

MAKALAH
PENERAPAN TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN PADA KASUS
KLIEN DENGAN STROKE

Disusun untuk Memenuhi Tugas Mata Kuliah Falsafah dan Teori Keperawatan

Dosen Mata Ajar : Ibu Eva Nurlina Aprilia, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom



Kelas 1A

Kelompok 9 :

Adelia Anggun Puspita Dewi	(SKA42025255)
Devi Indah Cahyani	(SKA42025269)
Fahrei Abdurrafi	(SKA42025274)
Khairun Nisa'	(SKA42025281)

PROGRAM STUDI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA

2025/2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan makalah kami yang berjudul “Teori Keperawatan Betty Neuman (System Model)” untuk memenuhi tugas mata kuliah Falasafah dan Teori Keperawatan. Tidak lupa juga kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut memberikan kontribusi dalam penyusunan makalah ini. Saya ucapkan terima kasih kepada Ibu Eva Nurlina Aprilia, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.Kom selaku dosen pengampu mata kuliah Falsafah dan Ilmu keperawatan. Yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan tugas makalah kami. Selain itu, kami sangat berterima kasih kepada orang tua dan rekan-rekan tim. Karena mereka telah memberikan dukungan serta doa sehingga kami memiliki kekuatan untuk mengumpulkan data dan melakukan analisis. Tentunya tidak akan bisa maksimal jika tidak mendapat dukungan dari berbagai pihak.

Kami menyadari bahwa dalam proses penulisan makalah ini masih jauh dari kesempurnaan baik secara materi maupun cara penulisannya. Namun demikian, kami telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga makalah dapat selesai dengan baik. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat berarti bagi kami.

Kami berharap semoga makalah yang kami susun ini memberikan manfaat dan juga inspirasi untuk pembaca.

Yogyakarta, 18 September 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	3
BAB 2 KONSEP TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN	4
2.1 Definisi	4
2.2 Biografi Betty Neuman	5
2.3 Teori Betty Neuman	6
BAB 3 ANALISIS TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN	12
3.1 Kasus	12
3.2 Pengkajian Teori Betty Neuman	13
3.3 Tindakan Keperawatan	15
3.4 Asuhan Keperawatan Betty Neuman	16
3.5 Analisis Teori Betty Neuman Model	26
3.6 Kekuatan dan Kelemahan Teori Betty Neuman Pada Kasus Stroke	31
BAB 4 PENUTUP	32
4.1 Kesimpulan	32
4.2 Saran	33

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Teori keperawatan merupakan landasan konseptual yang digunakan untuk menjelaskan fenomena keperawatan serta mengarahkan praktik asuhan keperawatan secara sistematis dan ilmiah. Penggunaan teori membantu perawat memahami respons klien terhadap masalah kesehatan, meningkatkan kemampuan berpikir kritis, serta mendukung pengambilan keputusan klinis yang rasional. Dengan adanya teori keperawatan, praktik keperawatan tidak hanya berorientasi pada tindakan teknis, tetapi juga pada pemahaman menyeluruh terhadap klien sebagai individu yang memiliki kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Selain itu, teori keperawatan berfungsi sebagai kerangka kerja yang mengintegrasikan pengetahuan ilmiah dengan praktik keperawatan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Kerangka pemikiran ini membuka ruang untuk membahas teori keperawatan tertentu yang digunakan sebagai dasar pendekatan dalam praktik klinik. (McEwen & Wills, 2019)

Salah satu teori keperawatan yang banyak digunakan dalam praktik klinik adalah Teori Sistem Betty Neuman. Teori ini memandang klien sebagai sistem terbuka yang dinamis dan senantiasa berinteraksi dengan lingkungan internal maupun eksternal. Klien memiliki garis pertahanan yang berfungsi melindungi sistem dari berbagai stresor yang berpotensi mengganggu stabilitas. Perawat berperan dalam mengidentifikasi stresor serta membantu mempertahankan atau memulihkan keseimbangan sistem klien melalui intervensi keperawatan yang terencana. Pendekatan ini menekankan pentingnya pencegahan sebagai fokus utama dalam asuhan keperawatan. Pendekatan konseptual ini kemudian menjadi dasar dalam

penerapan Teori Betty Neuman pada klien dengan kondisi kesehatan yang lebih spesifik, seperti kasus stroke. (Neuman & Fawcett, 2011)

Penerapan Teori Sistem Betty Neuman pada klien dengan kasus stroke dilakukan melalui pengkajian komprehensif terhadap stresor intrapersonal, interpersonal, dan ekstrapersonal yang memengaruhi stabilitas sistem klien. Perawat mengidentifikasi stresor intrapersonal seperti gangguan fungsi motorik dan komunikasi, stresor interpersonal yang berkaitan dengan ketergantungan terhadap keluarga, serta stresor ekstrapersonal yang berasal dari lingkungan perawatan. Kondisi stroke sering kali menimbulkan perubahan signifikan dalam kemampuan fungsional dan peran sosial klien, sehingga meningkatkan kerentanan terhadap stres. Berdasarkan pengkajian tersebut, intervensi keperawatan disusun melalui pencegahan primer, sekunder, dan tersier untuk mencegah komplikasi, mengurangi dampak stres, serta mendukung proses adaptasi dan rehabilitasi klien stroke. Pola penerapan ini telah banyak dikaji dan dilaporkan dalam berbagai publikasi ilmiah keperawatan. (Alligood, 2018)

Penerapan Teori Betty Neuman pada klien stroke telah dilaporkan dalam sejumlah jurnal keperawatan. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa penggunaan model ini membantu perawat dalam melakukan pengkajian yang lebih menyeluruh dan terstruktur. Salah satu artikel yang dipublikasikan pada tahun 2024 berjudul “*Aplikasi Teori Betty Neuman dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien Pasca Stroke*” menunjukkan bahwa model Neuman membantu perawat melakukan pengkajian holistik dan menyusun intervensi keperawatan secara lebih terarah. Hasil penelitian tersebut menunjukkan kontribusi positif terhadap kualitas asuhan keperawatan serta dukungan terhadap proses adaptasi dan pemulihan klien pasca stroke. Temuan tersebut menjadi dasar pertimbangan dalam merumuskan fokus dan tujuan penulisan pada kajian ini.

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, kelompok kami tertarik untuk menyusun makalah mengenai penerapan Teori Keperawatan Betty Neuman pada klien dengan kasus stroke. Pemilihan topik ini didasarkan pada relevansi teori Betty Neuman dalam menangani kondisi klinik yang kompleks dan memerlukan pendekatan holistik. Makalah ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai implementasi teori keperawatan dalam praktik klinik serta menjadi referensi dalam upaya peningkatan mutu asuhan keperawatan pada pasien stroke.

