

Buku Ajar

KEPERAWATAN KELUARGA



Dr. Nur Hamim, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.
Sunanto, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.
Ro'isah, SKM., SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.



Buku Ajar
KEPERAWATAN KELUARGA

Buku Ajar KEPERAWATAN KELUARGA

**Dr. Nur Hamim, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.
Sunanto, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.
Ro'isah, SKM., SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.**



Buku Ajar

KEPERAWATAN KELUARGA

© Penerbit Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia (PRCI)

Penulis:

Dr. Nur Hamim, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.

Sunanto, SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.

Ro'isah, SKM., SKM., S.Kep., Ns., M.Kes.

Editor: Rusli

Cetakan Pertama: Juli 2022

Cover: Tim Kreatif PRCI

Tata Letak: Tim Kreatif PRCI

Hak Cipta 2022, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia

ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151

Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website: www.rcipress.rcipublisher.org

E-mail: rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2022 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I –: Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2022

Dimensi : 14,8 x 21 cm

ISBN: 978-623-448-152-5

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang

Hak Cipta Pasal 72

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta
Pasal 72

Barang siapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta terkait sebagai dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga Buku Asuhan Keperawatan Keluarga ini telah selesai disusun. Penyusunan Buku Asuhan Keperawatan Keluarga bertujuan untuk membantu mahasiswa mencapai kompetensi yang telah ditetapkan sehingga diharapkan mahasiswa memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk dapat menerapkan asuhan keperawatan keluarga secaaik baik dan benar, di dlam buku ini penulus menjelaskan secara luas tentang konsep keluarga sampa dengan asuhan keperawata keluarga di lengkapi dengan contoh askepnya.

Penulis Menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kami mengharapakan saran yang membangun untuk perbaikan buku ini berikutnya. Semoga Buku ini dapat bermanfaat bagi tenaga kesehatan.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vi
BAB 1 KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER	1
A. Definisi	1
B. Tinjauan Sejarah	2
C. Konsep Pelayanan Kesehatan Primer	2
D. Tujuan PHC.....	4
E. Fungsi PHC.....	4
F. Tiga Unsur Utama PHC	5
G. Lima Prinsip Dasar PHC	5
H. Program Program PHC	5
I. Delapan Element PHC	6
J. Ciri Ciri PHC	6
K. Tanggung Jawab Perawat Dalam PHC.....	6
L. KESIMPULAN.....	7
 BAB II KONSEP PERKEMBANGAN KEPERAWATAN	 9
A. Sejarah.....	9
B. Pengertian Keperawatan	13
C. Definisi Perawat	14
D. Tren Keperawatan.....	15
E. Paradigma Keperawatan	18
F. Unsur Paradigma Keperawatan.....	18
G. Konsep Paradigma	20
H. Keperawatan Sebagai Profesi	21
I. Karakteristik Profesi	22
J. Perkembangan Profesionalisme Keperawatan	24
K. Pohon Ilmu (<i>Body of Knowledge</i>)	26

L. Cerminan Perawat Profesional.....	27
BAB III KONSEP KELUARGA.....	29
BAB IV KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA.....	35
A. Tipe Keluarga.....	35
B. Tugas Keluarga.....	35
C. Bentuk Keluarga.....	36
D. Rencana Perawatan Keluarga.....	39
BAB V STRUKTUR DAN CIRI KELUARGA.....	46
A. Ciri-ciri Struktur Keluarga.....	47
B. Ciri-ciri Keluarga Indonesia.....	47
C. Macam-macam Struktur Keluarga.....	47
BAB VI PERANAN DAN FUNGSI KELUARGA.....	54
A. Peranan Keluarga.....	54
B. Fungsi Keluarga dalam Konsep Keluarga.....	54
C. Tahap-Tahap Kehidupan Atau Perkembangan Keluarga.....	58
D. Perilaku Kesehatan Keluarga.....	61
E. Tahap InteraKeluarga Sejahtera Sehat-Sakit Keluarga.....	62
F. Karakteristik Keluarga Sehat.....	64
BAB VII PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA.....	66
A. Pengertian.....	66
B. Tugas Keluarga dalam Kesehatan.....	67
C. Peran Perawat Keluarga.....	68
D. Prinsip Keperawatan Keluarga.....	70
E. Contoh Analisa data Penelitian Keperawatan Keluarga.....	71

