

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Keperawatan**

##### 1. Pengertian perawat

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Kusnanto (2003), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan/asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan.

Wardhono (1998) mendefinisikan perawat adalah orang yang telah menyelesaikan pendidikan profesional keperawatan, dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran serta fungsinya.

Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawatan yang dirancang untuk kebaikan pasien (Suwignyo, 2007)

##### 2. Pengertian keperawatan

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu (Nursalam, 2008).

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada

ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. (Kusnanto, 2003)

Roy (dalam Nursalam, 2008) mendefinisikan bahwa tujuan keperawatan adalah meningkatkan respons adaptasi yang berhubungan dengan empat model respons adaptasi. Perubahan internal, eksternal, dan stimulus input bergantung dari kondisi coping individu. Kondisi coping menggambarkan tingkat adaptasi seseorang. Tingkat adaptasi ditentukan oleh stimulus fokal kontekstual, dan residual. Stimulus fokal adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap input yang masuk. Penggunaan fokal pada umumnya bergantung pada tingkat perubahan yang berdampak terhadap seseorang. Stimulus kontekstual adalah semua stimulus lain yang merangsang seseorang baik internal maupun eksternal serta mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan secara subjektif disampaikan oleh individu. Stimulus residual adalah karakteristik atau riwayat seseorang dan timbul secara relevan sesuai dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.

Tindakan keperawatan yang diberikan adalah meningkatkan respons adaptasi pada situasi sehat dan sakit. Tindakan tersebut dilaksanakan oleh perawat dalam memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, atau residual pada individu. Dengan memanipulasi semua stimulus tersebut, diharapkan individu akan berada pada zona adaptasi. Jika memungkinkan, stimulus fokal yang dapat mewakili semua stimulus harus dirangsang dengan baik.

### 3. Keperawatan profesional

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan yang profesional merupakan praktek keperawatan yang dilandasi oleh nilai-nilai profesional, yaitu mempunyai otonomi dalam pekerjaannya, bertanggung jawab dan bertanggung gugat, pengambilan

keputusan yang mandiri, kolaborasi dengan disiplin lain, pemberian pembelaan dan memfasilitasi kepentingan klien. Tuntutan terhadap kualitas pelayanan keperawatan mendorong perubahan dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif dan bermutu. Dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional diperlukan sebuah pendekatan manajemen yang memungkinkan diterapkannya metode penugasan yang dapat mendukung penerapan perawatan yang profesional di rumah sakit (Bimo, 2008).

Model praktek keperawatan profesional (MPKP) adalah salah satu metode pelayanan keperawatan yang merupakan suatu system, struktur, proses dan nilai-nilai yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut. MPKP telah dilaksanakan di beberapa negara, termasuk rumah sakit di Indonesia sebagai suatu upaya manajemen rumah sakit untuk meningkatkan asuhan keperawatan melalui beberapa kegiatan yang menunjang kegiatan keperawatan profesional yang sistematis. Penerapan MPKP menjadi salah satu daya ungkit pelayanan yang berkualitas. Metode ini sangat menekankan kualitas kinerja tenaga keperawatan yang berfokus pada profesionalisme keperawatan antara lain melalui penerapan standar asuhan keperawatan.

Standar Asuhan Keperawatan merupakan pernyataan kualitas yang diinginkan dan dapat dinilai pemberian asuhan keperawatan terhadap klien. Untuk menjamin efektifitas asuhan keperawatan pada klien, harus tersedia kriteria dalam area praktek yang mengarahkan keperawatan mengambil keputusan dan melakukan intervensi keperawatan secara aman. adanya standar asuhan keperawatan dimungkinkan dapat memberikan kejelasan dan pedoman untuk mengidentifikasi ukuran dan penilaian akhir. Standar asuhan keperawatan dapat meningkatkan dan memfasilitasi perbaikan dan pencapaian kualitas asuhan keperawatan.