1.2 Tujuan

1. Tujuan Umum

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan Teori Keperawatan Betty Neuman beserta penerapannya dalam asuhan keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan Teori Keperawatan Betty Neuman beserta penerapannya dalam asuhan keperawatan.
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep asuhan keperawatan berdasarkan teori Betty Neuman.
- c. Menganalisis penerapan Teori Keperawatan Betty Neuman pada kasus keperawatan secara komprehensif.

BAB 2

KONSEP TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN

2.1 Definisi

Konsep teori keperawatan Betty Neuman atau Neuman Systems Model adalah suatu kerangka kerja yang memandang manusia sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan lingkungan internal maupun eksternal, serta senantiasa dipengaruhi oleh berbagai stressor yang dapat mengganggu keseimbangan atau stabilitas kesehatan. Dalam konsep ini, individu dipahami sebagai kesatuan utuh yang terdiri dari aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual yang saling berhubungan dan tidak dapat dipisahkan (Turner, K., & Kaylor, S. D., 2015).

Teori ini menekankan pentingnya garis pertahanan yang dimiliki klien untuk melindungi diri dari ancaman stressor, serta peran perawat dalam membantu memperkuat garis pertahanan tersebut. Neuman menjelaskan bahwa asuhan keperawatan sebaiknya dilakukan dengan pendekatan holistik melalui strategi pencegahan primer, sekunder, dan tertier, sehingga tujuan akhirnya adalah membantu klien mencapai, mempertahankan, dan memulihkan stabilitas kesehatan secara optimal (Hernandez, C.A., 2019).

Dengan demikian, konsep teori ini memberikan dasar ilmiah bagi perawat dalam berpikir kritis, menyusun rencana perawatan, serta memberikan intervensi yang menyeluruh dan berorientasi pada kesejahteraan klien (Neuman, 2011).

2.2 Biografi Betty Neuman



Betty Neuman lahir pada tahun 1924 di dekat Lowell, Ohio, Amerika Serikat. Sejak muda, ia tertarik pada dunia kesehatan dan meraih Diploma Keperawatan pada tahun 1947. Ia kemudian melanjutkan pendidikan dan memperoleh gelar Sarjana di bidang Kesehatan Masyarakat dan Psikologi pada tahun 1957. Karier profesionalnya mencakup berbagai posisi, termasuk perawat rumah sakit, perawat sekolah, perawat industri, serta instruktur klinis. Pengalaman-pengalaman ini membentuk pandangannya terhadap pentingnya pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan (Rodrigues & Almeida, 2024).

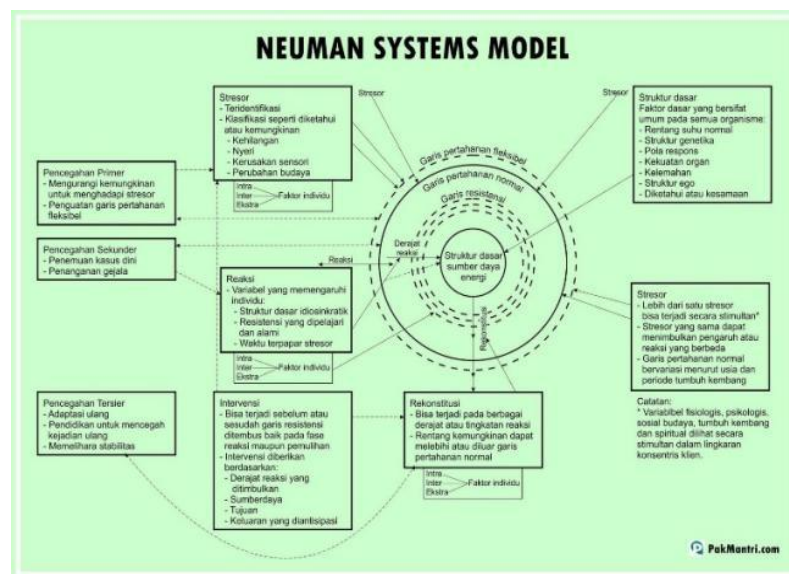
Pada tahun 1972, Neuman mengembangkan *Neuman Systems Model* (NSM), sebuah model konseptual yang memandang individu sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan lingkungan dan dipengaruhi oleh berbagai stresor. Model ini menekankan pentingnya garis pertahanan individu untuk melindungi diri dari ancaman stresor dan peran perawat dalam memperkuat garis pertahanan tersebut melalui pencegahan primer, sekunder, dan tersier. NSM telah diterapkan secara luas dalam praktik keperawatan, pendidikan, penelitian, dan administrasi (Meleis, A.I (2012).

Neuman juga berperan aktif dalam pendidikan keperawatan. Pada tahun 1967 hingga 1973, ia mendirikan program kesehatan mental

komunitas pertama untuk mahasiswa pascasarjana di Los Angeles. Selain itu, ia berperan sebagai terapis pernikahan dan keluarga, penulis, pembicara, dan peneliti. Atas kontribusinya, Neuman dianugerahi Medali Pelayanan Terhormat dari Universitas Walsh (Meleis, A.I (2012).

Warisan Betty Neuman mencakup pengembangan keperawatan holistik dan penerapan *Neuman Systems Model* dalam berbagai bidang pelayanan kesehatan. Model ini terus memengaruhi praktik keperawatan hingga saat ini, memberikan dasar ilmiah bagi perawat dalam berpikir kritis, menyusun rencana perawatan, serta memberikan intervensi yang menyeluruh dan berorientasi pada kesejahteraan klien (Rodrigues & Almeida, 2024).

2.3 Teori Betty Neuman



1. Theory Scope (Ruang lingkup teori)

Ruang lingkup teori keperawatan Betty Neuman (*Neuman Systems Model*) mencakup pandangan individu sebagai sistem terbuka yang senantiasa berinteraksi dengan lingkungannya dan dipengaruhi oleh berbagai stresor. Teori ini menekankan pentingnya garis pertahanan individu dalam melindungi diri dari ancaman stresor, serta peran

perawat dalam memperkuat garis pertahanan tersebut melalui tindakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier (Rodrigues & Almeida, 2024).

Penerapan Neuman System Model dalam praktik keperawatan telah terbukti bermanfaat di berbagai konteks. Sebagai contoh, tinjauan sistematis yang diterbitkan dalam *Indonesian Journal of Global Health Research* (sari et al.,2025) menunjukkan bahwa penggunaan teori ini efektif dalam memperkuat sistem pertahanan pasien, menurunkan tingkat kecemasan, serta mempercepat proses pemulihan pada kondisi seperti stroke, kanker, gagal jantung, dan kecemasan pra-operasi. Pendekatan ini memungkinkan perawat untuk mengadopsi strategi multidimensional yang mencakup aspek fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual, sekaligus menekankan peran perawat sebagai pengelola stresor dan fasilitator pemulihan holistik.