BAB VIII <i>HOME CARE</i> (PERAWATAN DI RUMAH)	73
A. Definisi <i>Home Care</i>	75
B. Tujuan <i>Home Care</i>	77
C. Manfaat pelayanan <i>Home Care</i>	77
D. Ruang lingkup pelayanan <i>Home Care</i>	78
E. Bentuk pelayanan <i>Home Care</i>	78
F. Pemberi pelayanan <i>Home Care</i>	79
 BAB IX TREN ISSUE KEPERAWATAN KELUARGA.....	81
BAB X MANAGEMEN SUMBERDAYA KELUARGA	85
BAB XI FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA	92
BAB XII SKORING MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA	111
 DAFTAR PUSTAKA.....	116
BIOBIOGRAFI PENULIS.....	170

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

BAB 1

KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

A. Definisi

Pelayanan Kesehatan Primer Atau *Primery Health Center* (PHC) adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk. PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima, terjangkau, pelayanan kesehatan yang diberikan adalah esensial bisa diraih, yang esensial dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya pada diri sendiri disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan. PHC memiliki 3 (tiga) strategi utama, yaitu kerjasama multisektoral, partisipasi masyarakat, dan penerapan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan dengan keluarga sejahtera di masyarakat. (Menkes RI, 2018)

Partisipasi Pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metoda dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat, melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*Self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self Determination*)

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan komprehensif berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif,

rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemerikeluarga Sejahteraan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasia (Rahma A, et.al 2015)

B. Tinjauan Sejarah

Kegiatan PHC dimulai resmi pada tahun 1977, ketika sidang kesehatan WHO ke 30. Pada konferensi internasional 1978 di Alma Alta (Uni Soviet) pada tanggal 12 September 1978, ditentukan bahwa tujuan agar menemukan titik temu dengan PHC. Resolusi dikenal dengan *Health For All by the Year 2000* (HFA 2000) atau sehat untuk semua di tahun 2000 adalah merupakan target resmi dari bangsa-bangsa yang tergabung dalam WHO.

Pada tahun 1981 setelah diidentifikasi tujuan kesehatan untuk semua dan startegi PHC untuk merealisasikan tujuan, WHO membuat indikator global untuk pemantauan dan evaluasi yang dicapai tentang sehat untuk semua pada tahun 1986. Indikator tersebut adalah :

1. Perkembangan sosial dan ekonomi
2. Penyediaan pelayanan kesehatan status kesehatan
3. Kesehatan sebagai object atau bagain dari perkembangan sosial ekonomi.

Pemimpin perawat yang menjadi kunci dalam mencetuskan usaha perawatan PHC adalah Amelia Mengny Maglacas pada tahun 1986.

C. Konsep Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan kesehatan essensial yang dibuat dan bisa terjangkau secara universal oleh individu dan keluarga di dalam masyarakat.

Fokus dari pelayanan kesehatan primer luas jangkauannya dan merangkum berbagai aspek masyarakat dan kebutuhan kesehatan. PHC merupakan pola penyajian pelayanan kesehatan dimana konsumen pelayanan kesehatan menjadi mitra dengan profesi dan ikut serta mencapai tujuan umum kesehatan yang lebih baik.

WHO mendorong negara berkembang untuk melakukan reformasi dalam rangka penguatan pelayanan kesehatan primer. Empat reformasi yang harus dilakukan keluarga sejahteraan semua negara yaitu reformasi Universal Coverage, penyediaan layanan, kebijakan publik, dan kepemimpinan. Dengan melakukan reformasi tersebut, sistem kesehatan nasional dapat menjadi lebih jelas, lebih efektif dan efisien (WHO, 2008). Konsep pelayanan kesehatan primer sebagai gatekeeper dikembangkan oleh Primary Care Center John Hopkins University, meliputi 4 domain utama yaitu first contact care (fungsi kontak pertama), continuity care (fungsi koordinasi layanan), coordination care (fungsi koordinasi layanan) dan comprehensiveness care (fungsi komprehensif layanan) (Starfield, Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia 40 Volume 2, Nomor 1 1994). Konsep ini diadopsi oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan menjadi salah satu indikator performa BPJS yang tercantum dalam Buku Panduan Praktis Gate Keeper Concept BPJS Kesehatan. Dalam Permennkes 75/2014, Puskesmas sebagai salah satu pelayanan kesehatan primer menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dalam keluarga sejahteraan saat ini Pelayanan kesehatan di puskesmas lebih terfokus pada aspek kuratif (Muninjaya, 2014). Sikap petugas kesehatan menjadi