#### 4. Konsep utama keperawatan

Terdapat lima konsep utama keperawatan yaitu (Suwignyo, 2007):

##### a. Tanggung jawab perawat

Tanggung jawab perawat yaitu membantu apapun yang pasien butuhkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (misalnya kenyamanan fisik dan rasa aman ketika dalam mendapatkan pengobatan atau dalam pemantauan. Perawat harus mengetahui kebutuhan pasien untuk membantu memenuhinya. Perawat harus mengetahui benar peran profesionalnya, aktivitas perawat profesional yaitu tindakan yang dilakukan perawat secara bebas dan bertanggung jawab guna mencapai tujuan dalam membantu pasien. Ada beberapa aktivitas spontan dan rutin yang bukan aktivitas profesional perawat yang dapat dilakukan oleh perawat, sebaiknya hal ini dikurangi agar perawat lebih terfokus pada aktivitas-aktivitas yang benar-benar menjadi kewenangannya.

##### b. Mengenal perilaku pasien

Mengenal perilaku pasien yaitu dengan mengobservasi apa yang dikatakan pasien maupun perilaku nonverbal yang ditunjukkan pasien.

##### c. Reaksi segera

Reaksi segera meliputi persepsi, ide dan perasaan perawat dan pasien. Reaksi segera adalah respon segera atau respon internal dari perawat dan persepsi individu pasien, berfikir dan merasakan.

##### d. Disiplin proses keperawatan

Menurut George (dalam Suwignyo, 2007) mengartikan disiplin proses keperawatan sebagai interaksi total (*totally interactive*) yang dilakukan tahap demi tahap, apa yang terjadi antara perawat dan pasien dalam hubungan tertentu, perilaku pasien, reaksi perawat terhadap perilaku tersebut dan tindakan yang harus dilakukan,

mengidentifikasi kebutuhan pasien untuk membantunya serta untuk melakukan tindakan yang tepat.

e. Kemajuan / peningkatan

Peningkatan berarti tumbuh lebih, pasien menjadi lebih berguna dan produktif.

5. Perawat profesional

Kelompok kerja Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia di tahun 2001 merumuskan kompetensi yang harus dicapai oleh perawat profesional adalah sebagai berikut (Nurachmah, 2002):

- a. Menunjukkan landasan pengetahuan yang memadai untuk praktek yang aman.
- b. Berfungsi sesuai dengan peraturan / undang – undang ketentuan lain yang mempengaruhi praktek keperawatan.
- c. Memelihara lingkungan fisik dan psychososial untuk meningkatkan keamanan, kenyamanan dan kesehatan yang optimal.
- d. Mengenal kemampuan diri sendiri dan tingkat kompetensi profesional.
- e. Melaksanakan pengkajian keperawatan secara komprehensif dan akurat pada individu dan kelompok di berbagai tatanan.
- f. Merumuskan kewenangan keperawatan melalui konsultasi dengan individu / kelompok dengan memperhitungkan regimen therapeutic anggota lainnya dari tim kesehatan.
- g. Melaksanakan asuhan yang direncanakan.
- h. Mengevaluasi perkembangan terhadap hasil yang diharapkan dan meninjau kembali sesuai data evaluasi
- i. Bertindak untuk meningkatkan martabat dan integritas individu dan kelompok
- j. Melindungi hak –hak individu dan kelompok
- k. Membantu individu atau kelompok membuat keputusan berdasarkan informasi yang dimiliki

## **B. Asuhan keperawatan**

Model ilmu keperawatan berdasarkan adaptasi Roy (Nursalam, 2008) memberikan pedoman kepada perawat dalam mengembangkan asuhan keperawatan. Unsur proses keperawatan meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, intervensi dan evaluasi.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien serta sistematis menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Rasionalnya pengkajian keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan pasien yang digunakan untuk merumuskan masalah pasien dan sebagai rencana tindakan.

