

BUNGA RAMPAI

KEPERAWATAN TRANSKULTURAL

Penulis :

Nurseha S.Djaafar, S.Kep,Ns., M.Kes
Ns. Masnun, SST., S.Kep.,M.Biomed
Wahyuningsih, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ellen Pesak,S.Kep,Ners,M.Kes
Ajeng Titah Normawati, S.Tr.Kep, Ners, M.Tr.Kep
Dr. Jean Henry Raule, S.Pd.SKM.M.Kes
Lorrien Grace Runtu, SPd. S.Sit, MPH
Ns. Gita Adelia, M.Kep
Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd.,SST.,MPHM
Hj. Ernawati, SKp.,M.Kep
Femmy K. Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH
Rian Yuliyana, S.Kep, Ners, MNS
Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns.,Kep.,Sp.Kep.An

BUNGA RAMPAI
KEPERAWATAN TRANSKULTURAL

Nurseha S.Djaafar, S.Kep,Ns., M.Kes
Ns. Masnun, SST., S.Kep.,M.Biomed
Wahyuningsih, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ellen Pesak,S.Kep,Ners,M.Kes
Ajeng Titah Normawati, S.Tr.Kep, Ners, M.Tr.Kep
Dr. Jean Henry Raule, S.Pd.SKM.M.Kes
Lorrien Grace Runtu, SPd. S.Sit, MPH
Ns. Gita Adelia, M.Kep
Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd.,SST.,MPHM
Hj. Ernawati, SKp.,M.Kep
Femmy K. Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH
Rian Yuliyana, S.Kep, Ners, MNS
Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns.,Kep.,Sp.Kep.An



BUNGA RAMPAI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL

Penulis:

Nurseha S.Djaafar, S.Kep,Ns., M.Kes
Ns. Masnun, SST., S.Kep.,M.Biomed
Wahyuningsih, S.Kep.,Ns., M.Kep
Ellen Pesak,S.Kep,Ners,M.Kes
Ajeng Titah Normawati, S.Tr.Kep, Ners, M.Tr.Kep
Dr. Jean Henry Raule, S.Pd.SKM.M.Kes
Lorrien Grace Runtu, SPd. S.Sit, MPH
Ns. Gita Adelia, M.Kep
Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd.,SST.,MPHM
Hj. Ernawati, SKp.,M.Kep
Femmy K. Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH
Rian Yuliyana, S.Kep, Ners, MNS
Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., Kep.,Sp.Kep.An

ISBN :

978-623-455-917-0

Editor Buku

Iis Afrianty, S.T.T., M.Keb.
Tukatman, S.kep., Ns., M.Kep.

Cetakan Pertama : 2023

Diterbitkan Oleh :

Penerbit PT. PENA PERSADA KERTA UTAMA
Jl. Gerilya No. 292 Purwokerto Selatan Kab. Banyumas
Telepon: (0281) 7771388
Website: www.penapersada.com
Anggota IKAPI: 178/JTE/2019

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul KEPERAWATAN TRANSKULTURAL mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting dalam upaya meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep umum keperawatan transkultural, dan lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
BAB 1_Konsep Dasar Keperawatan Transkultural.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Pengertian.....	2
C. Konsep Keperawatan Transkultural.....	3
D. Konsep Paradigma Keperawatan Menurut Teori.....	5
E. Proses Keperawatan Transcultural Nursing.....	7
BAB 2 Paradigma Perawatan Transkultural.....	15
A. Pendahuluan.....	15
B. Paradigma Keperawatan Transkultural.....	18
C. Perawatan transkultural yang ada di masyarakat.....	24
BAB 3_Perspektif Transkultural Dalam Kehamilan dan Persalinan.....	30
A. Pendahuluan.....	30
B. Kehamilan Dan Persalinan.....	30
C. Konsep Transkultural Dalam Keperawatan Maternitas.....	31
BAB 4 Perspektif Transkultural dalam Asuhan Keperawatan Lansia.....	38
A. Pendahuluan.....	38
B. Definisi Lansia.....	38
C. Teori Menua.....	39
D. Konsep dan Prinsip Asuhan Keperawatan Transkultural.....	41
E. Instrumen Pengkajian Budaya.....	43
F. Perawatan pada Lanjut Usia.....	44

BAB 5 Model Keperawatan Dalam Keperawatan Transkultural ..	52
A. Pendahuluan	52
B. Madeleine Leininger	52
C. Teori dan Model Keperawatan Transkultural.....	53
BAB 6 Keberagaman Budaya Pada Tenaga Kesehatan	65
A. Sumber daya Manusia Organisasi	65
B. Keberagaman Budaya	66
C. Budaya dan Lingkungan Kerja Tenaga Kesehatan.....	68
D. Keberagaman Budaya dan Tenaga Kesehatan	68
BAB 7 Pengkajian Budaya Transcultural.....	75
A. Pengkajian	75
BAB 8 Konsep Holistik Dalam Transcultural Nursing.....	90
A. Komponen Kompetensi Budaya	90
B. Pengembangan Pola dan Perilaku Budaya	91
C. Pengkajian Mandiri	94
D. Pengkajian Keperawatan Budaya	96
BAB 9 Kompetensi Budaya Dalam Pengambilan Keputusan Etis	101
A. Kompetensi Budaya	101
B. Keputusan Etis	106
C. Kompetensi Budaya Dalam Pengambilan Keputusan Etis	106
BAB 10 Teori Model Dalam Konsep Caring	115
A. Pendahuluan	115
B. Konsep Teori <i>Caring</i>	116
C. Komponen Caring	119
D. Manfaat Caring	121
E. Perilaku Caring Dalam Praktik Keperawatan.....	122

BAB 11_Keperawatan dan Kesehatan Global	127
A. Keperawatan Global.....	127
B. Kesehatan Global.....	130
C. Organisasi Keperawatan Dunia	132
D. Kepemimpinan Perawat Dalam Sejarah Pandemi Dunia	132
E. Evolusi Kesehatan Global.....	134
F. Keperawatan menghadapi era globalisasi	136
BAB 12_Perspektif transkultural dalam keperawatan kesehatan jiwa	140
A. Pendahuluan	140
B. Tujuan	140
C. Konteks Budaya	141
D. Aturan Aplikasi Keperawatan Transkultural.....	141
E. Aplikasi Transkultural Dalam Asuhan Keperawatan Jiwa	142
BAB 13 Perspektif Transkultural Dalam Asuhan Keperawatan Anak	147
A. Pendahuluan	147
B. Anak Sebagai Populasi	148
C. Status Kesehatan dan Tumbuh Kembang Anak	148
D. Budaya Umum dan Budaya Khusus Dalam Merawat Anak	150
E. Asuhan Keperawatan Anak Dan Remaja Berdasarkan Budaya	151

BAB 1

Konsep Dasar Keperawatan Transkultural

Nurseha S.Djaafar, S.Kep,Ns., M.Kes

A. Pendahuluan

Tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan pada abad ke-21, termasuk tuntutan terhadap asuhan keperawatan yang berkualitas akan semakin besar. Dengan adanya globalisasi, dimana perpindahan penduduk antar negara (imigrasi) dimungkinkan, menyebabkan adanya pergeseran terhadap tuntutan asuhan keperawatan.

Keperawatan sebagai profesi memiliki landasan body of knowledge yang kuat, yang dapat dikembangkan serta dapat diaplikasikan dalam praktek keperawatan. Perkembangan teori keperawatan terbagi menjadi 4 level perkembangan yaitu *meta theory, grand theory, middle range theory and practice theory*.

Salah satu teori yang diungkapkan pada *middle range theory* adalah *Transcultural Nursing Theory*. Teori ini berasal dari disiplin ilmu antropologi dan dikembangkan dalam konteks keperawatan. Teori ini menjabarkan konsep keperawatan yang didasari oleh pemahaman tentang adanya perbedaan nilai-nilai kultural yang melekat dalam masyarakat. Leininger beranggapan bahwa sangatlah penting memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan kepada klien. Bila hal tersebut diabaikan oleh perawat, akan mengakibatkan terjadinya *cultural shock*.

Cultural shock akan dialami oleh klien pada suatu kondisi dimana perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan. Hal ini dapat menyebabkan munculnya rasa ketidaknyamanan,

ketidakberdayaan dan beberapa mengalami disorientasi. Salah satu contoh yang sering ditemukan adalah ketika klien sedang mengalami nyeri. Pada beberapa daerah atau negara diperbolehkan seseorang untuk mengungkapkan rasa nyerinya dengan berteriak atau menangis. Tetapi karena perawat memiliki kebiasaan bila merasa nyeri hanya dengan meringis pelan, bila berteriak atau menangis akan dianggap tidak sopan, maka ketika ia mendapati klien tersebut menangis atau berteriak, maka perawat akan memintanya untuk bersuara pelan-pelan, atau memintanya berdoa atau malah memarahi pasien karena dianggap telah mengganggu pasien lainnya. Kebutaan budaya yang dialami oleh perawat ini akan berakibat pada penurunan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.