faktor dominan dimana akan mempengaruhi pemanfaatan kembali pelayanan kesehatan di puskesmas tersebut, sehingga sikap baik perlu dimiliki oleh petugas kesehatan dan menjadi perhatian menuju pelayanan kesehatan prima. Selain itu, persepsi yang baik terhadap sikap petugas kesehatan akan mempengaruhi kontinuitas layanan sehingga pasien akan selalu ke puskesmas tersebut ketika ada keluhan sakit. (Wulandari & Achadi. 2016)

D. Tujuan PHC

1. Tujuan Umum

Mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

2. Tujuan Khusus

- a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan pendudukan yang dilayani
- b. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
- c. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
- d. Pelayanan harus secara maKeluarga Sejahtraimum menggunakan tenaga dan sumber – sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

E. Fungsi PHC

Fungsi PHC menurut Azrul Azwar, (2001) adalah sebagai Berikut:

1. Pemeliharaan kesehatan
2. Pencegahan penyakit
3. Diagnosis dan pengobatan

4. Pelayanan tindak lanjut
5. Pemberian sertifikat

F. Tiga Unsur Utama PHC

1. Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
2. melibatkan peran serta masyarakat
3. melibatkan kerjasama lintas sektoral

G. Lima Prinsip Dasar PHC

1. Pemerataan upaya kesehatan
2. Penekanan pada upaya preventif
3. Menggunakan teknologi tepat guna
4. melibatkan peran serta masyarakat
5. Melibatkan kerjasama lintas sektoral

H. Program Program PHC

1. Asuransi kesehatan
2. Pos Abat Desa (POD)
3. Tanaman Obat keluarga (TOGA)
4. Pos Kesehatan
5. Kemitraan Dengan Sektor Di luar Kesehatan
6. Peningkatan pemberdayaan Masyarakat
7. Upaya promotif dan Preventif
8. Pelayanan Kesehatan dasar
9. Tenaga Kesehatan Sukarela
10. Kader kesehatan
11. Kegiatan Peningkatan Pendapatan (perkreditan, perikann, industri rumah tangga)

I. Delapan Element PHC

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya
2. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
4. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
5. Immunisasi terhadap penyakit-penyakit infeKeluarga Sejahtraai utama
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
7. Pengobatan penyakit umum dan ruda paKeluarga Sejahtraa
8. Penyediaan obat-obat essensial

J. Ciri Ciri PHC

1. Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
2. Pelayanan yang menyeluruh
3. Pelayanan yang terorganisasi
4. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat
5. Pelayanan yang berkesinambungan
6. Pelayanan yang progresif
7. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
8. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah wsatu aspek saja

K. Tanggung Jawab Perawat Dalam PHC

1. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan

2. Kerjasama dengan masyarakat, keluarga dan individu
3. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan tehnik asuhan diri sendiri pada masyarakat
4. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat.
5. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

L. Kesimpulan

1. PHC merupakan startegi untuk menyajikan pelayanan kesehatan essensial kepada masyarakat
2. Para petugas pada sistem PHC merupakan mitra dalam berbagai kegiatan bersama-sama dengan anggota masyarakat
3. PHC menandakan pelayanan kesehatan yang terbayar, bisa dijangkau, tersedia dan bisa diterima
4. Pengkajian masyarakat, menentukan prioritas kesehatan. Implementasi aktifitas melaKeluarga Sejahteraanakan evaluasi merupakan aspek-aspek perawatan kesehatan masyarakat yang dipakai PHC
5. Menghimbau masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri, menyiapkan diri untuk mendapatkan kesempatan mekasanakan perawatan sendiri dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan dan sosial.
6. Memberikan penyuluhan kepada penduduk mengenai perkembangan kesehatan dan sosial untuk membantu diri mereka meraih perawatan mandiri, mengambil keputusan sewndiri dan mempercayai diri sendiri.

