusia mempunyai sifat-sifat yang tidak dimiliki oleh makhluk lain. Manusia mempunyai kemampuan berpikir, kesadaran pribadi dan kata hati (perasaan). Selain itu, manusia juga merupakan makhluk yang dinamis yang dapat berubah dari waktu ke waktu dan bertindak atas motif tertentu untuk mencapai tujuan yang diinginkannya.

2.3.1.3. Manusia sebagai sosial

Manusia tidak bisa lepas dari orang lain dan selalu berinteraksi dengan orang lain. Sifat atau ciri manusia sebagai makhluk sosial akan terbentuk selama manusia bergaul dengan manusia lain. Memiliki kepentingan dengan orang lain, mengabdikan kepada kepentingan sosial, dan tidak dapat terlepas dari lingkungannya, terutama lingkungan sosial. Faktor lingkungan sosial dapat berpengaruh terhadap derajat kesehatan individu maupun masyarakat.

2.3.1.4. Manusia sebagai makhluk spiritual

Stallwood dan Stoll dalam McSherry (2006), mendefinisikan kebutuhan spiritual sebagai faktor diperlukan untuk membangun dan mempertahankan hubungan dinamis pribadi seseorang dengan Tuhan (sebagaimana didefinisikan oleh individu itu) dan keluar

dari hubungan itu untuk mengalami pengampunan, cinta, harapan, kepercayaan, makna dan tujuan dalam hidup. Kebutuhan spiritual tidak murni terkait dengan agama atau kepercayaan terhadap Tuhan tetapi filosofi semantik terhadap kehidupan (mencari makna dan tujuan). Peran para profesional perawatan kesehatan 'untuk membantu individu dalam memahami dan menemukan makna di saat terjadinya krisis seperti penerimaan diagnosis terminal, kehilangan orang yang dicintai, atau beradaptasi dengan kehidupan dengan cacat permanen

Kebutuhan Dasar Manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga dan mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia mempunyai karakteristik kebutuhan yang unik, tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan manusia pada dasarnya meliputi dua kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan akan materi dan non materi. Perawat harus mengetahui karakteristik kebutuhan dasar manusia hal ini untuk memudahkan dalam memberikan bantuan layanan keperawatan (Budiono, 2016).

Abraham Maslow (1908 – 1970), merumuskan suatu teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Menurut teori ini, beberapa kebutuhan manusia tertentu lebih dasar daripada kebutuhan lainnya. Sehingga beberapa kebutuhan harus dipenuhi sebelum memenuhi kebutuhan lainnya. misalnya seseorang lebih butuh dan terpenuhi makan dan minumannya dari pada memenuhi kebutuhan sosial atau harga dirinya.

Hirarki kebutuhan dasar manusia menurut teori ini dapat digolongkan menjadi lima tingkat kebutuhan prioritas (*five*

hierarchy of needs), yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan cinta dan rasa memiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Menurutnya bahwa kebutuhan ini akan senantiasa muncul, meskipun mungkin tidak secara berurutan. Artinya, ada sebagian orang karena suatu keyakinan tertentu memiliki hirarki kebutuhan yang berbeda dibandingkan dengan yang lain. Semakin tinggi hierarki kebutuhan yang terpenuhi, semakin mudah seseorang mencapai derajat kemandirian yang optimal.

Pemenuhan kebutuhan tersebut, menurut Maslow didorong oleh adanya dua kekuatan (motivasi), yakni motivasi kekurangan (*deficiency motivation*) dan motivasi pertumbuhan/perkembangan (*growth motivation*) (Hasyim Muhamad, 2002). Motivasi kekurangan ditujukan untuk mengatasi permasalahan, yaitu ketegangan organistik berupa kekurangan. Sebagai contoh, lapar adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan nutrisi, haus adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan cairan dan elektrolit tubuh, sesak napas adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan oksigen tubuh, takut cemas adalah petunjuk untuk memenuhi kekurangan rasa aman dan sebagainya. Motivasi pertumbuhan/perkembangan didasarkan atas kapasitas setiap manusia untuk tumbuh dan berkembang. Kapasitas ini merupakan bawaan setiap manusia dan dapat mendorong manusia mencapai tingkat hierarki kebutuhan yang lebih tinggi yaitu aktualisasi diri. Selanjutnya, lima tingkat kebutuhan berdasarkan hierarki Maslow dapat digambarkan ke dalam bentuk piramida seperti Gambar 2.1. berikut ini:



Gambar 2.1 Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow

Selanjutnya, masing-masing kebutuhan tersebut dijabarkan lebih jauh, mulai kebutuhan yang paling dasar sampai kebutuhan yang tertinggi, seperti berikut ini.

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis dalam hierarki Maslow menempati urutan yang paling dasar, arti dalam pemenuhan kebutuhan ini seseorang tidak akan atau belum memenuhi kebutuhan lain sebelum terpenuhinya kebutuhan fisiologisnya. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostasis tubuh. Kebutuhan fisiologis ini mutlak harus terpenuhi, jika tidak dapat berpengaruh terhadap kebutuhan lainnya. Manusia memiliki minimal delapan macam kebutuhan fisiologis yang harus terpenuhi. Kebutuhan fisiologis tersebut, meliputi: oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat-tidur, seksual dan lain-lain.

b. Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

Prioritas berikutnya setelah kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan akan keselamatan dan keamanan. Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Orang dewasa secara umum mampu memberikan keselamatan dan keamanan jika dibandingkan

dengan bayi atau anak. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, termal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan fisiologisnya. Keamanan psikologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Dalam konteks hubungan interpersonal seseorang juga membutuhkan rasa aman. Keamanan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman. Misalnya, seseorang yang menjalani operasi apendektomi dapat berpikir bahwa hal ini akan membahayakan keamanannya.

c. Kebutuhan cinta dan rasa memiliki.