B. Pengertian

Transcultural Nursing adalah suatu area/wilayah keilmuan budaya pada proses belajar dan praktek keperawatan yang fokus memandang perbedaan dan kesamaan diantara budaya dengan menghargai asuhan, sehat dan sakit didasarkan pada nilai budaya manusia, kepercayaan dan tindakan, dan ilmu ini digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan khususnya budaya atau keutuhan budaya kepada manusia (Leininger, 2002).

Tujuan dari keperawatan transkultural adalah untuk mengidentifikasi, menguji, mengerti dan menggunakan pemahaman keperawatan transkultural untuk meningkatkan kebudayaan yang spesifik dalam pemberian asuhan keperawatan.

Asumsi mendasar dari teori adalah perilaku *Caring*. *Caring* adalah esensi dari keperawatan, membedakan, mendominasi serta mempersatukan tindakan keperawatan. Tindakan *Caring* dikatakan sebagai tindakan yang dilakukan dalam memberikan dukungan kepada individu secara utuh. Perilaku *Caring* semestinya diberikan kepada manusia sejak lahir, dalam perkembangan dan pertumbuhan, masa pertahanan sampai dikala manusia itu meninggal. *Human*

caring secara umum dikatakan sebagai segala sesuatu yang berkaitan dengan dukungan dan bimbingan pada manusia yang utuh. *Human caring* merupakan fenomena yang universal dimana ekspresi, struktur dan polanya bervariasi diantara kultur satu tempat dengan tempat lainnya.

C. Konsep Keperawatan Transkultural

1. Budaya adalah norma atau aturan tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan dibagi serta memberi petunjuk dalam berpikir, bertindak dan mengambil keputusan.
2. Budaya adalah sesuatu yang kompleks yang mengandung pengetahuan, keyakinan, seni, moral, hukum, kebiasaan, dan kecakapan lain yang merupakan kebiasaan manusia sebagai anggota komunitas setempat. Kebudayaan adalah keseluruhan gagasan dan karya manusia yang harus dibiasakan dengan belajar, beserta keseluruhan hasil budi dan karyanya dan sebuah rencana untuk melakukan kegiatan tertentu (Leininger, 1991). Menurut konsep budaya Leininger (1978, 1984), karakteristik budaya dapat digambarkan sebagai berikut : (1) Budaya adalah pengalaman yang bersifat universal sehingga tidak ada dua budaya yang sama persis, (2) budaya yang bersifat stabil, tetapi juga dinamis karena budaya tersebut diturunkan kepada generasi berikutnya sehingga mengalami perubahan, (3) budaya diisi dan ditentukan oleh kehidupan manusianya sendiri tanpa disadari.
3. Nilai budaya adalah keinginan individu atau tindakan yang lebih diinginkan atau sesuatu tindakan yang dipertahankan pada suatu waktu tertentu dan melandasi tindakan dan keputusan.
4. Perbedaan budaya dalam asuhan keperawatan merupakan bentuk yang optimal dari pemberian asuhan keperawatan, mengacu pada kemungkinan variasi pendekatan keperawatan yang dibutuhkan untuk

memberikan asuhan budaya yang menghargai nilai budaya individu, kepercayaan dan tindakan termasuk kepekaan terhadap lingkungan dari individu yang datang dan individu yang mungkin kembali lagi (Leininger, 1985).

5. Etnosentris adalah persepsi yang dimiliki oleh individu yang menganggap bahwa budayanya adalah yang terbaik diantara budaya-budaya yang dimiliki oleh orang lain
6. Etnis berkaitan dengan manusia dari ras tertentu atau kelompok budaya yang digolongkan menurut ciri-ciri dan kebiasaan yang lazim. Etnik adalah seperangkat kondisi spesifik yang dimiliki oleh kelompok tertentu (kelompok etnik). Kelompok etnik adalah sekumpulan individu yang mempunyai budaya dan sosial yang unik serta menurunkannya ke generasi berikutnya (Handerson, 1981).
7. Ras adalah perbedaan macam-macam manusia didasarkan pada mendiskreditkan asal muasal manusia
8. Ras merupakan sistem pengklasifikasian manusia berdasarkan karakteristik fisik pigmentasi, bentuk tubuh, bentuk wajah, bulu pada tubuh dan bentuk kepala. Ada tiga jenis ras yang umumnya dikenal, yaitu Kaukasoid, Negroid, Mongoloid.
9. Budaya adalah keyakinan dan perilaku yang diturunkan atau diajarkan manusia kepada generasi berikutnya (Taylor, 1989).
10. Etnografi adalah ilmu yang mempelajari budaya. Pendekatan metodologi pada penelitian etnografi memungkinkan perawat untuk mengembangkan kesadaran yang tinggi pada perbedaan budaya setiap individu, menjelaskan dasar observasi untuk mempelajari lingkungan dan orang-orang, dan saling memberikan timbal balik diantara keduanya.
11. *Care* adalah fenomena yang berhubungan dengan bimbingan, bantuan, dukungan perilaku pada individu, keluarga, kelompok dengan adanya kejadian untuk memenuhi kebutuhan baik aktual maupun potensial

untuk meningkatkan kondisi dan kualitas kehidupan manusia.

12. *Caring* adalah tindakan langsung yang diarahkan untuk membimbing, mendukung dan mengarahkan individu, keluarga atau kelompok pada keadaan yang nyata atauantisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia.
13. *Cultural Care* berkenaan dengan kemampuan kognitif untuk mengetahui nilai, kepercayaan dan pola ekspresi yang digunakan untuk membimbing, mendukung atau memberi kesempatan individu, keluarga atau kelompok untuk mempertahankan kesehatan, sehat, berkembang dan bertahan hidup, hidup dalam keterbatasan dan mencapai kematian dengan damai.
14. *Cultural imposition* berkenaan dengan kecenderungan tenaga kesehatan untuk memaksakan kepercayaan, praktik dan nilai diatas budaya orang lain karena percaya bahwa ide yang dimiliki oleh perawat lebih tinggi daripada kelompok lain

D. Konsep Paradigma Keperawatan Menurut Teori

Leininger (1985) mengartikan paradigma keperawatan transcultural sebagai cara pandang, keyakinan, nilai-nilai, konsep-konsep dalam terlaksananya asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya terhadap empat konsep sentral keperawatan yaitu: manusia, sehat, lingkungan dan keperawatan (Andrew and Boyle, 1995).

1. Manusia

Dalam teori Leininger disebutkan bahwa manusia memiliki pengetahuan dan praktik perawatan tradisional dan biasanya pengetahuan dan praktik keperawatan profesional yang berbeda-beda baik secara transcultural ataupun individual. Nilai-nilai asuhan budaya, keyakinan dan praktik dipengaruhi oleh dan cenderung terikat dengan pandangan dunia, Bahasa, filosofi, agama (dan spiritualitas), kekerabatan, social politik, hukum, pendidikan, ekonomi, teknologi, Riwayat etnis dan lingkungan dari konteks budaya.

2. Lingkungan

Leininger mendefinisikan konteks lingkungan yang mengacu pada lingkungan secara keseluruhan (fisik, geografi dan social kebudayaan), situasi, atau kejadian yang terkait dengan pengalaman yang memberi makna interpretasi untuk mengarahkan ekspresi dan keputusan manusia dengan rujukan pada lingkungan atau situasi tertentu.

3. Kesehatan

Leininger mendefinisikan Kesehatan sebagai keadaan sejahtera yang didefinisikan, dihargai, dan dipraktikkan secara budaya. Ini mencerminkan kemampuan individu (atau kelompok) untuk melakukan aktivitas peran sehari-hari mereka dalam cara hidup yang diekspresikan secara budaya, bermanfaat, dan berpola.

4. Keperawatan

Leininger mendefinisikan keperawatan sebagai sebuah disiplin profesi yang caring dan mengarahkan perawat dalam menemukan dan memberikan asuhan yang berpengetahuan dan terampil kepada klien. Leininger juga mendefinisikan keperawatan sebagai profesi dan disiplin yang mempelajari, humanistik, dan berdasarkan ilmiah yang berfokus pada fenomena perawatan manusia dan aktivitas kepedulian untuk membantu, mendukung, dan memfasilitasi atau memungkinkan individu atau kelompok untuk mempertahankan atau mendapatkan kembali kesehatan atau kesejahteraan mereka dalam pendekatan budaya, atau untuk membantu individu menghadapi cacat atau kematian. Keperawatan sebagai profesi memiliki mandat sosial untuk melayani orang. Perawat profesional ditantang untuk melayani orang lain yang membutuhkan bantuan dan untuk merespons dan mengantisipasi kebutuhan perawatan aktual.

Keperawatan sebagai budaya juga memiliki model fungsi dan keberadaan yang didefinisikan secara budaya

yang dapat berubah seiring waktu dengan perubahan sosial. Namun, sebagai suatu disiplin budaya keperawatan, mengharapakan perawat dapat menemukan dan menggunakan pengetahuan yang khas dan menjelaskan serta menginterpretasikan fokus dan esensi keperawatan.