7. Target dari PHC adalah seluruh masyarakat dan bukan individu.
8. PHC Berbeda dengan pelayanan primer. Pelayanan primer merupakan komponen dari PHC
9. Para petugas kesehatan masyarakat berpartisipasi dalam implementasi PHC
10. TIM PHC terdiri dari perawat, dokter, gigi, apoteker, penyuluhan kesehatan, ahli sanitasi dan ahli diet.
11. Perawat yang efektif dari sistem PHC bekerja dekat dengan penduduk, masyarakat dengan sumber-sumber dan dengan profesional-profesional lain di masyarakat yang bersangkutan.
12. Perawat di tim PHC membutuhkan kepemimpinan yang disertai ketrampilan manajemen.

BAB II

KONSEP PERKEMBANGAN KEPERAWATAN

A. Sejarah

1. Pendahuluan

Keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, ikut menentukan mutu dari pelayanan kesehatan. Tenaga keperawatan secara keseluruhan jumlahnya mendominasi tenaga kesehatan yang ada, dimana keperawatan memberikan kontribusi yang unik terhadap bentuk pelayanan kesehatan sebagai satu kesatuan yang relatif, berkelanjutan, koordinatif dan advokatif. Keperawatan sebagai suatu profesi menekankan kepada bentuk pelayanan professional yang sesuai dengan standart dengan memperhatikan kaidah etik dan moral sehingga pelayanan yang diberikan dapat diterima oleh Masyarakat dengan baik. Sejarah Keperawatan sebagai suatu pekerjaan sudah ada sejak manusia ada di bumi ini, keperawatan terus berkembang sesuai dengan kemajuan peradaban teknologi dan kebudayaan.

2. Perkembangan Keperawatan Dunia

Konsep keperawatan dari abad ke abad terus berkembang, berikut adalah perkembangan keperawatan di dunia : (1). Mother Instink Pekerjaan keperawatan sudah ada sejak manusia diciptakan, keperawatan ada sebagai suatu naluri (*instink*). Setiap manusia pada tahap ini menggunakan akal pikirannya untuk menjaga kesehatan, mengurangi stimulus kurang menyenangkan, merawat anak, menyusui anak

dan perilaku masih banyak perilaku lainnya. (2) Animisme Manusia pada tahap ini memiliki keyakinan bahwa keadaan sakit adalah disebabkan oleh arwah/roh halus yang ada pada manusia yang telah meninggal atau pada manusia yang hidup atau pada alam (batu besar, pohon, gunung, sungai, api, dll). Untuk mengupayakan penyembuhan atau perawatan bagi manusia yang sakit maka roh jahat harus di usir, para dukun mengupayakan proses penyembuhan dengan berusaha mencari pengetahuan tentang roh dari sesuatu yang mempengaruhi kesehatan orang yang sakit. Setelah dirasa mendapatkan kemampuan, para dukun berupaya mengusir roh dengan menggunakan mantra-mantra atau obat-obatan yang berasal dari alam. (3) Keperawatan penyakit akibat kemarahan para dewa Pada tahap ini manusia sudah memiliki kepercayaan tentang adanya dewa-dewa, manusia yang sakit disebabkan oleh kemarahan dewa.

Untuk membantu penyembuhan orang yang sakit dilakukan pemujaan kepada para dewa di tempat pemujaan (kuil), dengan demikian dapat dikatakan bahwa kuil adalah tempat pelayanan kesehatan. (4) Ketabiban Mulai berkembang kemungkinan sejak $\pm$ 14 abad SM, pada masa ini telah dikenal teknik pembidaian, hygiene umum, anatomi manusia. (5) Diakones dan Philantrop Berkembang sejak $\pm$ 400 SM, para diakones memberikan pelayanan perawatan yang diberikan dari rumah ke rumah, tugas mereka adalah membantu pendeta memberikan pelayanan kepada masyarakat dan pada masa ini merupakan cikal bakal berkembangnya ilmu keperawatan kesehatan masyarakat. Philantop adalah kelompok yang mengasingkan diri dari keramaian dunia, dimana mereka merupakan tenaga inti yang memberikan pelayanan di pusat pelayanan kesehatan (RS) pada masa itu. (6) Perkembangan ilmu kedokteran Islam Pada tahun 632 Masehi, Agama Islam

melalui Nabi Muhammad SAW dan para pengikutnya menyebarkan agama Islam keseluruh pelosok dunia.