Selain itu, Neuman System Model juga diterapkan dalam perawatan pasien kanker. Sebuah esai reflektif yang diterbitkan dalam *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* (2024) menekankan bahwa penerapan teori ini dalam perawatan holistik pasien kanker membantu menilai dan menangani aspek fisik maupun psikososial yang memengaruhi kesehatan pasien. Dengan fokus pada pencegahan, promosi, dan rehabilitasi sistem, model ini mendukung upaya mengurangi stresor dan mempertahankan keseimbangan pasien, sekaligus mempermudah pengumpulan data dan pengambilan tindakan keperawatan yang tepat (Rodrigues & Almeida, 2024).

Penerapan Neuman System Model di rumah sakit juga menunjukkan hasil positif. Sebuah artikel dalam *Jurnal Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan* (2023) melaporkan bahwa penerapan teori Betty Neuman pada anak yang dirawat di rumah sakit dapat membantu mengurangi kecemasan anak selama hospitalisasi. Model ini memberikan pendekatan yang sistematis dan holistik dalam perawatan

anak, sehingga memperkuat efektivitas asuhan keperawatan (Wulandari 2023).

Dengan demikian, ruang lingkup teori Betty Neuman meliputi penerapan model sistem terbuka di berbagai setting perawatan, termasuk rumah sakit dan perawatan kanker, dengan fokus pada pendekatan holistik yang mempertimbangkan seluruh dimensi pasien. Penerapan teori ini terus dievaluasi untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan kesejahteraan pasien (Pratama & Siregar, 2022).

2. *Theory Context* (Konteks Teori Keperawatan Betty Nauman)

Teori konteks Betty Neuman menjelaskan bahwa manusia sebagai sistem terbuka selalu dipengaruhi oleh berbagai faktor lingkungan yang dapat menjadi sumber stresor. Konteks ini meliputi aspek fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual yang saling berinteraksi dalam memengaruhi respon individu terhadap stresor. Lingkungan internal, eksternal, dan lingkungan yang diciptakan klien sendiri akan menentukan bagaimana stabilitas kesehatan dapat dipertahankan. Dalam konteks tersebut, perawat berperan membantu klien menjaga keseimbangan sistem melalui pendekatan pencegahan primer, sekunder, dan tersier agar tercapai tingkat kesehatan yang optimal (Alligood, M.R., 2022).

3. Konsep metaparadigma teori keperawatan Betty Nauman

Model Sistem Betty Neuman terdiri dari beberapa komponen inti yang bekerja sama untuk memberikan pemahaman holistik tentang individu dan interaksi mereka dengan lingkungan. Komponen-komponen ini membantu tenaga kesehatan profesional menilai dan melakukan intervensi untuk meningkatkan kesejahteraan individu secara keseluruhan.

a. Sistem klien

Sistem ini merujuk pada individu, keluarga, atau komunitas yang kesejahteraannya sedang dinilai. Model ini menekankan

respons klien terhadap stresor dan kapasitas mereka untuk mempertahankan stabilitas. Fokus utama model Neuman adalah sistem klien, yang dapat berupa individu, keluarga, atau bahkan komunitas. Komponen ini mewakili orang atau kelompok yang kesehatan dan kesejahteraannya sedang dipertimbangkan. Sistem klien dipandang sebagai entitas yang dinamis dan terus berubah yang berinteraksi dengan lingkungannya. Neuman menekankan respons klien terhadap stresor dan kemampuan untuk mempertahankan stabilitas (Pratama & Siregar, 2022).

b. Lingkungan

Neuman mendefinisikan lingkungan sebagai semua faktor, baik internal maupun eksternal, yang memengaruhi sistem klien. Ini mencakup elemen fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Lingkungan digambarkan sebagai lingkaran konsentris yang mengelilingi sistem klien, menekankan interaksi dinamis antara individu dan lingkungannya. Lingkungan adalah elemen penting dalam model Neuman, yang mencakup semua faktor yang mengelilingi dan memengaruhi sistem klien. Ini mencakup faktor internal dan eksternal yang memengaruhi kesejahteraan individu. Lingkungan digambarkan sebagai lingkaran konsentris, dengan setiap lingkaran mewakili tingkat pengaruh yang berbeda. Interaksi dinamis antara klien dan lingkungannya memainkan peran penting dalam menentukan status kesehatan individu (Neuman & Fawcett, 2022).

c. Kesehatan

Menurut Neuman, kesehatan adalah sebuah kontinum yang mewakili derajat kesejahteraan atau penyakit yang dialami oleh sistem klien. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan individu untuk beradaptasi secara efektif terhadap stresor. Kesehatan

dipandang sebagai sebuah kontinum dalam model Neuman, yang mewakili posisi individu dalam spektrum kesejahteraan-penyakit. Tujuannya adalah untuk bergerak menuju tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi dan menjauhi penyakit. Model ini mengakui bahwa kesehatan bukan sekadar bebas dari penyakit, tetapi mencakup kesejahteraan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (Neuman, 2021).

d. Keperawatan

Keperawatan dipandang sebagai intervensi yang membantu klien mempertahankan, mendapatkan kembali, atau mencapai kesejahteraan optimal. Perawat menilai stresor klien, mengembangkan strategi untuk meningkatkan stabilitas dan memfasilitasi kemampuan individu untuk beradaptasi dengan keadaan yang berubah. Keperawatan merupakan komponen penting dari model Neuman, yang mewakili intervensi dan tindakan yang diambil oleh profesional kesehatan untuk meningkatkan dan menjaga stabilitas dan kesejahteraan klien. Perawat menilai stresor, kerentanan, dan sumber daya klien dan kemudian mengembangkan strategi untuk membantu klien beradaptasi dan mencapai kesehatan yang optimal. Komponen keperawatan menekankan tindakan pencegahan dan intervensi yang bertujuan untuk menjaga stabilitas dan mencegah stresor menyebabkan gangguan dalam sistem klien (Neuman & Fawcett, 2002).

e. Tujuan keperawatan

Tujuan akhir keperawatan dalam model Neuman adalah menjaga stabilitas, mencegah potensi gangguan, dan meningkatkan kesejahteraan klien secara keseluruhan. Hal ini dicapai melalui tindakan keperawatan yang ditujukan pada pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer berfokus pada pencegahan stresor agar tidak memengaruhi

sistem klien, pencegahan sekunder melibatkan deteksi dini dan intervensi untuk meminimalkan dampak stresor, dan pencegahan tersier bertujuan untuk memulihkan dan merehabilitasi sistem klien setelah stresor menyebabkan gangguan (Alligood, M.R., 2022).