E. Proses Keperawatan Transcultural Nursing

Model konseptual yang dikembangkan oleh Leininger dalam menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks budaya digambarkan dalam bentuk matahari terbit (Sunrise Model). Geisser (1991) menyatakan bahwa proses keperawatan ini digunakan oleh perawat sebagai landasan berfikir dan memberikan solusi terhadap masalah klien (Andrew and Boyle, 1995). Pengelolaan asuhan keperawatan dilaksanakan dari mulai tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 1995). Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada "*Sunrise Model*" yaitu :

a. Faktor teknologi (*tecnological factors*)

Teknologi kesehatan memungkinkan individu untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengkaji : persepsi sehat sakit, kebiasaan berobat atau mengatasi masalah kesehatan, alasan mencari bantuan kesehatan, alasan klien memilih pengobatan alternatif dan persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan saat ini.

b. Faktor agama dan falsafah hidup (*religious and philosophical factors*)

Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang amat realistis bagi para

pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran diatas segalanya, bahkan di atas kehidupannya sendiri. Faktor agama yang harus dikaji oleh perawat adalah : agama yang dianut, status pernikahan, cara pandang klien terhadap penyebab penyakit, cara pengobatan dan kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan.

- c. Faktor sosial dan keterikatan keluarga (*kinship and social factors*)

Perawat pada tahap ini harus mengkaji faktor-faktor : nama lengkap, nama panggilan, umur dan tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, dan hubungan klien dengan kepala keluarga.

- d. Nilai-nilai budaya dan gaya hidup (*cultural value and life ways*)

Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk. Norma-norma budaya adalah suatu kaidah yang mempunyai sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. Yang perlu dikaji pada faktor ini adalah : posisi dan jabatan yang dipegang oleh kepala keluarga, bahasa yang digunakan, kebiasaan makan, makanan yang dipantang dalam kondisi sakit, persepsi sakit berkaitan dengan aktivitas sehari-hari dan kebiasaan membersihkan diri.

- e. Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku (*political and legal factors*)

Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya (Andrew and Boyle, 1995). Yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : peraturan dan kebijakan yang berkaitan dengan jam berkunjung, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu, cara pembayaran untuk klien yang dirawat.

- f. Faktor ekonomi (economical factors)
Klien yang dirawat di rumah sakit memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Faktor ekonomi yang harus dikaji oleh perawat diantaranya : pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, tabungan yang dimiliki oleh keluarga, biaya dari sumber lain misalnya asuransi, penggantian biaya dari kantor atau patungan antar anggota keluarga.
- g. Faktor pendidikan (educational factors)
Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. Semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinan klien biasanya didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan individu tersebut dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : tingkat pendidikan klien, jenis pendidikan serta kemampuannya untuk belajar secara aktif mandiri tentang pengalaman sakitnya sehingga tidak terulang kembali.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon klien sesuai latar belakang budayanya yang dapat dicegah, diubah atau dikurangi melalui intervensi keperawatan. (Giger and Davidhizar, 1995). Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan dalam asuhan keperawatan transkultural yaitu: gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan kultur, gangguan interaksi sosial berhubungan disorientasi sosiokultural dan ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

3. Perencanaan dan Pelaksanaan

Perencanaan dan pelaksanaan dalam keperawatan transkultural adalah suatu proses keperawatan yang tidak dapat dipisahkan. Perencanaan adalah suatu

proses memilih strategi yang tepat dan pelaksanaan adalah melaksanakan tindakan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 1995). Ada tiga pedoman yang ditawarkan dalam keperawatan transkultural (Andrew and Boyle, 1995) yaitu: mempertahankan budaya yang dimiliki klien bila budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi budaya klien bila budaya klien kurang menguntungkan kesehatan dan merubah budaya klien bila budaya yang dimiliki klien bertentangan dengan kesehatan.

- a. *Cultural care preservation/maintenance/* Mempertahankan budaya
Mempertahankan budaya dilakukan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya, misalnya budaya berolahraga setiap pagi.
 - 1) Identifikasi perbedaan konsep antara klien dan perawat tentang proses melahirkan dan perawatan bayi
 - 2) Bersikap tenang dan tidak terburu-buru saat berinteraksi dengan klien
 - 3) Mendiskusikan kesenjangan budaya yang dimiliki klien dan perawat
- b. *Cultural care accomodation/negotiation /Negosiasi*
Budaya Intervensi dan implementasi keperawatan pada tahap ini dilakukan untuk membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatan. Perawat membantu klien agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan, misalnya klien sedang hamil mempunyai pantang makan yang berbau amis, maka ikan dapat diganti dengan sumber protein hewani yang lain.

- 1) Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan
 - 2) Apabila konflik tidak terselesaikan, lakukan negosiasi dimana kesepakatan berdasarkan pengetahuan biomedis, pandangan klien dan standar etik
- c. *Cultural care repartening* atau *reconstruction* atau Restrukturisasi budaya
- Restrukturisasi budaya klien dilakukan bila budaya yang dimiliki merugikan status kesehatan. Perawat berupaya merestrukturisasi gaya hidup klien yang biasanya merokok menjadi tidak merokok. Pola rencana hidup yang dipilih biasanya yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut.
- 1) Beri kesempatan pada klien untuk memahami informasi yang diberikan dan melaksanakannya
 - 2) Tentukan tingkat perbedaan pasien melihat dirinya dari budaya kelompok
 - 3) Gunakan pihak ketiga bila perlu
 - 4) Terjemahkan terminologi gejala pasien ke dalam bahasa kesehatan yang dapat dipahami oleh klien dan orang tua
 - 5) Berikan informasi pada klien tentang sistem pelayanan kesehatan Perawat dan klien harus mencoba untuk memahami budaya masing-masing melalui proses akulturasi, yaitu proses mengidentifikasi persamaan dan perbedaan budaya yang akhirnya akan memperkaya budaya mereka.

Bila perawat tidak memahami budaya klien maka akan timbul rasa tidak percaya sehingga hubungan terapeutik antara perawat dengan klien akan terganggu. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektifitas keberhasilan menciptakan hubungan perawat dan klien yang bersifat terapeutik.

4. Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan transkultural dilakukan terhadap keberhasilan klien tentang mempertahankan budaya yang sesuai dengan kesehatan, mengurangi budaya klien yang tidak sesuai dengan kesehatan atau beradaptasi dengan budaya baru yang mungkin sangat bertentangan dengan budaya yang dimiliki klien. Melalui evaluasi dapat diketahui asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien

DAFTAR PUSTAKA

- Andrew . M & Boyle. J.S, (1995), *Transcultural Concepts in Nursing Care*, 2nd Ed, Philadelphia, JB Lippincot Company
- Fawcett, J. (2006). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theorist* , 2nd. Philadelphia : F.A. Davis Company
- Giger. J.J & Davidhizar. R.E, (1995), *Transcultural Nursing : Assessment and Intervention*, 2nd Ed, Missouri , Mosby Year Book Inc
- Hamid, A. Y. S., & Ibrahim, K. (2017). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*, 8th Indonesia Edition. Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Koentjaraningrat (1990), *Pengantar ilmu antropologi*, Jakarta: Rineka cipta
- Leininger. M & McFarland. M.R, (2002), *Transcultural Nursing : Concepts, Theories, Research and Practice*, 3rd Ed, USA, McGraw Hill Companies

BIODATA PENULIS



Nurseha S. Djaafar, SPd, S.Kep, Ns, M.Kes lahir di Kintom, pada 12 Oktober 1961. Seorang perawat Pendidik, yang telah bekerja selama lebih dari 38 tahun, dibidang keperawatan, baik sebagai clinical instructor, maupun dosen pada jurusan keperawatan politeknik Kesehatan Manado. Penulis adalah lulusan Akademi Keperawatan Kemenkes Makassar tahun 1983, IKIP Manado tahun 1995, PSIK FK UGM tahun 2003 dan S2 Kesehatan Masyarakat UNSTRAT Manado tahun 2010, Pendidikan formal penulis dilengkapi dengan pelatihan dan temu ilmiah baik didalam maupun diluar negeri antara lain Davao Philipina dan China. Penulis juga aktif pada organisasi profesi Persatuan Perawat nasional Indonesia sebagai Wakil Ketua MKEK Prop.Sulut.

BAB 2

Paradigma Perawatan Transkultural

* Ns. Masnun, SST., S.Kep.,M.Biomed *

A. Pendahuluan

Kemajuan ilmu pengetahuan termasuk ilmu keperawatan dan angka kesakitan yang tinggi membuat sistem perawatan kesehatan menekankan pada perawatan berteknologi tinggi, secara umum perawatan berteknologi tinggi telah berkembang, sedangkan perawatan “kesehatan” secara relatif diabaikan, kemajuan teknologi ini juga membuat biaya perawatan kesehatan menjadi lebih tinggi, sehingga membuat sistem perawatan kesehatan menekankan pada perawatan berteknologi tinggi, secara umum perawatan berteknologi tinggi telah berkembang.

Meningkatkan derajat kesehatan bangsa merupakan tujuan pembangunan Indonesia, tujuan ini sangat penting melibatkan seluruh komponen masyarakat Indonesia, terutama tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan, termasuk perawat yang tugasnya melaksanakan Asuhan Keperawatan, yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di Indonesia, sebagai perawat sudah sepantasnya berpartisipasi aktif dalam menyelesaikan masalah Kesehatan Bangsa.