Selain menyebarkan ajaran agama beliau juga menyebarkan ilmu pengetahuan tentang perilaku hidup bersih dan pengobatan terhadap penyakit (kedokteran). (7) Perawat terdidik (600 – 1583) Pada masa ini pendidikan keperawatan mulai muncul, dimana program itu menghasilkan perawat-perawat terdidik. Pendidikan keperawatan diawali di Hotel Dieu dan Lion Prancis yang kemudian berkembang menjadi rumah sakit terbesar disana. Pada awalnya perawat terdidik diselekt keluarga sejahtra dari para pengikut agama dimana tenaga mereka diperbantukan dalam kegiatan perawatan paska terjadinya perang salib. Tokoh perawat yang terkenal pada saat (1182 – 1226) itu adalah St Fransiscas dari Asisi Italia. (8) Perawat Profesional (abad 18 – 19) Perkembangan ilmu pengetahuan semakin pesat sejak abad ini termasuk ilmu kedokteran dan keperawatan. Florence Nightingale (1820-1910) adalah tokoh yang berjasa dalam pengembangan ilmu keperawatan, beliau mendirikan sekolah keperawatan moderen pada tahun 1960 di RS St. Thomas di London.

Melihat perkembangan keperawatan di dunia dengan kemajuannya dari tahap yang paling klasik sampai dengan terciptanya tenaga keperawatan yang professional dan diakui oleh dunia internasional tentu dapat dijadikan cerminan bagi perkembangan keperawatan di Indonesia. Mengikuti perkembangan keperawatan di dunia.

3. Perkembangan Keperawatan Di Indonesia

Keperawatan di Indonesia juga terus berkembang, adapun perkembangannya adalah sebagai berikut : (1). Seperti halnya perkembangan keperawatan di dunia, di Indonesia pada awalnya pelayanan perawatan masih didasarkan pada

naluri, kemudian berkembang menjadi aliran animisme, dan orang bijak beragama. (2). Penjaga orang sakit (POS/zieken oppasser) Sejak masuknya Vereenigde oost Indische Compagnie di Indonesia mulai didirikan rumah sakit, Binnen Hospital adalah RS pertama yang didirikan tahun 1799, tenaga kesehatan yang melayani adalah para dokter bedah, tenaga perawat diambil dari putra pertiwi. Pekerjaan perawat pada saat itu bukan pekerjaan dermawan atau intelektual, melainkan pekerjaan yang hanya pantas dilakukan oleh prajurit yang bertugas pada kompeni. Tugas perawat pada saat itu adalah memasak dan membersihkan bagsal (*domestik work*), mengontol pasien, menjaga pasien agar tidak lari/pasien gangguan kejiwaan. (3) Model keperawatan Vokasional (abad 19) Berkembangnya pendidikan keperawatan non formal, pendidikan diberikan melalui pelatihan-pelatihan model vokasional dan dipadukan dengan latihan kerja. (4) Model keperawatan kuratif (1920) Pelayanan pengobatan menyeluruh bagi masyarakat dilakukan oleh perawat seperti imunisasi/vaKeluarga Sejahtera, dan pengobatan penyakit seKeluarga Sejahtera. (5) Keperawatan semi professional Tuntutan kebutuhan akan pelayanan kesehatan (keperawatan) yang bermutu oleh masyarakat, menjadikan tenaga keperawatan dipacu untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dibidang keperawatan. Pendidikan-pendidikan dasar keperawatan dengan sistem magang selama empat tahun bagi lulusan sekolah dasar mulai bermunculan. (6) Keperawatan preventif Pemerintahan belanda menganggap perlunya hygiene dan sanitasi serta penyuluhan dalam upaya pencegahan dan pengendalian wabah, pemerintah juga menyadari bahwa tindakan kuratif hanya berdampak minimal bagi masyarakat dan hanya ditujukan bagi mereka yang sakit. Pada tahun 1937 didirikan