BAB 3

ANALISIS TEORI KEPERAWATAN BETTY NEUMAN

3.1 Kasus

Seorang pasien atas nama Tn. K berusia 48 tahun yang terbaring di tempat tidur dan menderita stroke sisi kiri sejak ± 3 bulan yang lalu. Sebelumnya pasien lulusan Sekolah Menengah Atas (SMA), bekerja sebagai karyawan swasta dan memiliki mobilitas yang cukup tinggi. Riwayat penyakit sebelumnya pasien memiliki penyakit diabetes mellitus dan hipertensi dengan pola makan yang kurang baik. Pasien hanya tinggal berdua dengan istrinya dan memilih tinggal di desa tempat istrinya berasal sedangkan anak-anaknya berada jauh di luar kota. Pasien memiliki luka dekubitus akibat lama terbaring. Pasien melakukan kegiatan ibadah hanya di atas tempat tidur dengan dibantu oleh istri. Pasien seharusnya mendapatkan pengobatan rutin ke rumah sakit. Namun karena jarak dan keterbatasan biaya pasien hanya mengandalkan pengobatan tradisional di desa tersebut. Anak-anaknya datang berkunjung hanya pada saat ada liburan sekolah dan hari besar keagamaan (Lebaran Idul Fitri). Istri pasien hanya mengandalkan pendapatan yang dikirimkan oleh anak-anaknya yang hanya 500rb sebulan dan penjualan dari makanan tradisional yang dijual di sekolah dasar setempat. Hasil pemeriksaan fisik pasien terbaring di tempat tidur akibat lumpuh sisi kiri tubuh, terdapat luka dekubitus (diameter luas luka ± 10 cm, warna hitam kekuningan, berbau, produksi luka cairan kuning), pasien mengeluh nyeri pada area pinggang belakang sampai dengan bokong, luka pasien biasanya hanya dibersihkan oleh istrinya dengan air hangat dan ditutup oleh kain bersih, pasien merasa sudah putus asa dan ingin cepat berakhir kehidupannya karena menjadi beban untuk istrinya, TD : 156/90 mmHg, Nadi : 95x/menit, Suhu : 37,3°C, RR : 18x/menit.

Keluarga pasien kurang bersosialisasi dengan masyarakat akibat penyakit yang dideritanya.

3.2 Pengkajian Teori Betty Neuman

Pasien Tn.K, 48 tahun, menderita Stroke Non Hemoragic Sinistra dan memiliki luka dekubitus. Riwayat pekerjaan sebagai karyawan swasta dengan pendidikan SMA. Faktor fisiologis melibatkan tanda-tanda vital dan luka dekubitus, sementara aspek psikologis mencakup depresi, perasaan membebani, dan kehilangan fungsi dan pekerjaan. Secara sosial budaya, pasien terbatas dalam mobilitas dan dukungan sosial, sedangkan aspek spiritual melibatkan keterbatasan ibadah. Lingkungan pasien terdiri dari lingkungan internal yang tergantung pada istri, lingkungan eksternal yang kurang perhatian, dan lingkungan yang diciptakan dengan pengobatan herbal. Garis pertahanan fleksibel mencakup perasaan putus asa, kehilangan fungsi, dan kerusakan sensori. Garis pertahanan normal melibatkan rentang suhu yang terpengaruh oleh demam dan faktor genetik diabetes dan hipertensi. Garis pertahanan resistensi menunjukkan interaksi dengan istri sebagai pendukung keluarga dan penggunaan pengobatan herbal. Selain itu, terdapat resistensi terhadap stressor yang telah dialami selama 3 bulan. Keseluruhan pengkajian menunjukkan dampak yang signifikan pada kondisi fisik, mental, sosial, dan spiritual pasien, yang memerlukan pendekatan holistik dalam perawatan.

Pada garis pertahanan fleksibelnya, Pasien mengalami kehilangan fungsi gerak dan peran sebagai suami (Intrapersonal). Secara interpersonal, pasien merasa putus asa dan kekurangan dalam memenuhi kebutuhan harian serta pengobatan yang sesuai. Secara ekstrapersonal, pasien sebelum sakit aktif sebagai karyawan swasta, kini terbatas pada aktivitas berbaring di tempat tidur.

Pada garis pertahanan normal, secara interpersonal, pasien mengalami kondisi penyakit selama ± 3 bulan, demam akibat luka dekubitus, dan riwayat diabetes serta hipertensi. Pasien merasa putus asa dan menginginkan akhir hidup cepat. Secara interpersonal, pasien kesulitan memenuhi peran sebagai kepala keluarga, dibantu istri, sambil merasa membebani. Secara ekstrapersonal, pasien malu dengan kondisi, terbatas beraktivitas di tempat tidur, dan menginginkan perhatian anak-anaknya.

Pada garis pertahanan resistensinya, interpersonal pasien disabilitas selama sudah mengalami ± 3 bulan. Secara interpersonal, pasien merasa kehilangan peran sebagai suami dan istri menjadi tulang punggung keluarga. Secara ekstrapersonal, pasien dan istri memenuhi kebutuhan harian dan pengobatan dari lingkungan sekitar dengan pengobatan herbal.

Pasien, Tn.K, didiagnosa dengan dua masalah utama, yaitu nyeri (D.0077) dan distress spiritual (D.0082). Nyeri yang dirasakannya berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional, dengan gejala seperti mengeluh, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, peningkatan frekuensi nadi, dan kesulitan tidur. Terdapat juga gejala minor seperti perubahan tekanan darah, pola nafas, nafsu makan, dan diaforesis. Kondisi ini terkait dengan adanya infeksi.

Distress spiritual yang dialami oleh pasien adalah gangguan pada keyakinan atau sistem nilai, terutama karena kondisi penyakit kronis, menjelang ajal, perubahan pola hidup, kesepian, dan pengasingan. Gejala subjektif mencakup perasaan hidup tidak bermakna, kesulitan menerima situasi, perasaan bersalah, dan merasa terasing. Gejala objektif melibatkan penolakan interaksi sosial, ketidakmampuan berkreaitivitas, koping yang tidak efektif, dan kurang minat pada aktivitas spiritual.

Kondisi klinis terkait distress spiritual mencakup penyakit kronis seperti rheumatoid dan sklerosis multipel, serta kondisi terminal seperti

kanker. Terdapat juga keterkaitan dengan gangguan mental, kehilangan bagian tubuh, kematian bayi, dan masalah reproduksi. Sebagai tindakan keperawatan, perlu memberikan dukungan psikososial, edukasi tentang coping stress, dan merancang intervensi yang mencakup aspek fisik dan spiritual guna meningkatkan kesejahteraan holistik pasien.