Adapun kriteria proses, meliputi :

- a Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik serta dari pemeriksaan penunjang.
- b Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis dan catatan lain.
- c Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi :
  - 1) Status kesehatan klien masa lalu
  - 2) Status kesehatan klien saat ini
  - 3) Status biologis-psikologis-sosial-spiritual
  - 4) Respon terhadap terapi
  - 5) Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal
  - 6) Resiko-resiko tinggi masalah

Proses pengkajian ini perawat menganalisis pola perubahan perilaku klien tentang ketidakefektifan respons atau respons adaptif yang memerlukan dukungan perawat. Jika ditemukan ketidakefektifan respons (maladaptif), perawat melaksanakan pengkajian tahap kedua. Pada tahap ini, perawat mengumpulkan data tentang stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang berdampak pada klien. Proses ini bertujuan untuk

mengklarifikasi penyebab dari masalah dan mengidentifikasi faktor kontekstual dan residual yang sesuai (Nursalam, 2008).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respons individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar (lingkungan). Sifat diagnosis keperawatan adalah (1) berorientasi pada kebutuhan dasar manusia, (2) menggambarkan respons individu terhadap proses, kondisi dan situasi sakit, (3) berubah jika respons individu juga berubah (Nursalam, 2008). Perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

Adapun kriteria proses, meliputi :

- a Perencanaan diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, indentifikasi masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan.
- b Diagnosa keperawatan terdiri dari : masalah (P), penyebab (E) dan tanda atau gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE)
- c Bekerjasama dengan klien, dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan
- d Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien.

Kriteria proses, meliputi :

- 1) Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan.
- 2) Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan
- 3) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
- 4) Mendokumentasi rencana keperawatan.

#### 4. Implementasi

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

Kriteria proses, meliputi :

- a Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
- b Kolaborasi dengan tim kesehatan lain
- c Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien
- d Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
- e Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

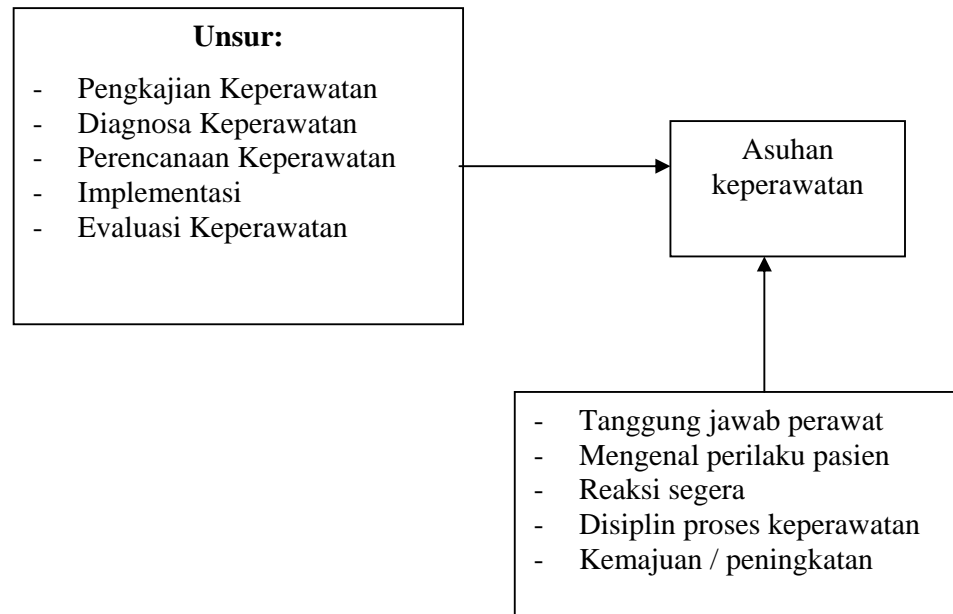
Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan.

Adapun kriteria prosesnya :

- a Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus.
- b Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan
- c Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat
- d Bekerjasama dengan klien keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- e Mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.



## B. Kerangka Teori



Gambar : 2.1 kerangka teori

Sumber : Suwignyo (2007) dan Nursalam (2008)

## C. Variabel penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu asuhan keperawatan yang terdiri dari tiga unsur yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.