sekolah mantri hygiene di Purwokerto, pendidikan ini terfokus pada pelayanan kesehatan lingkungan dan bukan merupakan pengobatan.(7) Menuju keperawatan professional sejak Indonesia merdeka (1945) perkembangan keperawatan mulai nyata dengan berdirinya sekolah pengatur rawat (SPR) dan sekolah bidan di RS besar yang bertujuan untuk menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Pendidikan itu diberontakan bagi mereka lulusan SLTP ditambah pendidikan selama 3 tahun, disamping itu juga didirikan sekolah bagi guru perawat dan bidan untuk menjadi guru di SPR. Perkembangan keperawatan semakin nyata dengan didirikannya organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia tahun 1974. (8) Keperawatan professional Melalui lokakarya nasional keprawatan dengan kerjasama antara Depdikbud RI, Depkes RI dan DPP PPNI, ditetapkan definisi, tugas, fungsi dan kompetensi tenaga perawat professional di Indonesia. Diilhami dari hasil lokakarya itu maka didirikanlah akademi keperawatan, kemudian disusul pendirian PSIK FK-UI (1985) dan kemudian didirikan pula program paska Sarjana (1999).

B. Pengertian Keperawatan

Pada lokakarya nasional 1983 telah disepakati pengertian keperawatan sebagai berikut, keperawatan adalah pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio psiko sosio spiritual yang komprehensif yang ditujukan kepada individu, kelompok dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Florence Nightingale (1895) mendefinisikan keperawatan sebagai berikut, keperawatan adalah

menempatkan pasien dalam kondisi paling baik bagi alam dan isinya untuk bertindak.

Calilista Roy (1976) mendefinisikan keperawatan merupakan definisi ilmiah yang berorientasi kepada praktik keperawatan yang memiliki sekumpulan pengetahuan untuk memberikan pelayanan kepada klien. Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keperawatan adalah upaya pemberian pelayanan/asuhan yang bersifat humanistic dan professional, holistic berdasarkan ilmu dan kiat, standart pelayanan dengan berpegang teguh kepada kode etik yang melandasi perawat professional secara mandiri atau melalui upaya kolaborasi.

C. Definisi Perawat

Definisi perawat menurut UU RI. No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan.

Tyalor C Lillis C Lemone (1989) mendefinisikan perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dengan melindungi seseorang karena sakit, luka dan proses penuaan. Definisi perawat menurut ICN (*international council of nursing*) tahun 1965, perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat serta berwenang di negeri bersangkutan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang bertanggung jawab untuk meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit dan pelayanan penderita sakit.

D. Tren Keperawatan

Setelah tahun 2000, dunia khususnya bangsa Indonesia memasuki era globalisasi, pada tahun 2003 era dimulainya pasar bebas ASEAN dimana banyak tenaga professional keluar dan masuk ke dalam negeri. Pada masa itu mulai terjadi suatu masa transisi/pergeseran pola kehidupan masyarakat dimana pola kehidupan masyarakat tradisional berubah menjadi masyarakat yang maju. Keadaan itu menyebabkan berbagai macam dampak pada aspek kehidupan masyarakat khususnya aspek kesehatan baik yang berupa masalah urbanisasi, pencemaran, kecelakaan, disamping meningkatnya angka kejadian penyakit klasik yang berhubungan dengan infeksi, keluarga sejahtera, kurang gizi, dan kurangnya pemukiman sehat bagi penduduk. Pergeseran pola nilai dalam keluarga dan umur harapan hidup yang meningkat juga menimbulkan masalah kesehatan yang berkaitan dengan kelompok lanjut usia serta penyakit degeneratif.