Prioritas selanjutnya setelah terpenuhi kebutuhan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan cinta dan rasa memiliki. Kebutuhan dasar ini menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga mereka, diterima oleh teman sebaya, oleh lingkungan dan masyarakat sekitarnya. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan saat seseorang berkeinginan menjalin hubungan yang efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan terus menekan seseorang sedemikian rupa sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan perasaan saling mencintai dan memiliki tersebut. Kebutuhan untuk dicintai atau memiliki adalah keinginan untuk berteman, bersahabat, atau bersama-sama beraktivitas. Ini merupakan

identitas dan prestise untuk seseorang. Kebutuhan dimiliki sangat penting artinya bagi seseorang yang ingin mendapatkan pengakuan. Kebutuhan dicintai dan mencintai meliputi kebutuhan untuk memberi dan menerima cinta serta kasih sayang, menjalani peran yang memuaskan, serta diperlakukan dengan baik.

d. Kebutuhan Harga Diri

Manusia senantiasa membutuhkan perasaan untuk mendapatkan penghargaan dan dihargai oleh orang lain. Penghargaan terhadap diri sering merujuk pada penghormatan diri, dan pengakuan diri, kompetensi rasa percaya diri dan kemerdekaan. Untuk mencapai penghargaan diri, seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukannya serta menyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna. Apabila kebutuhan harga diri dan penghargaan dari orang lain tidak terpenuhi, orang tersebut mungkin merasa tidak berdaya dan merasa rendah diri. Beberapa contoh kebutuhan cinta dan dicintai, jika kebutuhan akan cinta atau keamanan tidak terpenuhi secara memuaskan, kebutuhan akan harga diri juga terancam. Perlu diingat bahwa seseorang yang memiliki harga diri yang baik, akan memiliki kepercayaan diri yang baik pula. Dengan demikian ia akan lebih produktif. Harga diri yang sehat dan stabil tumbuh dari penghargaan yang wajar/sehat dari orang lain, bukan karena keturunan, ketenaran, atau sanjungan yang hampa. Perawat dalam berinteraksi bersama pasien, Anda harus menunjukkan profesionalisme dan menempatkan pasien sebagai guru, sebab Anda harus belajar dari setiap kasus dan karakteristik yang ada pada pasien.

e. **Kebutuhan Aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan yang paling tinggi menurut Maslow dan Kalish. Aktualisasi diri adalah kemampuan seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri serta bebas dari tekanan luar. Lebih dari itu, aktualisasi diri merupakan hasil dari kematangan diri. Abraham Maslow berdasarkan teorinya mengenai aktualisasi diri, pada asumsi dasar bahwa manusia pada hakikatnya memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan. Sehingga manusia memiliki peluang untuk mengembangkan dirinya. Dalam proses perkembangannya manusia dihadapkan pada dua pilihan bebas, yakni pilihan untuk maju atau pilihan untuk mundur. Pilihan-pilihan ini akan menentukan arah perjalanan hidup manusia, apakah mendekati atau menjauhi kesuksesan mencapai aktualisasi diri. Seseorang yang telah mencapai aktualisasi diri akan memiliki kepribadian yang berbeda dengan orang lain pada umumnya. Seorang perawat dalam menjalankan tugasnya harus senantiasa memperhatikan kebutuhan privasi klien dan memenuhinya ketika dalam keadaan sehat atau sakit. Ketika dalam keadaan sehat, individu yang teraktualisasi dirinya biasanya mempunyai kebutuhan kuat terhadap privasi, akan tetapi jika dalam keadaan sakit akan terjadi penurunan privasi khususnya berhubungan dengan kondisi lingkungan rumah sakit.

2.3.2. **Pengkajian**

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan pasien yang membawa pasien pergi ke dokter atau mencari pertolongan. Dalam menuliskan keluhan utama harus disertai dengan indikator waktu, berapa lama pasien mengalami hal tersebut. Riwayat penyakit sekarang adalah riwayat perjalanan penyakit merupakan

cerita yang kronologis, terinci dan jelas mengenai keadaan kesehatan pasien sejak sebelum keluhan utama sampai pasien datang berobat.

Riwayat penyakit dahulu bertujuan untuk mengetahui kemungkinan-kemungkinan adanya hubungan antara penyakit yang pernah diderita dengan penyakitnya sekarang, ditanyakan pula apakah pasien pernah menderita penyakit yang berat dan menjalani operasi tertentu, riwayat alergi obat dan makanan, lama perawatan, apakah sembuh sempurna atau tidak. Obat-obat yang pernah diminum oleh pasien juga harus ditanyakan. Riwayat penyakit keluarga penting untuk mencari kemungkinan penyakit herediter, familial atau penyakit infeksi.

Ada dua tipe dalam tahap pengkajian keperawatan menurut (Setiadi, 2012), yaitu:

a. Data subyektif

Data subyektif merupakan data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi kejadian. Data ini bisa didapatkan dari riwayat keperawatan seperti persepsi pasien, perasaan tentang status kesehatannya

b. Data objektif

Data objektif merupakan data yang didapatkan dari hasil observasi perawat dan sifatnya dapat diukur. Informasi ini dapat didapat dari pemeriksaan fisik klien dan juga pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium.