Terakhir, pada tingkat pencegahan tersier, perawat menekankan pentingnya dukungan keluarga, terutama dari istri dan anak-anak, dalam proses pemulihan pasien. Fisioterapi rutin dilakukan, baik di fasilitas kesehatan maupun di rumah, untuk membantu pulihnya anggota gerak yang lumpuh. Edukasi tentang strategi coping stress diberikan kepada pasien dan keluarganya, memastikan mereka mampu mengelola dampak psikologis dari kondisi kesehatan yang kompleks. Dengan pendekatan ini, diharapkan pasien dapat mencapai pemulihan yang optimal secara holistik.

3.3 Tindakan Keperawatan

Tindakan Keperawatan Dalam merancang Tindakan keperawatan, terdapat tiga tingkatan pencegahan yang dilakukan untuk pasien Tn.K. Pertama, pada tingkat pencegahan primer, perawat memberikan edukasi tentang pola hidup sehat, memberikan motivasi untuk menjalani hidup dengan penyakit, serta memberikan pembelajaran teknik relaksasi guna mengatasi nyeri. Selain itu, pasien diberikan edukasi mengenai pengurangan risiko terjadinya luka tekan dengan melakukan perubahan posisi tidur, seperti miring ke kanan dan kiri. Pada tingkat pencegahan sekunder, perawat memberikan pembelajaran cara merawat luka dekubitus dengan benar. Pasien juga diberikan akses untuk mengakses layanan kesehatan dengan dukungan lingkungan sekitar dan aparatur pemerintahan setempat. Edukasi tentang pentingnya mengonsumsi obat sesuai dengan petunjuk dari fasilitas kesehatan juga diberikan. Terakhir, pada tingkat pencegahan tersier, perawat menekankan pentingnya dukungan keluarga, terutama dari istri dan anak-anak, dalam proses pemulihan pasien.

Fisioterapi rutin dilakukan, baik di fasilitas kesehatan maupun di rumah, untuk membantu pulihnya anggota gerak yang lumpuh. Edukasi tentang strategi coping stress diberikan kepada pasien dan keluarganya, memastikan mereka mampu mengelola dampak psikologis dari kondisi kesehatan yang kompleks. Dengan pendekatan ini, diharapkan pasien dapat mencapai pemulihan yang optimal secara holistic.

3.4 Asuhan Keperawatan Betty Neuman

A. Identitas Pasien dan Tanggung Jawab

a. Identitas pasien

Nama	: Tn.K
Umur	: 48 tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Agama	: -
Status perkawinan	: Kawin
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Karyawan Swasta
Diagnosa Medis	: Stroke non-hemoragik sisi kiri, DM, Hipertensi

B. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Stroke sisi kiri ± 3 bulan, terbaring di tempat tidur, terdapat luka dekubitus.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Diabetes Mellitus dan hipertensi.

c. Riwayat Pengobatan

Tidak rutin berobat ke rumah sakit, menggunakan pengobatan tradisional.

C. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran umum

Keadaan umum : Lemah, terbaring di tempat tidur

Kesadaran : Compos mentis

TD : 156/90 mmHg

Nadi : 95 x/menit

RR : 18 x/menit

Suhu : 37,3°C

b. Pemeriksaan Cephalocaudal

Sistem Integumen

Luka dekubitus ±10 cm

Warna hitam kekuningan

Bau tidak sedap

Eksudat kuning

Sistem Muskuloskeletal

Lumpuh sisi kiri

Tidak mampu mobilisasi mandiri

D. Identifikasi Stressor

a. Stressor Intrapersonal

Stressor intrapersonal menurut Betty Neuman merujuk pada tekanan yang berasal dari dalam individu itu sendiri, seperti konflik emosional, ketidakpastian, atau perasaan cemas. Ini bisa mempengaruhi kesehatan mental dan fisik seseorang.

Luka dekubitus grade lanjut (diameter ±10 cm, nekrotik, berbau, warna hitam kekuningan) Nyeri pinggang sampai

bokong, Penyakit kronis: DM dan hipertensi, Perasaan putus asa, ingin mengakhiri hidup Ketergantungan penuh pada istri, Tekanan darah tinggi (156/90 mmHg).

b. Stressor Interpersonal

Menurut Betty Neuman, stressor interpersonal adalah faktor-faktor yang berasal dari hubungan dengan orang lain yang dapat mempengaruhi kesehatan individu. Ini termasuk konflik, dukungan sosial yang kurang, atau dinamika hubungan yang negatif. Stressor ini dapat menyebabkan ketegangan emosional dan mempengaruhi kesejahteraan secara keseluruhan.

Ketergantungan pada istri sebagai caregiver Tunggal, Anak jarang hadir secara langsung, Kurangnya dukungan emosional keluarga inti.

c. Stressor Ekstrapersonal

Stresor ekstrapersonal adalah stresor yang berasal dari lingkungan luar individu, di luar sistem personal maupun hubungan interpersonal, tetapi tetap dapat memengaruhi kondisi kesehatan klien. Stresor ini umumnya berkaitan dengan faktor sosial, ekonomi, lingkungan, dan pelayanan kesehatan.

Keterbatasan biaya, Akses layanan kesehatan jauh, Tidak mendapat pengobatan medis rutin, Pendapatan keluarga sangat terbatas, Kurang sosialisasi dengan Masyarakat, Pengobatan luka tidak sesuai standar medis.

E. Garis Pertahanan Sistem Menurut Betty Neuman

a. Garis Pertahanan fleksibel

mencakup perasaan putus asa, kehilangan fungsi, dan kerusakan sensori. (pasien merasa sudah putus asa dan ingin cepat berakhir kehidupannya karena menjadi beban untuk istrinya, lumpuh, dan luka decubitus)

- b. Garis pertahanan normal
rentang suhu yang terpengaruh oleh demam dan faktor genetik diabetes dan hipertensi.
- c. Garis pertahanan resistensi
menunjukkan interaksi dengan istri sebagai pendukung keluarga dan penggunaan pengobatan herbal

F. Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif (DS): - Pasien mengeluh nyeri pada area pinggang belakang sampai bokong. - Pasien mengatakan luka decubitus terasa nyeri dan tidak nyaman P: Nyeri bertambah saat luka disentuh dan perubahan posisi, berkurang saat posisi miring dan area luka tidak tertekan. Q: Nyeri perih, menusuk, dan berdenyut. R: Nyeri di pinggang belakang sampai bokong, terlokalisir di area luka dekubitus. S: Skala nyeri 6–7/10, pasien tampak meringis, TD dan nadi	Nyeri akut	Agen Pencedera Fisik

	meningkat. T: Nyeri dirasakan sejak munculnya luka dekubitus, berlangsung hampir sepanjang hari dan meningkat saat perawatan luka. Data Objektif (DO): Terdapat luka decubitus dengan karakteristik; - Diameter kurang lebih 10 cm - Warna hitam kekuningan - berbau - produksi cairan kuning - pasien tampak meringis saat area luka disentuh - pasien Tirah baring akibat lumpuh sisi kiri tubuh - Tanda-tanda vital mendukung respons nyeri : TD : 156/90 mmHg Nadi : 95 x/menit		
2.	Data Subjektif (DS): - Pasien mengatakan merasa putus asa - pasien mengatakan ingin cepat berakhir kehidupannya karena merasa menjadi beban istrinya	Distress spiritual	Perubahan Pola Hidup