Sebagai tenaga keperawatan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya harus didasari dan memahami konsep keilmuan dengan tepat dan benar, sehingga dapat menuntunnya untuk berpikir kritis-logis-analitis; bertindak secara rasional-etis; serta kematangan untuk bersikap tanggap dalam memenuhi kebutuhan masyarakat, menjawab mengapa seseorang membutuhkan pelayanan keperawatan; domain keperawatan dan keterbatasan lingkup pengetahuan serta

bidang garapan praktek keperawatan, berbasis konsep, teori dan struktur substantif dari ilmu keperawatan sehingga dapat menjadi acuan dirinya untuk mengkaji, mendiagnosis, merencanakan, mengimplementasikan bersama masyarakat dan mengevaluasi segala permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat pada situasi kehidupan manusia, lingkungan sosial dan budayanya.

Kebudayaan adalah segala sesuatu yang dipelajari dan dialami bersama secara sosial oleh para anggota masyarakat. menurut antropologi, kebudayaan adalah seluruh sistem gagasan dan rasa, tindakan serta karya yang dihasilkan manusia dalam kehidupan bermasyarakat, yang dijadikan miliknya dengan belajar (Sudarma M, 2012)

Kehidupan manusia sangat dipengaruhi oleh lingkungan alam, social dan budaya, ini berarti lingkungan alam, social dan budaya merupakan sumber yang dapat mendukung kehidupan manusia itu sendiri, khususnya dalam mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya, untuk itu perlu dikaji dan diidentifikasi sumber-sumber yang berasal dari lingkungan alam, social dan budaya yang telah menjadi bagian dari kehidupan manusia itu sendiri dengan pendekatan yang sesuai dalam memecahkan masalah yang kita temui, khususnya masalah kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.

Kebudayaan merupakan keseluruhan yang kompleks, yang didalamnya terkandung pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat dan kemampuan-kemampuan lain yang didapat seseorang sebagai anggota masyarakat (Ferry E,2013).

Masyarakat pada umumnya semakin sadar akan pentingnya kembali ke alam (*back to nature*) untuk menyembuhkan berbagai penyakit sehingga masyarakat kembali memanfaatkan berbagai bahan alam yang ada disekitar mereka berada, termasuk pengobatan dengan tumbuhan obat (herbal), alam dari dulu sebenarnya telah menyediakan berbagai macam obat yang selama ribuan

tahun yang lalu, nenek moyang kita sudah memanfaatkannya secara turun-temurun dan dipelihara serta dilestarikan dari generasi ke generasi berikutnya.

Berdasarkan definisi-definisi tersebut di atas dapat diperoleh beberapa pengertian tentang Kebudayaan yaitu sistem pengetahuan dan pengalaman yang meliputi ide-ide atau gagasan-gagasan yang terdapat dalam pikiran manusia, dalam kehidupan sehari-hari kebudayaan itu bersifat abstrak, sehingga kadang kala sulit untuk dipelajari dan dipahami apalagi oleh orang lain yang bukan berasal dari kebudayaan itu berada dan masih diperlukan untuk pengembangannya sehingga sangat perlu diuji kebenarannya melalui penelitian-penelitian tertentu sesuai yang dipercayai dan diyakini oleh masyarakat tersebut, sedangkan perwujudan kebudayaan itu adalah benda-benda yang diciptakan oleh manusia sebagai makhluk yang berbudaya berupa perilaku dan benda-benda yang bersifat nyata misalnya pola-pola perilaku bahasa, peralatan hidup, organisasi sosial, kepercayaan dan religi, seni dll termasuk didalamnya keyakinan dalam menangani masalah-masalah kesehatan yang mereka yakini dapat menyembuhkan suatu penyakit tertentu yang ada di masyarakat tersebut, seluruhnya ditujukan untuk membantu manusia dalam melangsungkan kehidupannya sehari-hari dan bermasyarakat dalam rangka meningkatkan kesadaran dan derajat kehidupannya termasuk derajat kesehatan yang ada di masyarakat.

Semakin meningkatnya kesadaran tersebut, riset-riset ilmiah pun kini semakin banyak diarahkan pada bahan-bahan alami, obat-obatan dari tanaman yang disebut dengan herbal atau jamu yang diproses secara modern dan didukung hasil riset sehingga semakin banyak tersedia di masyarakat.

Melaksanakan Asuhan Keperawatan tidak menutup kemungkinan memanfaatkan hasil-hasil riset dan sangat berkaitan erat dengan budaya/kultur setempat untuk itu dapat dilakukan dengan pendekatan transkultural.

Kombinasi pengetahuan tentang praktik transkultural dengan kemajuan teknologi dapat menyebabkan makin sempurnanya pelayanan perawatan yang kita berikan dan dapat meningkatkan derajat kesehatan orang banyak dengan berbagai kultur yang ada, sehingga nilai-nilai yang ada di masyarakat tetap terjaga dan terpelihara dengan baik.

Berdasarkan fenomena-fenomena tersebut sebagai tenaga kesehatan termasuk di dalamnya tenaga perawat perlu memahami dengan tepat dan benar tentang “Paradigma Keperawatan Transkultural” sehingga dengan demikian budaya yang ada di masyarakat senantiasa dapat terpelihara dengan baik secara turun temurun dan dilestarikan dengan tidak mengenyampingkan pengobatan dan perawatan secara modern.

B. Paradigma Keperawatan Transkultural

1. Pengertian

Paradigma keperawatan *transcultural* menurut Leininger (1985) diartikan sebagai cara pandang, keyakinan, nilai-nilai, konsep-konsep dalam terlaksananya asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya terhadap empat konsep sentral keperawatan yaitu: manusia, sehat, lingkungan dan keperawatan (Andrew and Boyle, 1995).

Leininger (2002) mendefinisikan Keperawatan Transkultural sebagai penelitian perbandingan budaya untuk memahami persamaan (budaya universal) dan perbedaan (budaya tertentu) diantara kelompok manusia, suatu area/wilayah keilmuan budaya pada belajar dan praktik keperawatan yang focus memandang perbedaan dan kesamaan diantara budaya dengan menghargai asuhan, sehat dan sakit didasarkan pada nilai budaya (Drifa SJ, 2010)

Leininger (2002) mendefinisikan Keperawatan Transcultural adalah suatu area/wilayah keilmuan budaya pada belajar dan praktek keperawatan yang fokus memandang perbedaan dan kesamaan diantara budaya dengan menghargai asuhan, sehat dan sakit didasarkan pada nilai budaya, kepercayaan dan tindakan, dan ilmu ini digunakan untuk

memberikan asuhan keperawatan khususnya budaya atau keutuhan budaya kepada manusia

Pengertian-pengertian tersebut mengandung arti bahwa bagaimana masyarakat tersebut memandang sesuatu yang ada di masyarakat sesuai dengan tempat mereka berada, mereka meyakini bahwa pandangan tersebut benar menurut mereka, berdasarkan keyakinan tersebut mereka praktekkan dalam kehidupan mereka sehari-hari, keyakinan serta nilai-nilai yang mereka punyai mereka pelihara dengan baik dan dilestarikan secara turun temurun. Sebagai seorang perawat dan tenaga kesehatan lainnya kita tidak boleh memandang remeh dan menyepelekan terhadap apa yang diyakini dan dipercayai oleh masyarakat tersebut, kita patut dan harus menghargainya, yang kita perlu lakukan dan kita telaah apakah hal tersebut bertentangan dengan keadaan kesehatannya? Jika bertentangan kita harus sangat hati-hati menyampaikannya, tanpa meremehkan apa yang sudah mereka yakini, jika tidak bertentangan kita juga harus bisa menyampaikan hal-hal yang lebih diutamakan misalnya lebih mengutamakan program-program pengobatan dan keperawatan yang sudah direncanakan dengan baik namun tidak menutup kemungkinan melaksanakan apa yang mereka yakini tersebut.

2. Konsep Etnik dan Budaya mahfudly
 - a. Etnik

Etnik adalah seperangkat kondisi spesifik yang dimiliki oleh kelompok tertentu (kelompok etnik). Kelompok etnik ialah sekumpulan individu yang mempunyai budaya dan sosial yang unik serta menurunkannya kepada generasi berikutnya. Etnik berbeda dengan ras. Ras merupakan sistem pengklasifikasian manusia berdasarkan karakteristik fisik, pigmentasi, bentuk tubuh, bentuk wajah, bulu pada tubuh, dan bentuk kepala. Sedangkan, budaya merupakan keyakinan dan perilaku yang diturunkan atau diajarkan manusia kepada generasi berikutnya.

b. Budaya

Kebudayaan adalah keseluruhan gagasan dan karya manusia yang harus dibiasakan dengan belajar, beserta keseluruhan hasil budi dan karyanya. Menurut E.B. Taylor (1974), kebudayaan merupakan keseluruhan yang kompleks, yang didalamnya terkandung pengetahuan, kepercayaan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat, dan kemampuan-kemampuan lain yang didapat seseorang sebagai anggota masyarakat.