2.3.3. Pemeriksaan Fisik

Pendekatan pengkajian fisik dapat dilakukan secara:

- a. *Head to toe* : Observasi dilakukan mulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. (keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, telinga, hidung, mulut, tenggorokan,

leher, punggung, dada, paru, jantung, abdomen, ginjal, genitalia, kaki)

- b. *ROS (riview of sytem)* : Observasi melalui system tubuh secara keseluruhan (keadaan umum, tanda-tanda vital, system integument, system kardiovaskuler, system persyarafan, system perkemihan, system pencernaan, system reproduksi)

Teknik pemeriksaan fisik pada tahap pengkajian keperawatan, meliputi:

IPPA: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi

- a. Inspeksi, yaitu proses observasi secara sistematis yaitu dengan indra penglihatan sebagai alat untuk mengumpulkan data
- b. Palpasi, yaitu observasi menggunakan indra peraba
- c. Perkusi, yaitu observasi dengan cara mengetuk misalnya untuk membandingkan keadaan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh
- d. Auskultasi, yaitu observasi dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Sartika, 2010) Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik keperawatan adalah pada kemampuan fungsional klien. Misalnya ketika klien mengalami gangguan sistem muskuloskeletal, maka perawat mengkaji apakah

gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari atau tidak.

Menurut Sartika (2010) Pemeriksaan tanda vital merupakan bagian dari data dasar yang dikumpulkan oleh perawat selama pengkajian. Pemeriksaan tanda vital terdiri atas pemeriksaan nadi, pernafasan, tekanan darah dan suhu. Pemeriksaan ini merupakan bagian penting dalam menilai fisiologis dari sistem tubuh secara keseluruhan. Denyut nadi merupakan sebuah gelombang yang dapat diraba pada arteri bila darah di pompa keluar dari jantung. Denyut ini mudah diraba di suatu tempat dimana ada arteri melintas (Sandi, 2016).

Pemeriksaan tekanan darah dapat dilakukan. Beberapa langkah yang dilakukan pada pemeriksaan tekanan darah menggunakan sfigmomanometer air raksa. Tempat untuk mengukur tekanan darah seseorang adalah : Lengan atas atau Pergelangan kaki. Sebaiknya istirahat duduk dengan tenang selama 5 menit sebelum pemeriksaan dan jangan berbicara saat pemeriksaan. Pikiran harus tenang, karena pikiran yang tegang dan stress akan meningkatkan tekanan darah.

Pernapasan paru merupakan pertukaran oksigen dan karbondioksida yang terjadi pada paru. Fungsi paru adalah tempat pertukaran gas oksigen dan karbondioksida pada pernapasan melalui paru/pernapasan eksternal. Oksigen dipungut melalui hidung dan mulut. Saat bernapas, oksigen masuk melalui trakea dan pipa bronchial ke alveoli, dan dapat erat berhubungan dengan darah di dalam kapiler pulmonalis (Syaifudin, 1997). Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai frekwensi, irama, kedalaman, dan tipe atau pola pernafasan. Pernapasan adalah tanda vital yang paling

mudah di kaji namun paling sering diukur secara sembarangan. Perawat tidak boleh menaksir pernapasan. Pengukuran yang akurat memerlukan observasi dan palpasi gerakan dinding dada.

Tabel 2.1.

Tabel Frekuensi Nafas Per Menit Berdasarkan Usia

Usia	Frekuensi Nafas Per Menit
Bayi baru lahir	30-50
Bayi (6 bulan)	35-40
Toodler	25-32
Anak-anak	20-30
Remaja	16-19
Dewasa	12-20

Tabel 2.2

Tabel Pola Pernafasan.

POLA PERNAFASAN	DESKRIFSI
Dispnea	Susah bernafas yang menunjukkan adanya retraksi.
Bradipnea	Frekuensi pernafasan cepat yang abnormal.
Hiperpnea	Pernafasan cepat dan normal atau peningkatan frekuensi dan kedalaman pernapasan.
Apnea	Tidak ada pernafasan.
Cheyne stokes	Periode pernafasan cepat dalam yang bergantian dengan periode apnea, umumnya pada bayi dan anak selama tidur nyenyak, depresi, dan kerusakan otak.
Kusmaul	Nafas normal yang abnormal bisa cepat, normal, atau lambat umumnya pada asidosis metabolik.
Biot	Nafas tidak teratur, menunjukkan adanya kerusakan atak bagian bawah dan depresi pernafasan.

Suhu adalah keadaan panas dan dingin yang diukur dengan menggunakan termometer. Di dalam tubuh terdapat 2 macam suhu, yaitu suhu inti dan suhu kulit. Suhu inti adalah suhu dari tubuh bagian dalam dan besarnya selalu dipertahankan konstan, sekitar \pm

1°F ($\pm 0,6^{\circ}$ C) dari hari ke hari, kecuali bila seseorang mengalami demam. Sedangkan suhu kulit berbeda dengan suhu inti, dapat naik dan turun sesuai dengan suhu lingkungan. Bila dibentuk panas yang berlebihan di dalam tubuh, suhu kulit akan meningkat. Sebaliknya, apabila tubuh mengalami kehilangan panas yang besar maka suhu kulit akan menurun (Guyton & Hall, 2012). Nilai suhu tubuh juga ditentukan oleh lokasi pengukuran, pengukuran suhu bertujuan memperoleh nilai suhu jaringan dalam tubuh. Lokasi pengukuran untuk suhu inti yaitu rektum, membran timpani, arteri temporalis, arteri pulmonalis, esophagus dan kandung kemih. Lokasi pengukuran suhu permukaan yaitu kulit, oral dan aksila (Potter & Perry, 2009).