Pada masyarakat yang menuju ke arah moderen, terjadi peningkatan kesempatan untuk meningkatkan pendidikan yang lebih tinggi, peningkatan pendapatan dan meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap hukum dan menjadikan masyarakat lebih kritis. Kondisi itu berpengaruh kepada pelayanan kesehatan dimana masyarakat yang kritis menghendaki pelayanan yang bermutu dan diberikan oleh tenaga yang profesional. Keadaan ini memberikan implikasi bahwa tenaga kesehatan khususnya keperawatan dapat memenuhi standart global internasional dalam memberikan pelayanan kesehatan/keperawatan, memiliki kemampuan professional, kemampuan intelektual dan teknik serta peka terhadap aspek social budaya, memiliki wawasan yang luas dan menguasai perkembangan iptek. Namun demikian upaya untuk mewujudkan perawat yang professional di Indonesia

masih belum menggembirakan, banyak factor yang dapat menyebabkan masih rendahnya peran perawat professional, diantaranya : (1) Keterlambatan pengakuan **body of knowledge** profesi keperawatan. Tahun 1985 pendidikan S1 keperawatan pertama kali dibuka di UI, sedangkan di negara barat pada tahun 1869. (2) Keterlambatan pengembangan pendidikan perawat professional. (3). Keterlambatan system pelayanan keperawatan, (standart, bentuk praktik keperawatan, lisensi), Menyadari peran profesi keperawatan yang masih rendah dalam dunia kesehatan akan berdampak negatif terhadap mutu pelayanan kesehatan bagi tercapainya tujuan kesehatan “ sehat untuk semua pada tahun 2020 “, maka solusi yang harus ditempuh adalah : (1) Pengembangan pendidikan keperawatan. Sistem pendidikan tinggi keperawatan sangat penting dalam pengembangan perawat professional, pengembangan teknologi keperawatan, pembinaan profesi dan pendidikan keperawatan berkelanjutan. Akademi Keperawatan merupakan pendidikan keperawatan yang menghasilkan tenaga perawat professional dibidang keperawatan. Sampai saat ini jenjang ini masih terus ditata dalam hal SDM pengajar, lahan praktik dan sarana serta prasarana penunjang pendidikan. (2) Memantapkan system pelayanan perawat professional Depertemen Kesehatan RI sampai saat ini sedang menyusun registrasi, lisensi dan sertifikasi praktik keperawatan. Selain itu semua penerapan model praktik keperawatan professional dalam memberikan asuhan keperawatan harus segera di lakukan untuk menjamin kepuasan konsumen/klien. (3) Penyempurnaan organisasi keperawatan

Organisasi profesi keperawatan memerlukan suatu perubahan cepat dan dinamis serta kemampuan mengakomodasi setiap kepentingan individu menjadi

kepentingan organisasi dan mengintegrasikannya menjadi serangkaian kegiatan yang dapat dirasakan manfaatnya. Restrukturisasi organisasi keperawatan merupakan pilihan tepat guna menciptakan suatu organisasi profesi yang mandiri dan mampu menghidupi anggotanya melalui upaya jaminan kualitas kinerja dan harapan akan masa depan yang lebih baik serta meningkat.

Komitmen perawat guna memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu baik secara mandiri ataupun melalui jalan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sangat penting dalam terwujudnya pelayanan keperawatan professional. Nilai professional yang melandasi praktik keperawatan dapat di kelompokkan dalam : (1) Nilai intelektual Nilai intelektual dalam prtaktik keperawatan terdiri dari: a). ***Body of Knowledge***. b) Pendidikan spesialisasi berkelanjutan. c) Menggunakan pengetahuan dalam berpikir secara kritis dan kreatif. (2) Nilai komitmen moral Pelayanan keperawatan diberikan dengan konsep *altruistic*, dan memperhatikan kode etik keperawatan. Menurut Beauchamp & Walters (1989) pelayanan professional terhadap masyarakat memerlukan integritas, komitmen moral dan tanggung jawab etik. Aspek moral yang harus menjadi landasan perilaku perawat adalah : a) ***Beneficience*** selalu mengupayakan keputusan dibuat berdasarkan keinginan melakukan yang terbaik dan tidak merugikan klien. (Johnstone, 1994). b) Fair Tidak mendiskriminasikan klien berdasarkan agama, ras, social budaya, keadaan ekonomi dan sebagainya, tetapi memperlakukan klien sebagai individu yang memerlukan bantuan dengan keunikan yang dimiliki. c) Fidelity Berperilaku *caring* (peduli, kasih sayang, perasaan ingin membantu), selalu berusaha menepati janji, memberikan harapan yang memadahi, komitmen moral serta