Beberapa pendapat ahli yang mengemukakan komponen atas unsur kebudayaan antara lain sebagai berikut, JH. Melville (2007) menyebutkan kebudayaan memiliki empat pokok, yaitu alat- alat teknologi; sistem ekonomi; keluarga; dan kekuasaan politik. Sedangkan M. Bronislaw (2007) mengatakan ada empat unsur pokok yang meliputi (Ferry Efendi & Makhfudli, Sistem norma, Organisasi ekonomi, Alat dan lembaga (petugas), Organisasi kekuatan (politik)

3. Sistem Kepercayaan Kesehatan

Sistem kepercayaan terhadap kesehatan ikut mempengaruhi terhadap cara pandang individu, keluarga dan masyarakat dalam pencegahan, menanggulangi situasi tertentu yang dialaminya berkaitan dengan masalah kesehatan, berikut dapat dijelaskan satu persatu.

Beberapa sistem kepercayaan kesehatan. di antara sistem tersebut, yaitu:

- a. **Magico religius:** kepercayaan bahwa kekuatan supranatural mendominasi. sebagai contoh, agama Christian scientist percaya dengan penyembuhan hanya melalui berdoa. banyak individu percaya kita dipengaruhi oleh roh, dewa, atau iblis. beberapa budaya percaya bahwa takdir memutuskan hidup, yaitu pasti ada maksud di balik semua peristiwa, yang ditentukan oleh sang maha pencipta. Seringkali, individu tidak selalu harus memahami peristiwa tersebut. kelompok lain percaya bahwa sakit dan

kemalangan adalah hukuman atas dosa. beberapa individu percaya bahwa masalah atau rasa nyeri merupakan takdir tuhan.

- b. **Ilmu Pengetahuan/Biomedis** : kepercayaan bahwa proses fisik dan biomedis dapat dipelajari dan dimanipulasi untuk mengendalikan kehidupan. sebagai contoh, agama Shinto percaya bahwa individu pada dasarnya sehat; sakit terjadi ketika individu tersebut kontak dengan polutan. Kedokteran Barat sering kali mengambil pendekatan bahwa tubuh memiliki sistem tubuh individual (mis., pulmonal, integument, endokrin). oleh sebab itu, spesialis dipekerjakan untuk mengatasi keluhan khusus penyakit atau bagian tubuh manusia yang mengalami cedera.
 - c. **Pengobatan Holistik**: kepercayaan bahwa kekuatan alam harus dipertahankan seimbang. pendekatan holistik memadukan konsep sehat-sakit secara fisik, psikologis, dan spiritual individu. sehat didefinisikan dalam hal hubungan individu dengan alam semesta, hidup dianggap sebagai salah satu aspek alam semesta, dari sistem kepercayaan tersebut, muncul pengobatan holistik, pengobatan herbal, dan konsep Mother Earth. banyak orang Amerika Asli dan Asia mengikuti pendekatan holistik. Orang Amerika Asli seringkali mengikuti tiga konsep holistik: *pencegahan, terapi, dan pemeliharaan kesehatan*, teori Yin-Yang dan panas-dingin: Kepercayaan bahwa sakit terjadi ketika kekuatan hidup tidak lagi seimbang. Banyak budaya percaya pada aspek **yin-yang** atau panas-dingin dalam sehat-sakit (Rosdahl, 2014)
4. Sistem Pelayanan Kesehatan Kultural

Dasar keberhasilan interaksi antara klien dan pemberi perawatan adalah pemahaman bahwa kita semua berbeda satu sama lain, baik etnis maupun latar belakang budaya sehingga kepercayaan tentang sehat-sakit dan praktik-

praktiknya juga berbeda. Sekali lagi muncul kata "berbeda". Tetapi di balik perbedaan tersebut, kita semua sepakat untuk mencapai tujuan yang sama yaitu bersama-sama mempertahankan kesehatan atau kembali pulih. Dilema yang terjadi di sini adalah bahwa kesehatan memiliki arti yang berbeda bagi setiap orang, kita mengenali dan mengukur perubahannya secara berbeda, bertindak dengan berbagai cara ketika menghadapi perubahan ini, mencari metode yang berbeda untuk memperoleh kesembuhan. Suasana atau nama lingkungan tempat kita bertemu dan berinteraksi satu sama lain dapat berbeda, tetapi semua itu disebut oleh Kleinman sebagai "sistem perawatan kesehatan kultural" (Kleinman, 1980). Fakta sederhana yang menyatakan bahwa budaya mempengaruhi kepercayaan dan perilaku sehat-sakit adalah pengingat yang konstan bagi kita. Artinya, dimanapun klien dan pemberi perawatan berinteraksi, akan terdapat sistem yang dipengaruhi oleh kepercayaan, nilai, norma, dan standar yang dianut oleh setiap orang. Sistem pelayanan kesehatan kultural terbentuk dari pengalaman dan penanganan individu serta institusi sosial tempat klien dan pemberi perawatan berinteraksi (Kleinman, 1980; Kleinman, 1986). Setiap sistem pelayanan kesehatan kultural dapat mencakup beberapa sektor. Tiga sektor dari model Kleinman adalah populer, tradisional, dan profesional. Secara khas, sektor populer terdiri atas individu biasa, keluarga, kelompok, jaringan sosial, dan komunitas.

Praktisi dan penyembuh tradisional/nonprofesional termasuk dalam sektor tradisional, sedangkan sektor profesional terdiri atas para profesional kesehatan yang memiliki lisensi (Kleinman, 1980). Mari kita lihat sektor-sektor ini secara lebih rinci (Elizabeth T. Anderson & Judith McFarlane, 2014).

Hal yang mendasar dari konsep teori transcultural keperawatan adalah perilaku peduli dalam memberikan

dukungan kepada individu, keluarga dan masyarakat secara utuh dan kompleks yang seyogyanya sudah diberikan pada manusia sejak lahir bahkan lebih kompleksnya lagi sejak terjadinya konsepsi, dalam pertumbuhan dan perkembangan, bahkan sampai dikala manusia itu meninggal. Bentuk kepedulian orang-orang di sekitar pasien/klien baik perawat yang bertugas, keluarga maupun masyarakat disekitarnya, sehingga dengan demikian dapat mengembalikan semangatnya untuk sembuh. Keadaan Kesehatan fisik selalu berkorelasi dengan kondisi manusia sebagai makhluk psikologis. Proses masuknya budaya (enkulturisasi) dan penyesuaian diri terhadap budaya (akulturisasi) mempermudah pembelajaran budaya (Drifa SJ, 2010).

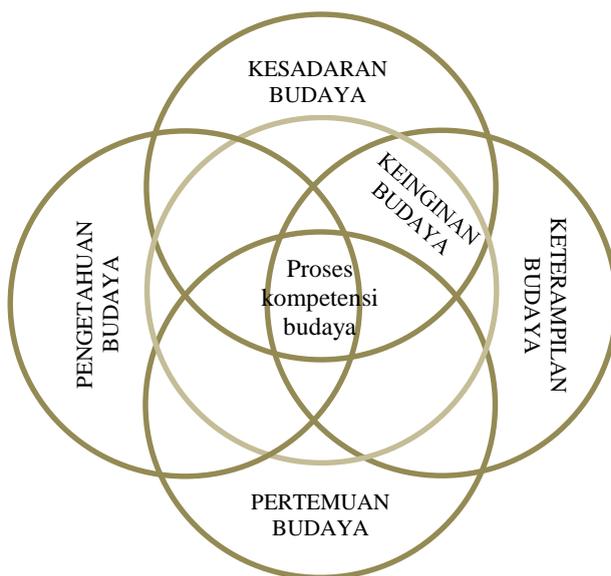
5. Tujuan Keperawatan Transkultural

Tujuan keperawatan transkultural adalah bentuk pelayanan yang sama secara budaya atau pelayanan yang sesuai pola nilai kehidupan individu dalam arti yang sebenarnya. Pola dan arti pelayanan merupakan hasil dari diri manusia itu sendiri, bukan dari kriteria yang telah ditetapkan

Budaya adalah kumpulan pembelajaran untuk kelompok individu antar generasi di dalam masyarakat yang terstruktur atau tidak terstruktur. Individu mengalami warisan budaya bersama dengan individu lain. Warisan budaya dipelajari melalui pengalaman formal dan informal disepanjang daur kehidupan. Budaya terdiri atas kombinasi warisan bahasa dan gaya komunikasi, kepercayaan kesehatan dan praktik keagamaan. Budaya dipengaruhi oleh lingkungan, harapan masyarakat dan asal Negara (Eka Anisa Mardella dan Devi Yulianti, 2014).

Kemampuan individu untuk berkomunikasi sesuai dengan norma dan nilai budaya setempat, tergantung kepada hasil proses adaptasi yang dilakukan. Pada dasarnya setiap individu akan melakukan adaptasi dengan budaya atau kebiasaan yang berbeda dengannya untuk membuat dirinya nyaman. Hal tersebut terjadi karena Adaptasi Antar Budaya

merupakan hal yang sudah dimiliki oleh individu secara alami dan universal. Terdapat beberapa hal penting dalam melakukan adaptasi yaitu keterbukaan, kekuatan dan kemampuan berpikir positif dari pendatang maupun dari lingkungan budaya setempat.