Pemeriksaan fisik *Head to Toe*.

Tujuan pengkajian kepala adalah mengetahui bentuk dan fungsi kepala. Wajah normalnya simetris antara kanan dan kiri.

Pemeriksaan fisik mata secara umum tujuan pengkajian mata adalah mengetahui bentuk dan fungsi mata. Dalam inspeksi mata, bagian-bagian mata yang perlu diamati adalah bola mata, kelopak mata, konjungtiva, sklera, dan pupil.

Pengkajian telinga secara umum bertujuan untuk mengetahui keadaan telinga luar, saluran telinga, gendang telinga/membrane timpani, dan pendengaran.

Pemeriksaan fisik hidung dan sinus dikaji dengan tujuan untuk mengetahui keadaan bentuk dan fungsi tulang hidung. Pengkajian hidung dimulai dari bagian luar, bagian dalam dan sinus-sinus. Pengkajian mulut dan faring dilakukan dengan posisi pasien duduk. Pencahayaan harus baik, sehingga semua bagian dalam mulut dapat diamati dengan jelas. Pengamatan diawali dengan mengamati bibir, gigi, gusi, lidah, selaput lendir, pipi bagian dalam, lantai dasar mulut, dan palatum/ langit-langit mulut,

kemudian faring. Pemeriksaan fisik leher dikaji setelah pengkajian kepala selesai dikerjakan. Tujuannya adalah mengetahui bentuk leher, serta organ-organ penting yang berkaitan.

Pemeriksaan fisik bagian dada.

a) Inspeksi

Inspeksi terutama postur, bentuk, dan kesimetrisan ekspansi, serta keadaan kulit. Postur dapat bervariasi, misalnya pada pasien dengan masalah pernafasan kronis, klavikulanya menjadi elevasi. Bentuk dada berbeda antara bayi dan orang dewasa. Dada bayi berbentuk melingkar dengan diameter dari depan ke belakang (antero-posterior) sama dengan diameter transversal. Pada orang dewasa, perbandingan antara diameter antero-posterior dengan diameter transversal adalah 1 : 2. Bentuk dada jadi tidak normal pada keadaan tertentu, misalnya pigeon chest, yaitu bentuk dada yang ditandai dengan diameter transversal sempit, diameter antero-posterior mengecil. Contoh kelainan bentuk dada lainnya adalah barrel chest yang ditandai dengan diameter antero-posterior dan transversal mempunyai perbandingan 1 : 1. Ini dapat diamati pada pasien kifosis.

b) Palpasi

Palpasi dada dilakukan untuk mengkaji keadaan kulit dinding dada, nyeri tekan, massa, peradangan, kesimetrisan ekspansi, dan taktil fremitus (vibrasi yang dapat teraba yang dihantarkan melalui sistem bronkopulmonal selama seseorang berbicara).

c) Perkusi

Keterampilan perkusi dada bagi perawat secara umum tidak banyak dipakai sehingga praktik di laboratorium untuk keterampilan ini hanya dilakukan bila perlu dan di bawah pengawasan instruktur ahli.

d) Aukultasi

Auskultasi biasanya dilaksanakan dengan menggunakan stetoskop. Auskultasi berguna untuk mengkaji aliran udara melalui batang trakeobronkial dan mengetahui adanya sumbatan aliran udara. Auskultasi juga berguna untuk mengkaji kondisi paru-paru dan rongga pleura. Untuk dapat melakukan auskultasi, perawat harus mengetahui bunyi / suara napas yang dikategorikan menurut intensitas, nada, dan durasi antara inspirasi dan ekspirasi seperti di bawah ini.

Pemeriksaan fisik abdomen

a) Inspeksi

Inspeksi dilakukan pertama kali untuk mengetahui bentuk dan gerakan – gerakan abdomen.

b) Auskultasi

Perawat melakukan auskultasi untuk mendengarkan dua suara abdomen, yaitu bising usus (peristaltic) yang disebabkan oleh perpindahan gas atau makanan sepanjang intestinum dan suara pembuluh darah.

c) Perkusi

Perkusi dilakukan untuk mendengarkan / mendeteksi adanya gas, cairan, atau massa di dalam abdomen. Perkusi juga dilakukan untuk mengetahui posisi limpa dan hepar. Bunyi perkusi pada abdomen yang normal adalah timpani, namun bunyi ini dapat berubah pada keadaan – keadaan tertentu. Misalnya, apabila hepar dan limpa membesar, bunyi perkusi akan menjadi redup, khususnya perkusi di area bawah arkus kostalis kanan dan kiri. Apabila terdapat udara bebas pada rongga abdomen, daerah pekak pada hepar akan hilang. Pada keadaan usus berisi terlalu banyak cairan, bunyi yang dihasilkan pada perkusi seluruh dinding abdomen adalah hipertimpani, sedangkan daerah hepar tetap pekak. Perkusi

pada daerah yang berisi cairan juga akan menghasilkan suara pekak. Suara timpani dapat didengarkan pada rongga atau organ yang berisi udara. Suara redup mempunyai cirri nada lebih rendah atau lebih datar daripada resonan. Suara ini dapat didengarkan pada massa padat, misalnya keadaan asites, keadaan distensi kandung kemih, serta pembesaran atau tumor hepar dan limpa.