	- pasien mengatakan ibadah hanya dapat dilakukan di atas tempat tidur dan harus dibantu Data Objektif (DO): - Pasien tampak murung, sedih, dan tidak bersemangat - pasien mengalami perubahan kemampuan menjalankan praktik ibadah (harus dibantu, terbatas di tempat tidur) - kondisi sakit kronis (stroke kurang lebih 3 bulan) dan ketergantungan total terhadap istri		
--	--	--	--

G. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada area pinggang belakang sampai bokong. Pasien mengatakan luka decubitus terasa nyeri dan tidak nyaman. P: Nyeri bertambah saat luka disentuh dan perubahan posisi, berkurang saat posisi miring dan area luka tidak tertekan, Q: Nyeri perih, menusuk, dan berdenyut, R: Nyeri di pinggang belakang sampai bokong, terlokalisir di area luka dekubitus, S: Skala nyeri 6–7/10, pasien tampak meringis, TD 156/90 mmHg Nadi 95 x/menit, T: Nyeri dirasakan sejak munculnya luka dekubitus, berlangsung hampir sepanjang hari dan meningkat saat perawatan luka.
2. Distress spiritual berhubungan dengan perubahan pola hidup ditandai dengan pasien mengatakan merasa putus asa, pasien

mengatakan ingin cepat berakhir kehidupannya karena merasa menjadi beban bagi istrinya, masien mengatakan ibadah hanya dapat dilakukan di atas temoat tidur dan harus dibantu

H. Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada area pinggang belakang sampai bokong. Pasien mengatakan luka decubitus terasa nyeri dan tidak nyaman. P: Nyeri bertambah saat luka disentuh dan perubahan posisi, berkurang saat posisi miring dan area luka tidak tertekan, Q: Nyeri perih, menusuk, dan berdenyut,	Tingkat nyeri Setelah dilakukan Tindakan keperawatanselama x 24 jam, diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas cukup meningkat dengan skala 4 2. Keluhan nyeri cukup menurun dengan skala 4 3. Tekanan darah cukup	Manajemen nyeri O : - Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi respons nyeri non verbal T : - berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri E :

	R: Nyeri di pinggang belakang sampai bokong, terlokalisir di area luka decubitus. S: Skala nyeri 6–7/10, pasien tampak meringis, TD 156/90 mmHg Nadi 95 x/menit, T: Nyeri dirasakan sejak munculnya luka dekubitus, berlangsung hampir sepanjang hari dan meningkat saat perawatan luka.	membaik dengan skala 4	- Jelaskan strategi meredakan nyeri - ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri K : - kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
2.	Distress spiritual berhubungan dengan perubahan pola hidup ditandai dengan pasien mengatakan merasa putus asa, pasien mengatakan ingin cepat berakhir kehidupannya karena merasa menjadi beban bagi	Status spiritual Setelah dilakukan Tindakan diharapkan status spiritual membaik dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi makna dan tujuan hidup cukup meningkat	Dukungan spiritual O: - idetifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidakberdayaan - identifikasi harapan dan kekuatan agama T:

	istrinya, masien mengatakan ibadah hanya dapat dilakukan di atas temoat tidur dan harus dibantu	dengan skala 4 2. Kemampuan beribadah sedang dengan skala 3 3. Interaksi dengan orang dekat/pemimpin spiritual cukup membaik dengan skala 4	- berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian - yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan - diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup E: - Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, atau orang lain - ajarkan metode relaksasi, mediasi, dan imajinasi terbimbing K: - Atur kunjungan dengan Psikologi (mis, ustadz,
--	--	--	--

			pendeta, romo, biksu)
--	--	--	--------------------------

I. Pendekatan Keperawatan betty neuman

Stresor: Fisiologis (nyeri, luka), psikologis

Pencegahan Primer

- a. Edukasi perubahan posisi setiap 2 jam
- b. Edukasi pencegahan luka tekan
- c. Edukasi pencegahan nyeri dan luka tekan

Pencegahan Sekunder

- a. Manajemen nyeri aktif
- b. Perawatan luka decubitus

Pencegahan Tersier

- a. Rehabilitasi kenyamanan pasien
- b. Optimalisasi perawatan jangka Panjang oleh keluarga

Stresor: psikologis dan spiritual

Pencegahan Primer

- a. Edukasi spiritual adaptif
- b. Penguatan nilai religious

Pencegahan Sekunder

- a. Konseling spiritual
- b. Pendampingan emosional intersif

Pencegahan Tersier

- a. Pendampingan spiritual berkelanjutan
- b. Penguatan dukungan keluarga dan sosial

J. Implementasi Keperawatan betty neuman

- a. Mengkaji tingkat nyeri pasien menggunakan skala nyeri

- b. Memposisikan pasien miring secara bergantian setiap 2 jam
- c. Mengajarkan napas dalam saat nyeri muncul
- d. Membersihkan luka dengan teknik aseptik dan mengganti balutan
- e. Memberikan edukasi kepada istri tentang perawatan luka dan perubahan posisi

3.5 Analisis Teori Betty Neuman Model

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Nama : Tn.K

Usia : 48 Tahun

Diagnosis Medis : Stroke sisi kiri ± 3 Bulan

Riwayat Penyakit: Diabetes militus dan hipertensi

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Karyawan swasta

2. Variabel Klien menurut Betty Neuman

a. Variabel Fisiologis

- 1) Imobilisasi akibat kelumpuhan sisi kiri
- 2) Luka dekubitus diameter ±10 cm, warna hitam kekuningan, berbau, eksudat kuning
- 3) Nyeri pada pinggang belakang hingga bokong
- 4) TD: 156/90 mmHg
- 5) Nadi: 95 x/menit
- 6) Suhu: 37,3°C
- 7) RR: 18 x/menit
- 8) Pengobatan medis tidak rutin, hanya pengobatan tradisional

b. Variabel Psikologis

- 1) Perasaan putus asa
- 2) Merasa menjadi beban bagi istri
- 3) Keinginan untuk mengakhiri hidup
- 4) Kehilangan peran dan kemandirian

c. Variabel Sosiokultural

- 1) Keterbatasan ekonomi
- 2) Anak tinggal jauh dan jarang berkunjung
- 3) Ketergantungan ekonomi pada kiriman anak dan penghasilan kecil istri
- 4) Akses pelayanan kesehatan terbatas

d. Variabel Perkembangan

- 1) Dewasa madya yang seharusnya produktif dan mandiri
- 2) Ketergantungan total tidak sesuai tahap perkembangan

e. Variabel Spiritual

- 1) Masih menjalankan ibadah di tempat tidur
- 2) piritualitas ada, namun terancam oleh kondisi psikologis