Gambar 2.1 Proses Kompetensi Budaya dalam Penyampaian Fasilitas Pelayanan kesehatan

Sumber : Potter and Perry

C. Perawatan transkultural yang ada di masyarakat

Tradisi di Rambah Hilir Kabupaten Rokan Hulu Provinsi Riau tentang Perawatan Tali Pusat Bayi Baru Lahir menggunakan “Air Makan Sirih” dipercaya dan dipelihara secara turun temurun dapat menyembuhkan luka tali pusat pada Bayi Baru lahir. Penulis meneliti yang berhubungan dengan transkultural berjudul “Studi Observasional Perbandingan Kejadian Infeksi Tali Pusat pada bayi baru lahir yang tali pusatnya dirawat dengan Air Makan Sirih, Alkohol 70% dan Kasa Steril Tahun 2017”.

Melakukan observasi pelaksanaan perawatan tali pusat bayi baru lahir sampai lepas tali pusat dan dinyatakan sembuh pada 3 kelompok yang masing-masing kelompok 15 responden. Kelompok 1 dirawat dengan Air Makan Sirih, satu lembar daun sirih diolesi kapur sirih, ditambah gambir, jerangau, kunyik bolai dan lada hitam, kemudian dikunyah, selanjutnya air hasil kunyahannya disemburkan atau ditaruk di atas tali pusat bayi, Kelompok 2 Perawatan tali pusat bayi menggunakan Alkohol 70%, Kelompok 3 Perawatan tali pusat bayi baru lahir dibungkus menggunakan kasa steril, sama-sama dirawat 2 kali sehari, pagi dan sore.

Hasilnya:

1. Tidak ditemukan tanda infeksi pada ke 3 kelompok, Tali pusat yang dirawat menggunakan air makan sirih waktu terpendek lepas/sembuhnya tali pusat yaitu 4,037 hari, kelompok 2; 6,201 hari dan kelompok 3:5,646 hari.
2. Ada 2 bayi yang mengalami perdarahan pada bekas tali pusat yang sudah lepas pada hari ke 14 yang dirawat dengan alkohol 70% dan Satu bayi mengalami perdarahan tali pusat pada hari ke dua yang dirawat menggunakan kasa steril.

Tahun 2018 penelitian yang berjudul “Efektivitas Perawatan Luka Dengan Ekstrak Air Makan Sirih Pada Tikus (*Rattus Norvegicus*) konsentrasi 15% , 20% dan 25%.

Berdasarkan penelitian sebelumnya, 15 responden yang menggunakan air makan sirih untuk merawat luka tali pusat bayi baru lahir, masing-masing ditanyakan bahan dan jumlah yang dibutuhkan kemudian diambil rata-ratanya dan selanjutnya dijadikan ekstrak yang disingkat dengan “Ekstrak Jubirkurihlah”, Ju: Jurangau, Bir: Gambir, Ku: Kunyik Bolai/Banglei, Rih: Sirih, Lah: Lada Hitam. Selanjutnya dibuat Ekstrak dengan konsentrasi 15%, 20% dan 25%.

Perlakuan pada *Rattus Norvegikus* dikelompokkan menjadi 3 kelompok, masing-masing 15 ekor sebagai kelompok perlakuan 1, 2 dan 3, dibuat luka sayatan pada punggung sedalam 2 mm dan panjang 1cm, luka dirawat

dengan ekstrak jubirkurihlah 15% (kelompok 1), 20% (kelompo 2 dan 25% (kelompok 3).

Hasilnya:

1. Hasil Uji Statistik konsentrasi 15% dengan 25 %, didapatkan mean 5,73, konsentrasi ekstrak 25%, mean 5,20 dengan p value 0.006 pada α 0.05 yang berarti p value < dari α , dan disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara kadar ekstrak 15% dengan 25%, konsentrasi 25% lebih efektif.
2. Ekstrak Jubirkurihlah konsentrasi 20% dengan 25 %, pada konsentrasi ekstrak 20%, mean 5,27 dan konsentrasi 25% mean 5.20 dengan p value 1.000 pada α 0.05, berarti p value > dari α ,
3. Lamanya Waktu Penyembuhan Luka Menggunakan Ekstrak Jubirkurihlah pada *rattus Norvegicus* yang tercepat sembuhnya adalah pada konsentrasi 25% yaitu 3,45 hari.

Penelitian Tahun 2019 yang berjudul “Efektivitas Perawatan Luka dengan Ekstrak Jubirkurihlah, Salep Betadin dan Salep Gentamycin pada *rattus norvegicus* dengan jumlah sampel 75 yang terdiri dari masing kelompok 15 untuk ekstrak jubirkurihlah 25%, 50%, 75%, salep betadin dan menggunakan salep gentamycin. Perlakuannya sama-sama dibuat luka sayatan kemudian dirawat dengan bahan yang sudah disebutkan tadi.

Hasilnya :

1. Tidak ditemukan adanya tanda infeksi pada semua kelompok dan waktu penyembuhan luka dapat dilihat pada **Tabel 2.1** berikut :

Table 2.1 Waktu Penyembuhan Luka :

No.	Kelompok Perlakuan	Rerata Waktu Penyembuhan
1.	Jubirkurihlah 25%	80 Jam 12 Menit
2.	Jubirkurihlah 50%	78 jam 24 menit
3.	Jubirkurihlah 75%	74 jam 24 menit (tercepat)
4.	Salep Betadin	82 jam 36 menit
5.	Salep Gentamycin	99 jam 12 menit (terlama)

Ekstrak Jubirkurihlah 75% lebih efektif untuk penyembuhan luka dibandingkan dengan Salep Betadin dan Salep Gentamycin ($p < 0,005$), perawatan luka dengan ekstrak jubirkurihlah, bertautnya luka dimulai dari dasar luka menuju kepermukaan luka dan seterusnya bertaut secara utuh dan menutup serta sembuh tanpa bekas, salep betadin proses penyembuhan lukanya dimulai dari permukaan kulit, bagian atasnya menutup dan mengering sementara dibagian dasarnya teraba lembek dan lembab, salep gentamicyn penyembuhannya dimulai dengan mengeringnya luka dan menutupnya luka lebih lama dibandingkan dua kelompok yang lainnya.

Tahun 2020 Penelitian tentang “Efektivitas Gel Jubirkurihlah Terhadap Penyembuhan Luka Pada Tikus (*Rattus Norvegicus*)” Besar sampel 100 ekor tikus (*rattus norvegicus*), 25 (intervensi Gel Jubirkurihlah 25%, 25 konsentrasi 50%, 25 konsentrasi 75% dan 25 untuk control. Data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji statistik Anova dengan derajat kepercayaan ($\rho = 0,05$). Hasil penelitian, Gel Jubirkurihlah Efektiv Terhadap Penyembuhan Luka Pada Tikus (*rattus norvegicus*), dibandingkan pada kelompok control.

Berdasarkan penelitian tersebut membuktikan bahwa kepercayaan yang ada di masyarakat, memang terbukti dapat diandalkan oleh masyarakat tersebut sehingga mereka pelihara secara turun temurun dari generasi ke generasi berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrew. M & Boyle. J.S (1995) *Transcultural Concepts in Nursing Care*, 2nd Ed, Philadelphia, JB Lippincot Company
- Caroline, BR (2014) *Buku Ajar Keperawatan Dasar*, Alih Bahasa Dwi, W Jakarta: EGC
- Effendi, F (2013) *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek dalam Keperawatan* Jakarta: Salemba Medika
- Elizabeth T.Andersen dan Judist McFarlane (2014) *Buku Ajar Keperawatan Komunitas: Teori dan Praktek*, Alih Bahasa Agus, S dkk Jakarta: EGC
- Eka, A dan Mardella, DY (2014) *Buku Ajar Keperawatan Dasar* Jakarta: EGC
- Ferry E dan Makhfudli (2013), *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek dalam keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika
- Kozier, Erb, Berman,Snyder (2010), *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*, Alih Bahasa Yasmin, A, Jakarta: EGC
- Marilyn, MF, Vicky RB, Elaine G.J, (2013), *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktek*, Alih Bahasa Achir Yani, S dkk Jakarta: EGC
- Sabana, D (2010), *Fundamental Keperawatan* Jakarta: Salemba Medika
- Sudarma, M (2012), *Sosiologi Untuk Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika
- Wahid, IB (2011), *Sosiologi untuk Keperawatan: Pengantar dan Teori* Jakarta: Salemba Medika

BIODATA PENULIS



Ns.Masnun,SST.,S.Kep.,M.Biomed, lahir di Muara Musu, pada 21 Desember 1964. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Udayana Denpasar Bali. Merupakan anak ke 10 dari pasangan Kanso (Abah) dan Djamilah (Omak). Menikah dengan Drs. Warudju Ganipurwoko, SH,.MH tahun 1990 dikaruniai 2 orang anak, Ns. Dyah Wulan Ramadhani, S.Kep.,M.Kep dan M. Dimas Agung Prabowo, SH. Pendidikan Keperawatan yang dilaluinya cukup membuat ia tersenyum puas mulai SPK, SGP, Akper Keguruan, D.IV Keperawatan, S2 Kedokteran Peminatan Kedokteran Reproduksi dan disaat yang sama juga kuliah S1 Keperawatan, karena mendampingi suami tercinta pindah tugas di Pekanbaru, pendidikan profesi belum selesai, baru melanjutkan profesi di tengah Covid 19.