2.3.4. Aspek Psikososial dan Spiritual

Manusia sebagai makhluk sosial membutuhkan interaksi dengan sesamanya untuk berbagi rasa, bertukar pikiran dan kehendak, baik secara langsung maupun tidak langsung, verbal maupun nonverbal. Hal ini secara alami tertanam dalam diri setiap individu, dan secara alami pula dilakukan sejak lahir. Dengan berkomunikasi manusia dapat saling berhubungan satu sama lain baik secara individu maupun kelompok dalam kehidupan sehari-hari. Hakikat komunikasi adalah proses pernyataan antar manusia (Effendy, 2002). Menurut Homans (dalam Ali, 2004) interaksi sosial didefinisikan sebagai suatu aktivitas yang dilakukan oleh seseorang terhadap individu lain diberi ganjaran atau hukuman dengan menggunakan suatu tindakan oleh individu lain yang menjadi pasangannya. Hal itu senada juga dengan yang dikemukakan oleh Bonner (dalam Ali, 2004) interaksi sosial merupakan suatu hubungan antara dua individu atau lebih, dimana perilaku individu mempengaruhi, mengubah atau mempengaruhi individu lain atau sebaliknya. Interaksi sosial merupakan modal dalam hubungan sosial dengan orang lain, sedangkan Abraham Maslow menyatakan bahwa manusia mempunyai kebutuhan sosial, termasuk kasih sayang, penerimaan oleh masyarakat, keanggotaan kelompok dan kesetiakawanan (Munandar, 2001). Berdasarkan uraian di atas, dapat dikatakan bahwa manusia membutuhkan kedekatan dengan orang lain, untuk saling

berbagi, termasuk berbagi cinta dan kasih sayang. Orang lain yang dimaksud disini bisa berarti keluarga, teman atau bisa juga pasangan.

Hubungan-hubungan sosial tersebut menyangkut hubungan antarindividu, individu (seseorang) dengan kelompok, dan kelompok dengan kelompok. Tanpa adanya interaksi sosial maka tidak akan mungkin ada kehidupan bersama. Untuk itu, semakin tinggi tingkat interaksi sosial seseorang maka semakin baik dalam mewujudkan kehidupan yang harmonis dan dinamis, begitu pula sebaliknya ketika interaksi sosial berkurang merupakan awal mula dari perselisihan dan perpecahan.

2.4. Pengetahuan dan Keterampilan Perawat

2.4.1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan yaitu segala sesuatu yang diketahui yang diperoleh dari persentuhan panca indera terhadap objek tertentu. Pengetahuan pada dasarnya merupakan hasil dari proses melihat, mendengar, merasakan, dan berfikir yang menjadi dasar manusia bersikap dan bertindak. Pengetahuan dapat didefinisikan sebagai actionable information yang dapat ditindaklanjuti atau informasi yang dapat digunakan sebagai dasar untuk bertindak, untuk mengambil keputusan dan menempuh arah atau strategi tertentu (Nursalam, 2015).

Pengetahuan menurut Notoatmojo (2014) merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Menurut Bloom, 1987; Notoatmojo, 2014)

Pengetahuan menurut Notoatmojo (2014) mencakup enam tingkat domain kognitif, yaitu :

2.4.1.1.Tahu (Know)

Tahu dimaksudkan sebagai mengingat kembali suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya atau mengingat kembali (recall) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini. Sehingga dapat dikatakan bahwa tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2.4.1.2.Memahami (Comprehension)

Memahami yaitu suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

2.4.1.3.Aplikasi (Aplication)

Aplikasi dimaksudkan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.

2.4.1.4.Analisis (Analysis)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

2.4.1.5.Sintesis (Synthesis)

Sintesis yaitu suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

2.4.1.6.Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi yang dimaksudkan berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Roger (1974, dalam Mubarak, 2012) mengungkapkan bahwa sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut sudah terjadi proses berurutan, yaitu :

- a. Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. Interest (merasa tertarik), terhadap stimulus atau objek tersebut. Pada proses ini, sikap subjek sudah mulai timbul.
- c. Evaluation (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.
- d. Trial (mencoba), dimana subjek mulai mencoba untuk melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. Adoptiom, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatantingkatan di atas (Mubarak, 2012).

2.4.2. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan dapat dipengaruhi oleh pendidikan, pekerjaan, umur, motivasi, pengalaman, kebudayaan, informasi (Mubarak 2012)
Faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang adalah:

2.4.2.1. Pendidikan

Peran pendidikan semakin penting dalam beberapa tahun terakhir dan perawat diwajibkan untuk mengikuti kursus pendidikan, terutama pendidikan teoritis memiliki pengaruh lebih baik terhadap kinerja perawat (Majeed, 2017). Lebih lanjut menurut Pirret (2007 cit by, Vandick, et.al. 2008) pendidikan perawat harus mencakup dukungan tambahan dari pedoman berbasis bukti saat ini. El Aziz (2014) menyatakan setelah diberikan pendidikan singkat tentang perawatan mulut rata-rata pengetahuan perawat dengan tingkat pendidikan sarjana pada saat pretest adalah $16,7 \pm 3,8$, meningkat pada saat posttest menjadi $28,7 \pm 1,2$. Terdapat perbedaan rata-rata posttest pada perawat diploma dan sarjana ($24,5 \pm 28,7$).

2.4.2.2. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Meretoja, et al.(2004) melakukan studi dengan membandingkan kompetensi antara perawat intensif, perawat unit gawat darurat, perawat di ruang operasi, antar rumah sakit. Hasil studi menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara pengetahuan dan kemampuan dalam mengelola situasi, peran kolaborasi, fungsi diasnotic, pembinaan , memastikan kualitas dan kompetensi secara umum.