memperhatikan kebutuhan spiritual klien. (3) Otonomi, kendali dan tanggung gugat Otonomi merupakan kebebasan dan kewenangan untuk melakukan tindakan secara mandiri. Hak otonomi merujuk kepada pengendalian kehidupan diri sendiri yang berarti bahwa perawat memiliki kendali terhadap fungsi mereka. Otonomi melibatkan kemandirian, kesediaan mengambil resiko dan tanggung jawab serta tanggung gugat terhadap tindakannya sendiribegitupula sebagai pengatur dan penentu diri sendiri. Kendali mempunyai implikasi pengaturan atau pengarahan terhadap sesuatu atau seseorang. Bagi profesi keperawatan, harus ada kewenangan untuk mengendalikan praktik, menetapkan peran, fungsi dan tanggung jawab anggota profesi. Tanggung gugat berarti perawat bertanggung jawab terhadap setiap tindakan yang dilakukannya terhadap klien.

E. Paradigma Keperawatan

Pengertian (Kohu, 1997) Paradigma adalah suatu pandangan global yang dianut oleh mayoritas anggota suatu kelompok ilmiah. Paradigma keperawatan Islam adalah cara pandang, persepsi, keyakinan, nilai-nilai dan konsep-konsep dalam menyelenggarakan profesi keperawatan Keluarga Sejahtera sepenuhnya ajaran Islam.

F. Unsur Paradigma Keperawatan

Secara umum paradigma keperawatan terdiri dari 4 (empat) komponen dasar yaitu :(1). Manusia dan kemanusiaan (klien) Manusia tersusun atas jasad (fisik) dan jiwa (roh), namun demikian sebenarnya manusia adalah makhluk yang diciptakan sempurna dan utuh meliputi bio-psiko sosio dan spiritual. Komponen fisik adalah komponen yang mempunyai wujud dan membutuhkan sesuatu untuk kelangsungan hidup

seperti bernapas, minum, makan, melihat, mendengar dan lain sebagainya. Komponen roh merupakan komponen yang tak berujud dan kita wajib meyakini keberadaannya.

(2) Lingkungan Lingkungan terdiri dari dua bagian yaitu lingkungan internal dan lingkungan eKeluarga Sejahtera.

a) Lingkungan internal. Genetika adalah lingkungan dalam diri manusia yang mempengaruhi unsur-unsur sifat dan struktur fungsi tubuh. Struktur dan fungsi tubuh merupakan komponen yang membentuk manusia, meliputi, system tulang, integumen, kardiovaskuler, respirasi, urinaria, eliminasi, gastrointestinal, persyarafan, endokrin dan system tubuh lainnya. Psikologis merupakan unsur internal yang terdapat dalam diri manusia, yang memberikan warna tersendiri pada saat manusia berperilaku. Spiritual merupakan unsure hakiki sebagai modal dasar dalam menjalankan kehidupan.

b) Lingkungan eKeluarga Sejahtera Lingkungan eKeluarga Sejahtera adalah lingkungan diluar manusia yang dapat mempengaruhi kesehatan manusia secara langsung ataupun tidak langsung, begitu juga dengan keluarga Sejahtera profesi keperawatan. Komponen yang terdapat dalam lingkungan eKeluarga Sejahtera adalah :

- Lingkungan biologis (makhluk hidup), yang berada dilingkungan manusia itu yang dapat mempengaruhi kesehatan baik sebagai reservoir atau agent. Lingkungan fisik, lingkungan selain makhluk hidup yang ada disekitar manusia yang dapat mempengaruhi manusia. Contoh : angin, air, udara, gunung, tanah, batu api dan benda-benda mati lainnya.
- Lingkungan social adalah lingkungan yang memungkinkan terjadinya interaksi keluarga Sejahtera antar sesama manusia sehingga terbentuk tatanan kehidupan bermasyarakat yang dinamis. Dari interaksi keluarga Sejahtera itu akan tertanam perilaku, nilai-nilai/norma yang akan dianut oleh manusia