3. Identifikasi Stresor

- a. intrapersonal: Stroke, luka dekubitus, nyeri, penyakit kronis, depresi
- b. Interpersonal: Ketergantungan pada istri, minim dukungan anak

- c. Ekstrapersonal: Keterbatasan biaya, jarak fasilitas kesehatan, lingkungan desa

B. Diagnosa Keperawatan

1. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan imobilisasi ditandai luka dekubitus luas, berbau, dan eksudat
2. Nyeri kronis berhubungan dengan kerusakan jaringan ditandai keluhan nyeri pada pinggang hingga bokong
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelumpuhan sisi kiri
4. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan ketergantungan fisik dan ekonomi
5. Koping individu tidak efektif berhubungan dengan stres penyakit kronis dan keterbatasan dukungan
6. Risiko infeksi berhubungan dengan luka terbuka dan perawatan luka tidak adekuat

C. Perencanaan Keperawatan

1. Tujuan Umum
Mempertahankan dan meningkatkan stabilitas sistem klien dengan memperkuat garis pertahanan dan garis resistensi.
2. Tujuan Khusus
 - a) Luka dekubitus menunjukkan tanda perbaikan
 - b) Nyeri berkurang
 - c) Risiko infeksi dapat dikendalikan
 - d) Klien menunjukkan penerimaan terhadap kondisi
 - e) Keluarga mampu melakukan perawatan dasar
3. Intervensi Keperawatan
 - a) Pencegahan Primer
 - 1) Edukasi keluarga tentang alih baring setiap 2 jam

- 2) Edukasi nutrisi sederhana untuk DM dan hipertensi
- 3) Edukasi kebersihan dan perawatan kulit
- b) Pencegahan Sekunder
 - 1) Perawatan luka dekubitus sesuai prinsip keperawatan
 - 2) Manajemen nyeri nonfarmakologis
 - 3) Monitoring tanda vital dan tanda infeksi
 - 4) Dukungan emosional dan komunikasi terapeutik
- c) Pencegahan Tersier
 - 1) Latihan rentang gerak pasif
 - 2) Dukungan spiritual sesuai keyakinan klien
 - 3) Pemberdayaan istri sebagai caregiver
 - 4) Anjuran pemanfaatan layanan kesehatan komunitas

D. Implementasi Keperawatan

- 1. Melakukan perawatan luka dengan teknik bersih
- 2. Membantu perubahan posisi secara terjadwal
- 3. Memberikan edukasi langsung dan demonstrasi kepada istri
- 4. Melakukan pendekatan empatik dan dukungan psikologis
- 5. Memfasilitasi kegiatan ibadah sesuai kemampuan klien
- 6. Memantau tanda vital dan kondisi luka secara berkala

E. Evaluasi Keperawatan

- 1. Evaluasi Fisiologis
 - a) Luka dekubitus masih ditemukan, namun terjadi penurunan bau dan jumlah eksudat, yang menunjukkan adanya perbaikan kondisi jaringan. Nyeri berkurang
 - b) Intensitas nyeri pada area pinggang hingga bokong dilaporkan berkurang setelah dilakukan manajemen nyeri dan pengaturan posisi secara teratur.

- c) Tanda vital relatif stabil, meskipun tekanan darah masih berada di atas nilai normal sehingga memerlukan pemantauan lanjutan.
 - d) Kondisi umum klien menunjukkan toleransi yang lebih baik terhadap tindakan perawatan dibandingkan awal pengkajian.
2. Evaluasi Psikologis
- a) Klien mulai mampu mengungkapkan perasaan sedih, putus asa, dan kekhawatiran terkait kondisi kesehatannya.
 - b) Tidak ada lagi pernyataan ingin mengakhiri hidup
3. Evaluasi Sosiokultural
- a) Istri klien menunjukkan peningkatan kemampuan dalam melakukan perawatan dasar sesuai edukasi yang diberikan.
 - b) Klien lebih kooperatif dalam perawatan
 - c) Faktor ekonomi dan akses layanan kesehatan tetap menjadi stresor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan kesehatan klien.
4. Evaluasi Spiritual
- a) Klien tetap menjalankan ibadah di tempat tidur dengan bantuan istri sebagai bentuk pemenuhan kebutuhan spiritual
 - b) Aktivitas spiritual memberikan efek menenangkan dan membantu klien menghadapi kondisi penyakitnya
5. Evaluasi Berdasarkan Teori Betty Neuman
- a) Garis pertahanan klien mulai diperkuat
 - b) Stresor dapat dikendalikan
 - c) Stabilitas sistem klien meningkat secara bertahap

3.6 Kekuatan dan Kelemahan Teori Betty Neuman Pada Kasus

Stroke

A. Kekuatan

- 1) Kekuatan model ini terletak pada adanya pencegahan atau promosi kesehatan, pendidikan kesehatan dan kesejahtraan sebagaimana mengelola sehat sakit dan model Neuman ini flexible sehingga dapat bekerja sama dengan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan keperawatan.
- 2) Model system Neuman lebih flexible bias digunakan pada area keperawatan, pendidikan dan pelatihan keperawatan

B. Kelemahan

- 1) Model Neuman dapat digunakan oleh semua profesi, sehingga untuk profesi keperawatan kurang spesifik dan penjelasan tentang perbedaan stressor interpersonal dan ekstrapersonal masihdirasabelum ada perbedaan yang jelas.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Teori Sistem Betty Neuman dapat diterapkan sebagai kerangka konseptual dalam asuhan keperawatan pada klien dengan stroke karena mampu menggambarkan kondisi klien secara menyeluruh. Klien dipandang sebagai sistem terbuka yang dipengaruhi oleh berbagai faktor internal dan eksternal yang dapat mengganggu stabilitas kesehatannya. Pendekatan ini menegaskan bahwa permasalahan pada klien stroke tidak hanya terbatas pada gangguan fisik, tetapi juga berkaitan dengan aspek psikologis dan sosial.

Dalam penerapannya, konsep stresor yang terdiri atas stresor intrapersonal, interpersonal, dan ekstrapersonal menjadi dasar dalam proses pengkajian keperawatan. Stresor tersebut berperan dalam memengaruhi respons klien terhadap kondisi penyakit yang dialami. Oleh karena itu, identifikasi stresor secara tepat diperlukan agar perawat dapat menentukan masalah keperawatan serta merencanakan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan klien stroke

Selanjutnya, strategi pencegahan primer, sekunder, dan tersier dalam Teori Betty Neuman memberikan arah dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Pencegahan primer ditujukan untuk mengurangi faktor risiko yang dapat memperburuk kondisi klien, pencegahan sekunder dilakukan untuk menangani masalah yang telah muncul, sedangkan pencegahan tersier difokuskan pada upaya pemulihan dan pencegahan komplikasi lanjutan. Ketiga tingkat pencegahan ini saling mendukung dalam meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan. Dengan demikian, penerapan Teori Betty Neuman pada kasus klien dengan stroke dapat

mendukung pemberian asuhan keperawatan yang terstruktur dan berbasis teori. Pendekatan ini membantu perawat dalam memberikan asuhan yang lebih holistik dan sistematis, sehingga berkontribusi terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan serta mendukung proses pemulihan klien stroke.