2.4.2.3. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik, psikologis (mental). Aspek psikologis atau mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa seiring bertambahnya umur. Umur mempengaruhi pola pikir seseorang sehingga pengetahuan

yang diperolehnya semakin banyak. Penelitian köse, et al (2016) tentang pengetahuan perawat intensif tentang pencegahan *pressure ulcer* menunjukkan bahwa umur mempengaruhi pengetahuan perawat dalam upaya pencegahan *pressure ulcer*.

2.4.2.4.Motivasi/ Minat

Sebagai sesuatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

2.4.2.5.Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Pengalaman merupakan sumber pengetahuan dan juga merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

2.4.2.6.Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai banyak budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan, lingkungan sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk menjaga kebersihan lingkungan, karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi atau sikap seseorang.

2.4.2.7.Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Mubarak, 2012).

2.4.3. Keterampilan

Keterampilan berasal dari kata terampil yang berarti cakap, mampu, dan cekatan. Iverson (2001) mengatakan keterampilan membutuhkan pelatihan dan kemampuan dasar yang dimiliki setiap orang dapat lebih membantu menghasikan sesuatu yang lebih bernilai dengan lebih cepat.

Robbins (2000) mengatakan keterampilan dibagi menjadi 4 kategori, yaitu :

- a. Basic Literacy Skill : Keahlian dasar yang sudah pasti harus dimiliki oleh setiap orang seperti membaca, menulis, berhitung serta mendengarkan.
- b. Technical Skill : Keahlian secara teknis yang didapat melalui pembelajaran dalam bidang teknik seperti mengoperasikan komputer dan alat digital lainnya.
- c. Interpersonal Skill : Keahlian setiap orang dalam melakukan komunikasi satu sama lain seperti mendengarkan seseorang, memberi pendapat dan bekerja secara tim.
- d. Problem Solving : Keahlian seseorang dalam memecahkan masalah dengan menggunakan logika atau perasaanya.

Kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat adalah knowledge (pengetahuan), skill (keterampilan) dan attitude (sikap) dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien (Cusveller & Akkerman, 2016).

Teori Patricia Benner (Alligood, 2014) "*From novice to expert*" menjelaskan bahwa kompetensi yang dimiliki perawat dari awal sampai dengan ahli, melalui proses pendidikan, pelatihan, pengalaman untuk mencapai itu. Kompetensi perawat harus dilakukan evaluasi secara periodik, untuk menentukan kewenangan

klinis yang tepat baik dari segi pengetahuan, keterampilan dan sikap tepat dalam pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas dan aman kepada klien.

Kompetensi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, baik dari dalam maupun dari luar. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kompetensi seseorang antara lain ; bakat yang sudah ada dan melekat sejak dilahirkan, motivasi kerja tinggi, sikap, motif, cara pandang, pengetahuan, keterampilan/ keahlian dan lingkungan. Pengetahuan dan ketrampilan cenderung lebih mudah untuk dikembangkan dengan adanya pendidikan dan pelatihan bagi pegawai yang masih kurang kompetensinya. Sedangkan konsep diri, watak dan motif berada pada *personality iceberg*, lebih tersembunyi sehingga cukup sulit untuk dikembangkan (Moeheriono, 2010).

2.5.Pelatihan (Training)

2.5.1.Definisi Pelatihan

Dessler (2015) mengemukakan bahwa, “Pelatihan (training) berarti memberikan kepada karyawan baru atau karyawan yang ada keterampilan yang mereka butuhkan untuk melakukan pekerjaan mereka. Pelatihan sangat penting, jika karyawan yang berpotensi tinggi sekalipun tidak mengetahui apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya, mereka akan berimprovisasi atau tidak melakukan sesuatu sama sekali”.

Menurut Rosidah (2009) pelatihan penting dilakukan karena merupakan cara yang digunakan oleh organisasi untuk mempertahankan, menjaga, memelihara, dan sekaligus meningkatkan keahlian para pegawai untuk kemudian dapat meningkatkan produktivitasnya.

Hasibuan (2011) menjelaskan bahwa pelatihan merupakan suatu usaha untuk meningkatkan kemampuan teknis, teoritis, konseptual dan moral karyawan. Mathis & Jackson (2006) menyatakan pelatihan adalah sebuah proses dimana orang mendapatkan kapabilitas untuk membantu pencapaian tujuan-tujuan organisasional. Sehingga dari pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa pelatihan adalah proses sistematis untuk memperbaiki kemampuan, perubahan sikap dan perilaku para pegawai dalam melaksanakan tugasnya sehingga terjadi peningkatan keahlian, pengetahuan, keterampilan yang spesifik yang berkaitan dengan pekerjaan.

2.5.2. Proses Pelatihan

Pemberi kerja harus menggunakan proses pelatihan yang rasional. Standarnya disini masih menggunakan model pelatihan dasar analisis – desain – kembangkan – implementasikan – evaluasi (analysis – design– develop – implement – evaluate – ADDIE) yang telah digunakan para ahli pelatihan selama bertahun-tahun (Allen, 2006 ; Dressler, 2015). Sebagai contoh, sebuah vendor pelatihan mendeskripsikan proses pelatihan mereka sebagai berikut :

2.5.2.1. Analisis kebutuhan pelatihan,

2.5.2.2. Desain program pelatihan secara keseluruhan,

2.5.2.3. Kembangkan mata pelajarannya (benar-benar menyusun/ membuat materi pelatihan),

2.5.2.4. Implementasikan pelatihan, dengan benar-benar melatih kelompok karyawan sasaran dengan menggunakan metode seperti pelatihan on-the-job atau dering

2.5.2.5. Evaluasi efektivitas mata pelajaran tersebut (Dessler, 2015).

Menurut Rivai (2009), di dalam pelatihan ada beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dan berperan yaitu: efektivitas biaya, materi program yang dibutuhkan, prinsip-prinsip pembelajaran, ketepatan dan kesesuaian fasilitas, kemampuan dan preferensi peserta pelatihan serta kemampuan dan preferensi instruktur pelatihan.