BAB 3

Perspektif Transkultural Dalam Kehamilan dan Persalinan

Wahyuningsih, S.Kep.,Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Praktik keperawatan kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dengan mengikuti standar praktik keperawatan, seorang praktisi keperawatan memberikan asuhan keperawatan bagi klien secara utuh dalam aspek biopsikososiokultural. Dalam menjalankan peran dan fungsinya, terutama saat berinteraksi dengan klien, perawat sering mempunyai latar belakang etnik, budaya dan agama yang berbeda dengan klien. Sehingga penting artinya bagi perawat untuk memahami bahwa klien mempunyai wawasan, pandangan dan interpretasi mengenai penyakit dan kesehatan yang berbeda, didasarkan pada keyakinan sosial budaya dan agama klien (Wulandari, 2013).

B. Kehamilan Dan Persalinan

Kehamilan dan persalinan adalah suatu krisis maturitas yang dapat menimbulkan kecemasan atau bahkan stres, tetapi berharga karena wanita tersebut menyiapkan diri untuk memberi perawatan dan mengemban tanggung jawab yang lebih besar. Seiring persiapan menghadapi peran baru, wanita mengubah konsep dirinya agar siap menjadi orang tua. Pertumbuhan ini membutuhkan penguasaan tugas-tugas tertentu, menerima kehamilan, mengidentifikasi peran ibu, mengatur hubungan dengan pasangannya, membangun hubungan dengan anak yang belum lahir, dan mempersiapkan diri menghadapi persalinan (Hidayat, 2013).

C. Konsep Transkultural Dalam Keperawatan Maternitas

Trunkultural merupakan salah satu teori keperawatan yang dipakai sebagai pendekatan dalam menyelesaikan masalah yang menggunakan sumber-sumber dari lingkungan, social dan budaya masyarakat. Keperawatan Maternitas merupakan subsistem dari pelayanan Kesehatan khususnya pelayanan keperawatan, dimana perawat berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam membantu klien (perempuan) dan keluarga dalam masalah kesehatan reproduksinya dan kemampuan untuk beradaptasi terhadap masalah kesehatan yang timbul baik pada diri perempuan itu sendiri dan keluarganya, termasuk kesehatan anak yang secara tidak langsung mempengaruhi Kesehatan perempuan dalam melaksanakan perannya dalam keluarga (Rejeki, 2012) .

Mitos di Jawa tentang wanita hamil diantaranya adalah larangan melakukan aktivitas fisik (mandi malam, pergi di malam hari, membunuh binatang). Ketika mandi lebih dari pukul 16.00 maka air ketuban akan meningkat, dapat menyebabkan kecacatan pada bayi, dan dapat memperlambat kelahiran bayi. Pergi di malam hari dilarang karena dipercaya berhubungan dengan makhluk ghaib yang nantinya dapat menyebabkan bayi celaka. Larangan-larangan ini akan membatasi aktivitas selama masa kehamilannya. Selanjutnya terkait larangan terhadap makanan ya adalah nanas. Nanas dipercaya dapat menggugurkan janin yang ada di rahim (Walanda, Desi and Tauho, 2021).

Budaya persalinan pada Suku Amungme dan Suku Kamoro, Papua adalah dengan melaksanakan persalinan sendiri dengan bantuan keluarganya atau dukun. Hal ini dilakukan karena mereka masih menganggap bahwa melahirkan adalah sepenuhnya urusan perempuan dan melahirkan merupakan sesuatu yang menjijikkan dan membawa penyakit bagi laki-laki dan anak-anak (Putri, 2018).

Pada kehamilan usia trimester dua ataupun tiga di daerah Jawa Tengah bahwa ibu dianjurkan untuk makan-makanan yang bergizi, anjuran untuk makan dengan ikan serta banyak

minum air putih. Mereka percaya bahwa makanan tersebut dapat membantu untuk memaksimalkan tumbuh kembang janin serta untuk mempermudah dalam proses persalinan. Mereka memiliki makanan pantangan/larangan yaitu daging kambing, makanan asin, nanas, durian, makanan pedas, jamu-jamuan, semangka, makanan manis dan es. Mereka memercayai bahwa makanan tersebut dapat membahayakan ibu hamil dan juga bayinya (Novitasari and Pratiwi, 2019).

Berdasarkan hasil penelitian disebutkan bahwa Keyakinan dan praktik yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan dibagi menjadi tujuh subkategori: intervensi minimal, kebersihan, kontrol nyeri, istirahat, makan, kesejahteraan spiritual, perusahaan. Kemudian ketujuh subkategori ini dikelompokkan menjadi aspek fisiologis dan psikologis. Sejalan dengan itu, WHO mempertimbangkan perlunya factor fisik dan juga sosial budaya. Namun dengan menerapkan model Sunrise, keyakinan dan praktik perawatan kehamilan di ganggu hubungannya oleh faktor teknologi, faktor agama, faktor sosial, faktor budaya, faktor ekonomi, faktor pendidikan. Di dalam struktur masyarakat pedesaan terkondisikan oleh cara Wanita membangun citra keibuan. Sehingga budaya masyarakat memiliki relevansi dalam mempengaruhi perawatan ibu (Andina-Díaz and Siles-González, 2020).

Pemberian asuhan keperawatan berdasarkan teori Sunrise dilaksanakan melalui tahap tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Uraian masing-masing tahap adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Dilakukan untuk mengumpulkan data berdasarkan pada latar belakang budaya klien yang terdiri atas 7 komponen diantaranya adalah (Rejeki, 2012):

- 1) Faktor teknologi (tecnological factors)

Teknologi kesehatan memungkinkan individu untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. perawat perlu mengkaji : persepsi sehat sakit,

kebiasaan berobat atau mengatasi masalah kesehatan, alasan mencari bantuan kesehatan, alasan klien memilih pengobatan alternative misalnya penggunaan herbal dan persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan saat ini.

2) Faktor agama dan falsafah hidup (religious and philosophical factors):

Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang amat realistis bagi para pemeluknya. agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran di atas segalanya, bahkan di atas kehidupannya sendiri. faktor agama yang harus dikaji oleh perawat adalah: agama yang dianut, status pernikahan, cara pandang klien terhadap penyebab penyakit, cara pengobatan dan kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan.

3) Faktor sosial dan keterikatan keluarga (kinship and social factors)

Perawat pada tahap ini harus mengkaji faktor-faktor : nama lengkap, nama panggilan, umur dan tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, dan hubungan klien dengan kepala keluarga.

Nilai-nilai budaya dan gaya hidup (cultural value and life ways)

Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk. norma-norma budaya adalah suatu kaidah yang mempunyai sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. yang perlu dikaji pada faktor ini adalah : posisi dan jabatan yang dipegang oleh kepala keluarga, bahasa yang digunakan, kebiasaan makan, makanan yang dipantang dalam kondisi sakit, persepsi sakit berkaitan dengan aktivitas sehari-hari dan kebiasaan membersihkan diri.

Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku (political and legal factors)

- 4) Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya. yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : peraturan dan kebijakan yang berkaitan dengan jam berkunjung, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu, cara pembayaran untuk klien yang dirawat.

Faktor ekonomi (economical factors)

- 5) Klien yang dirawat di rumah sakit memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. faktor ekonomi yang harus dikaji oleh perawat diantaranya : pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, tabungan yang dimiliki oleh keluarga, biaya dari sumber lain misalnya asuransi, penggantian biaya dari kantor atau patungan antar anggota keluarga.

- 6) Faktor pendidikan (educational factors)

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinan klien biasanya didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan individu tersebut dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan transcultural merupakan respon keluarga terhadap kondisi kesehatan anggota keluarga berdasarkan latar belakang budayanya baik dalam upaya mencegah, mengubah, ataupun mengurangi melalui intervensi keperawatan. dalam diagnosa keperawatan transcultural yang sering muncul adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan budaya, gangguan interaksi sosial berhubungan dengan disorientasi sosiokultural, dan ketidakpatuhan terhadap pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

Komunikasi menjadi hal yang penting dalam menegakkan diagnosa keperawatan. ketidakmampuan dan ketidaktahuan perawat untuk mengenali budaya klien akan memberikan potensi kesalahan dalam menegakkan diagnosa keperawatan. di beberapa budaya beranggapan bahwa obat tradisional lebih manjur dibandingkan dengan obat dokter. Jika ini dalam kondisi darurat, maka perawat harus mencari inisiatif dan inovasi agar obat yang diberikan dokter tetap diminum oleh klien. contohnya adalah kondisi anak “rambut bajang” dimana rambut mereka tidak boleh untuk dipotong. sedangkan pada saat akan dilakukan operasi maka rambut tersebut harus dipotong. ini adalah tugas perawat untuk dapat meyakinkan klien untuk bisa potong rambut agar dapat dilakukan operasi (putri, 2018).