4.2 Saran

1. Untuk mahasiswa keperawatan diharapkan memahami penerapan Teori Sistem Betty Neuman secara mendalam agar mampu melihat pasien sebagai sistem yang saling berhubungan antara aspek fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual.
2. Perawat diharapkan dapat mengaplikasikan Teori Betty Neuman sebagai pendekatan holistik dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke, dengan memperhatikan pencegahan primer, sekunder, dan tersier.
3. Institusi pelayanan kesehatan diharapkan dapat mendukung penerapan Teori Betty Neuman dalam praktik keperawatan melalui penyusunan kebijakan, pedoman asuhan keperawatan, serta program pelatihan berkelanjutan bagi perawat. Integrasi teori keperawatan dalam standar operasional prosedur diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan, menjamin kontinuitas asuhan, serta memperkuat pendekatan holistik dan sistematis dalam perawatan klien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th ed.). Elsevier.
- Alligood, M. R. (2022). *Nursing theory: Utilization and application* (6th ed.). Elsevier.
- Anderson, J. M. (2019). Application of the Neuman Systems Model in chronic illness care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1221–1228.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing* (11th ed.). Pearson.
- Fawcett, J. (2017). *Applying conceptual models of nursing: Quality improvement, research, and practice*. Springer Publishing Company.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2018). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). F.A. Davis.
- George, J. B. (2019). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (7th ed.). Pearson.
- Higgins, P. A., & Moore, S. M. (2020). Levels of prevention in the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 33(3), 223–229.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Pearson Education.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model and nursing practice*. Pearson.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2019). The Neuman Systems Model: A framework for nursing research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 32(1), 22–29.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

- Roy, C., & Andrews, H. A. (2019). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson.
- Sitzman, K., & Watson, J. (2018). *Caring science, mindful practice*. Springer Publishing Company.
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4th ed.). F.A. Davis.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing* (6th ed.). Pearson.
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.003>
- Ziegler, R. (2020). Holistic nursing care using the Neuman Systems Model. *Journal of Holistic Nursing*, 38(4), 397–405.



Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Nursing Sciences

journal homepage: <http://www.elsevier.com/journals/international-journal-of-nursing-sciences/2352-0132>



Original Article

The effectiveness of shared clinical teaching in nursing

Karen F. Phillips^{a,*}, Lizy Mathew^a, Nadine Aktan^a, Priyadharshiny Sandanapitchai^b

^a Department of Nursing, College of Science and Health, William Paterson University, 300 Pompton Rd, Wayne, NJ, 07470, USA

^b Department of Psychology, College of Humanities and Science, William Paterson University, 300 Pompton Rd, Wayne, NJ, 07470, USA

ARTICLE INFO

Article history:
Received 27 August 2018
Received in revised form
12 February 2019
Accepted 4 March 2019
Available online 7 March 2019

Keywords:
Clinical clerkship
Clinical learning environment
Faculty shortage
Nursing education
Students
Nursing
Questionnaires

ABSTRACT

Aim: Clinical learning is a critical component of a nursing curriculum. Student satisfaction in clinical environment is crucial to foster a positive learning experience. Faculty shortages have made clinical teaching more challenging; as such, alternate models of clinical teaching must be explored by nursing programs. The purpose of this study was to measure the perception of student satisfaction in regard to the effectiveness of shared clinical teaching in nursing.

Methods: Utilizing Chan's Clinical Learning Environment Inventory (CLEI), this quantitative comparative study examined nursing students' preferred and actual clinical learning environment. The CLEI contains 42 questions in six subscales: Individualization, Innovation, Involvement, Personalization, Task Orientation, and Satisfaction in both the actual and preferred clinical learning environment. The sample consisted of 202 nursing students in two groups: the first group had 91 students who experienced shared clinical teaching with two faculty, whereas the second group had 111 students who experienced the traditional, single faculty model. The results were analyzed using independent sample T-tests.

Results: The preferred learning environment was rated highest in all six subscales. Scores of the Satisfaction subscale and the Innovation subscale for Actual Learning Environment, and the score of the Innovation subscale for Preferred Learning Environment of students experiencing shared clinical teaching with two faculty were higher than the scores of students experiencing traditional, single faculty model, with statistically significance ($P < 0.05$).

Conclusion: The results indicated students preferred the shared clinical teaching model with two faculty over the single faculty model. Nursing programs can utilize this model and apply these results to develop and maintain quality clinical teaching.

© 2019 Chinese Nursing Association. Production and hosting by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction and background

Clinical experience is a major and crucial component of nursing education [1]. The effectiveness of clinical learning is dependent on teaching-learning interactions between students and faculty [2–6]. A supportive clinical environment is integral to the teaching learning process [7]. Since clinical practice is a key component of any nursing curriculum, student satisfaction with the clinical learning environment must be fostered [8,9]. Student satisfaction is seen as an indicator of program and student success [9,10].

The well-documented nurse faculty shortage has impacted

nursing education [11]. Issues such as aging nurse faculty and limited compensation are important factors contributing to this crisis [11,12]. Other barriers include lengthy nurse graduate programs and limited opportunities for tuition reimbursement prohibiting nurses pursuing advanced degrees [12]. One critical area of nursing education affected by this shortage is the clinical learning environment. Many nursing programs are looking for creative ways to address this shortage. Several clinical teaching models are currently being utilized by nursing programs, such as Collaborative Learning Units (CLU), Dedicated Education Units (DEU), Preceptorship, School-Clinical Agency Partnerships, Faculty Supervised Practicum, and Joint Hospital University Appointments, and the Traditional Model (TM) [13].

Typically, schools of nursing use the TM of clinical education where one faculty member supervises 6–10 students in the clinical environment however this may not provide the most effective learning environment [14]. Programs have found it difficult to find

* Corresponding author.
E-mail addresses: kphillips136@wpunj.edu (K.F. Phillips), mathewl@wpunj.edu (L. Mathew), aktan@wpunj.edu (N. Aktan), sandanapitchai@wpunj.edu (P. Sandanapitchai).

Peer review under responsibility of Chinese Nursing Association.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnur.2019.03.002>

2352-0132/© 2019 Chinese Nursing Association. Production and hosting by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).