2.5.3. Metode pelatihan

Metode pelatihan berarti ketepatan cara penyampaian yang digunakan selama pelatihan itu berlangsung. Training yang tidak terlepas dari pengembangan kemampuan, pengukuran tujuan yang jelas, dan perubahan sikap dapat diterapkan dengan beberapa pilihan metode sesuai dengan lingkungan pelatihan (Wagonhurst, 2002).

Beberapa metode tersebut menurut Wagonhurst meliputi lecture, guest facilitators, and video tape material. Hasibuan (2005) menyatakan dalam melaksanakan pelatihan ini ada beberapa metode yang digunakan, antara lain metode on the job dan off the job training adalah sebagai berikut :

2.5.3.1. On The Job

Training On the job training (OJT) atau disebut juga pelatihan dengan instruksi pekerjaan sebagai suatu metode pelatihan dengan cara para pekerja atau calon pekerja ditempatkan dalam kondisi pekerjaan yang nyata, dibawah bimbingan dan supervisi dari karyawan yang telah berpengalaman atau terlatih. Dalam on the job training perlu memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Adanya pembimbing yang bertanggung jawab atas keberhasilan calon karyawan dalam melaksanakan tugasnya.

- b. Tersedianya waktu yang cukup agar dapat mencapai tingkat terampil atau mahir.
- c. Sikap, perilaku pegawai yang mendukung (antusias, rajin dan tekun).

Ada beberapa macam metode pelatihan on the job training :

- a. Instruksi Pelatihan dengan instruksi pekerjaan sebagai suatu metode pelatihan dengan cara para pekerja atau calon pekerja ditempatkan dalam kondisi pekerjaan yang nyata, di bawah bimbingan dan supervisi dari pegawai yang telah berpengalaman atau seorang supervisor.
- b. Rotasi Untuk pelatihan silang (cross-train) bagi karyawan agar mendapatkan variasi kerja, para pengajar memindahkan para peserta pelatihan dari tempat kerja yang satu ke tempat kerja yang lainnya.
- c. Magang
Magang melibatkan pembelajaran dari pekerja yang lebih berpengalaman. Ini menggunakan partisipasi tingkat tinggi dari peserta dan memiliki tingkat transfer tinggi kepada pekerjaan.
- d. Pelatihan Jabatan Calon karyawan dilibatkan secara langsung dibawah seorang pemimpin (yang bertugas sebagai pelatih), calon karyawan tersebut dijadikan sebagai pembantu pimpinan atau pelatih

2.5.3.2. Off The Job Training

Pelatihan di luar kerja (Off the job training) adalah pelatihan yang berlangsung pada waktu karyawan yang dilatih tidak melaksanakan pekerjaan rutin/biasa. Ada

beberapa macam metode pelatihan off the job training :
(Hasibuan, 2005).

a. Ceramah Kelas dan Presentase Video

Ceramah adalah pendekatan terkenal karena menawarkan sisi ekonomis dan material organisasi. Partisipasi dan umpan balik dapat meningkat dengan adanya diskusi selama ceramah.

b. Pelatihan Vestibule.

Agar pembelajaran tidak mengganggu operasional rutin, beberapa perusahaan menggunakan pelatihan vestibule. Wilayah atau vestibule terpisah di buat dengan peralatan yang sama dengan yang digunakan dalam pekerjaan. Cara ini memungkinkan adanya transfer, repetisi, dan partisipasi serta material perusahaan bermakna dan umpan balik.

c. Demonstrasi

Metode demonstrasi merupakan metode pelatihan yang sangat efektif karena lebih mudah menunjukkan kepada peserta cara mengerjakan suatu tugas. Suatu demonstrasi menunjukkan dan merencanakan bagaimana sesuatu itu dikerjakan. Metode demonstrasi melibatkan penguraian dan memeragakan sesuatu melalui contoh-contoh.

d. Simulasi.

Permainan simulasi dapat dibagi menjadi dua macam. Pertama, simulasi yang melibatkan simulator yang bersifat mekanik (mesin) yang mengandalkan aspekpek utama dalam suatu situasi kerja. Kedua, simulasi komputer. Metode ini sering berupa games atau permainan. Para pemain membuat suatu keputusan, dan komputer menentukan hasil yang terjadi sesuai

dengan kondisi yang telah diprogramkan dalam computer.

e. Belajar Terprogram

Bahan–bahan pembelajaran terprogram adalah bentuk lain dari belajar mandiri. Biasanya terdapat program komputer atau cetakan booklet yang berisi tentang pertanyaan dan jawaban. Setelah membaca dan menjawab pertanyaan, pembaca langsung mendapatkan umpan balik kalau benar, belajar lanjut kalau salah.

Pelatihan yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan cara ceramah untuk materi pengkajian komprehensif dan demonstrasi untuk ketrampilan perawat mengkaji kebutuhan klien.

Sementara menurut Ranupandojo dan Husnan (2003) metode pelatihan untuk karyawan operasional antara lain adalah:

2.5.3.1. On the Job Training

Sistem ini memberikan tugas kepada kemampuan atasan langsung dari karyawan yang baru untuk melatih mereka. Cara ini mempunyai efek fisik dan psikologis yang kuat terhadap para karyawan yang dilatih karena dijalankan.

2.5.3.2. Vestibule School: Merupakan bentuk pelatihan dimana pelatihnya bukan atasan langsung, tetapi pelatih-pelatih khusus. Salah satu bentuk vestibule school ini adalah simulasi.

2.5.3.3. Apprenticeship: Biasa dipergunakan untuk pekerja-pekerja yang membutuhkan keterampilan yang relatif tinggi. Program apprenticeship ini bisa

mengkombinasikan on the job training dan pengalaman dengan petunjuk-petunjuk di kelas dalam pengetahuan tertentu.

2.5.3.4. Kursus-kursus khusus: Merupakan bentuk pengembangan karyawan yang lebih mirip pendidikan dari pada pelatihan. Kursus-kursus ini biasanya diadakan untuk memenuhi minat para karyawan dalam bidang-bidang pengetahuan tertentu (di luar bidang pekerjaannya), seperti kursus bahasa asing.

2.6. Hubungan Pelatihan dengan Pengetahuan dan Keterampilan

Pada dasarnya program pelatihan proses mengajarkan keahlian dan pemberian pengetahuan dimana pegawai dapat memperbaiki dan melaksanakan tugasnya dengan baik serta dapat merubah sikap kearah yang lebih baik. Seperti yang dinyatakan oleh Ambar T. Sulistiyani dan Rosidah (2003), pelatihan adalah proses sistematis, perubahan perilaku para karyawan dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasi.

Hal itu juga dinyatakan oleh Robert L. Mathis (Terjemahan Jimmy Sadeli dan Bayu Prawira, 2002), Pelatihan adalah suatu proses orang-orang mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi, oleh karena itu, proses ini terkait dengan berbagai tujuan organisasi, pelatihan dapat dipandang secara sempit maupun luas. Program pelatihan merupakan suatu perbaikan kinerja para pegawai yang dibebankan kepadanya yang dirasa penting untuk dilaksanakan oleh setiap organisasi, sehingga pegawai mengalami kemajuan dalam hal pengetahuan, keterampilan dan keahliannya sesuai dengan bidang pekerjaannya. Seperti halnya yang dinyatakan oleh Harris (2000), bahwa ada alasan tentang pokok mengapa pelatihan dan pengembangan dirasakan

semakin penting dilaksanakan oleh setiap organisasi. Alasan karena pelatihan adalah proses belajar yang ditimbulkan oleh reaksi tingkah laku seorang karyawan, dalam hubungan dengan organisasi dan untuk mengurangi tingkat biaya. Program pelatihan adalah suatu pendidikan jangka pendek untuk mengajarkan ilmu pengetahuan, keahlian dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas dan kewajibannya, sehingga pegawai memberikan kontribusi terhadap instansi maupun perusahaan. Maka kemampuan dan keterampilan yang telah didapatnya diaplikasikan dalam pekerjaannya serta terus menerus meningkatkan kualitas kerjanya.

Andrew F. Sikula (dalam Mangkunegara, 2000 : 43) mendefinisikan pelatihan sebagai berikut: *“Training is a short term educational process utilizing systematic and organized procedure by which non managerial personel learn technical knowledge and skill for a definite purpose”*. (latihan adalah suatu proses pendidikan jangka pendek dengan menggunakan prosedur yang sistematis dan terorganisir, sehingga karyawan operasional belajar pengetahuan teknik pengerjaan dan keahlian untuk tujuan tertentu).

Menurut Amstrong (2000), Pelatihan adalah konsep terencana yang terintegrasi, yang cermat, yang dirancang untuk menghasilkan pemahaman yang diperlukan untuk meningkatkan kinerja pekerjaan. Maka jelas apa yang telah dikatakan oleh para ahli diatas bahwa program pelatihan merupakan konsep yang terencana secara menyeluruh untuk mengubah kinerja yang tadinya jelek menjadi baik, maka dengan adanya kinerja yang baik diharapkan mampu menghadapi tuntutan-tuntutan situasi kerja.

Menurut Lees (2010), peningkatan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan termasuk pengkajian dapat dilakukan melalui pelatihan atau kursus. Lebih lanjut Less (2010) menjelaskan bahwa peningkatan pengetahuan/pemahaman yang diperoleh melalui pelatihan atau kursus

akan mendukung pendokumentasian yang lebih lengkap. Penelitian yang dilakukan Tallaut (2003) menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan melalui pelatihan berkorelasi dengan peningkatan ketepatan pendokumentasian dan kinerja perawat. Berdasarkan KMK RI No. 725/Menkes/SK/V/2003, pelatihan adalah proses pembelajaran dalam rangka meningkatkan kinerja, profesionalisme dan menunjang karier tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas dan fungsinya (Bintoro & Daryanto, 2014). Pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu, terinci dan rutin. Pelatihan diharapkan dapat mengembangkan perawat bekerja secara efektif dan efisien, termasuk meningkatkan kemampuan dalam pengkajian keperawatan di puskesmas.

2.7. Kerangka Teori

Kerangka teori pada penelitian ini disajikan dengan pendekatan berfikir system dapat di lihat pada skema 2.1. di bawah ini. Skema Teori Penelitian 14 Kebutuhan Dasar menurut Virginia Henderson dan Teori proses Keperawatan menurut Orlando (Sumber Alligood, 1998 dalam Yani, 2017)

Skema 2.1 Kerangka Teori