3. Perencanaan dan implementasi keperawatan transcultural

Perencanaan merupakan upaya untuk memilih strategi yang tepat untuk klien kemudian dilaksanakan sesuai dengan budaya yang dianutnya. namun ada 3 pedoman yang ditawarkan dalam keperawatan transcultural yaitu mempertahankan budaya jika budaya tersebut tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi budaya jika budaya tersebut kurang menguntungkan untuk klien, dan mengubah budaya jika budaya tersebut bertentangan dengan kesehatan. Akulturasi merupakan proses penting dalam memahami budaya baik perawat maupun pasien yaitu dengan mengenali persamaan dan perbedaan budaya. ketidakmampuan perawat dalam memahami budaya pasien/klien akan menyebabkan asuhan keperawatan yang diberikan tidak efektif.

4. Evaluasi

Melalui evaluasi maka dapat diketahui asuhan keperawatan yang sesuai dengan budaya klien/pasien beserta keluarganya karena tidak semua pasien dan keluarganya dapat menerima proses keperawatan transkulturasasi (putri, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Andina-Díaz, E. and Siles-González, J. (2020) 'Cultural Care of Pregnancy and Home Birth: An Application of the Sunrise Model', *Research and Theory for Nursing Practice*, 13(18), pp. 1-14. doi: 10.1891/RTNP-D-19-00090.
- Hidayat, S. (2013) 'Kecemasan ibu hamil dalam menghadapi proses persalinan', *Wiraraja medika*, 3(2), pp. 67-72. Available at: <https://scholar.google.co.id/scholar>.
- Novitasari, Y. and Pratiwi, A. (2019) 'Keyakinan Makanan dalam Perspektif Keperawatan Transkultural pada Ibu Hamil', *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 12(1), pp. 7-14.
- Putri, D. M. P. (2018) 'Keperawatan Transkultural Pengetahuan dan Praktik Berdasarkan Budaya', *Keperawatan Transkultural*, pp. 285-287. Available at: [http://repository.akperkyjogja.ac.id/102/1/BukuKeperawatan Transkultural Lengkap.pdf](http://repository.akperkyjogja.ac.id/102/1/BukuKeperawatanTranskulturalLengkap.pdf).
- Rejeki, S. (2012) 'HERBAL dan KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN (Suatu Pendekatan Transkultural dalam Praktik Keperawatan Maternitas)', in *Seminar Nasional Keperawatan: Penggunaan Herbal dalam Kesehatan Perempuan*. Semarang, pp. 7-16. Available at: <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1278>.
- Walanda, I. M., Desi, D. and Tauho, K. D. (2021) 'Mitos, Stress Serta Dukungan Keluarga Pada Perempuan Primigravida Jawa', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 6(3). doi: 10.30651/jkm.v6i3.8805.
- Wulandari, A. (2013) 'Meningkatkan Kemampuan Mahasiswa Untuk Mempertahankan, Menegosiasi Dan Merestrukturisasi Praktik Keperawatan Neonatus Yang Berbasis Budaya Bima Melalui Penerapan Sunrise Model Di Pkm Asakota Kota Bima : Action Research', *Jurnal Kesehatan Prima*, 53(9), pp. 1689-1699.

BIODATA PENULIS



Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep. dilahirkan di Yogyakarta, 06 Agustus 1986. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu dan profesi Ners pada tahun 2009 di STIKES Aisyiyah Yogyakarta. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Keperawatan di UGM tahun 2014. Tahun 2010 hingga saat ini aktif mengajar pada program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Alma Ata.

BAB 4

Perspektif Transkultural dalam Asuhan Keperawatan Lansia

Ellen Pesak,S.Kep,Ners,M.Kes

A. Pendahuluan

Menjadi seorang perawat bukanlah tugas yang mudah. Baik dari lingkungan maupun klien, perawat terus mendapat tantangan. Dari segi lingkungan, perawat selalu dipertemukan dengan globalisasi. Sebuah globalisasi sangat memengaruhi perubahan dunia, khususnya di bidang kesehatan.

Terjadinya perpindahan penduduk menuntut perawat agar dapat menyesuaikan diri dengan perbedaan budaya. Semakin banyak terjadi perpindahan penduduk, semakin beragam pula budaya di suatu negara. Tuntutan seperti itulah yang memaksa perawat agar dapat melakukan asuhan keperawatan yang bersifat fleksibel di lingkungan yang tepat.

Lima proses keperawatan: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi selalu berkaitan erat dengan intervensi keperawatan. Klien dalam kondisi terminal membutuhkan dukungan dari utama dari keluarga, seakan proses penyembuhan bukan lagi merupakan hal yang penting dilakukan. Banyak sekali intervensi keperawatan yang perawat akan beri kepada lansia.

B. Definisi Lansia

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang-Undang No 13 tahun 1998

yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2006).

C. Teori Menua

1. Teori-teori biologi

a. Teori genetik dan mutasi (somatic mutatie theory)

Menurut teori ini menua telah terprogram secara genetik untuk spesies - spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul - molekul / DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

b. Reaksi dari kekebalan sendiri (auto immune theory)

Didalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah dan sakit.

c. Teori "immunology slow virus" (immunology slow virus theory)

Sistem imun menjadi efektif dengan bertambahnya usia dan masuknya virus kedalam tubuh dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh.

- d. Teori stres
Menua terjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah terpakai.
- e. Teori radikal bebas
Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, tidak stabilnya radikal bebas (kelompok atom) mengakibatkan oksidasi oksigen bahan-bahan organik seperti karbohidrat dan protein. Radikal bebas ini dapat menyebabkan sel-sel tidak dapat regenerasi.
- f. Teori rantai silang
Sel-sel yang tua atau usang, reaksi kimianya menyebabkan ikatan yang kuat, khususnya jaringan kolagen. Ikatan ini menyebabkan kurangnya elastis, kekacauan dan hilangnya fungsi.
- g. Teori program
Kemampuan organisme untuk menetapkan jumlah sel yang membelah setelah sel-sel tersebut mati.
- h. Teori kejiwaan sosial
 - 1) Aktivitas atau kegiatan (activity theory)
Lansia mengalami penurunan jumlah kegiatan yang dapat dilakukannya. Teori ini menyatakan bahwa lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup dari lansia. Mempertahankan hubungan antara sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lanjut usia.
 - 2) Kepribadian berlanjut (continuity theory)
Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lansia. Teori ini merupakan gabungan dari teori diatas. Pada teori ini menyatakan bahwa perubahan yang terjadi

pada seseorang yang lansia sangat dipengaruhi oleh tipe personality yang dimiliki.

- i. Teori pembebasan (disengagement theory) Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya. Keadaan ini mengakibatkan interaksi sosial lanjut usia menurun, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering terjadi kehilangan ganda (triple loss), yakni:
 - 1) Kehilangan peran
 - 2) Hambatan kontak sosial
 - 3) Berkurangnya kontak komitmen

D. Konsep dan Prinsip Asuhan Keperawatan Transkultural

Ada dua belas konsep transkultural teori Leininger (1985) dalam buku Leininger dan McFarland (2002) "Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice" Third Edition, yaitu:

1. Budaya (kultur) adalah norma atau aturan tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan dibagi serta memberi petunjuk dalam berfikir, bertindak dan mengambil keputusan.
2. Nilai budaya adalah keinginan individu atau tindakan yang lebih diinginkan atau sesuatu tindakan yang dipertahankan pada suatu waktu tertentu dan melandasi tindakan dan keputusan.
3. Culture care diversity (perbedaan budaya dalam asuhan keperawatan) merupakan bentuk yang optimal dari pemberian asuhan keperawatan, mengacu pada kemungkinan variasi pendekatan keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan budaya yang menghargai nilai budaya individu, kepercayaan dan tindakan termasuk kepekaan terhadap lingkungan dari individu yang datang dan individu yang mungkin kembali lagi.
4. Cultural care universality (kesatuan perawatan kultural) mengacu kepada suatu pengertian umum

yang memiliki kesamaan ataupun pemahaman yang paling dominan, pola-pola, nilai-nilai, gaya hidup atau simbol-simbol yang dimanifestasikan diantara banyak kebudayaan serta merefleksikan pemberian bantuan, dukungan, fasilitas atau memperoleh suatu cara yang memungkinkan untuk menolong orang lain (Terminology universality) tidak digunakan pada suatu cara yang absolut atau suatu temuan statistik yang signifikan

5. Etnosentris adalah persepsi yang dimiliki oleh individu yang menganggap bahwa budayanya adalah yang terbaik diantara budaya-budaya yang dimiliki oleh orang lain.
6. Etnis berkaitan dengan manusia dari ras tertentu atau kelompok budaya yang digolongkan menurut ciri-ciri dan kebiasaan yang lazim.
7. Ras adalah perbedaan macam-macam manusia didasarkan pada mendiskreditkan asal muasal manusia.
8. Etnografi adalah ilmu yang mempelajari budaya. Pendekatan metodologi pada penelitian etnografi memungkinkan perawat untuk mengembangkan kesadaran yang tinggi pada perbedaan budaya setiap individu, menjelaskan dasar observasi untuk mempelajari lingkungan dan orang-orang, dan saling memberikan timbal balik diantara keduanya.
9. Care adalah fenomena yang berhubungan dengan bimbingan, bantuan, dukungan perilaku pada individu, keluarga, kelompok dengan adanya kejadian untuk memenuhi kebutuhan baik aktual maupun potensial untuk meningkatkan kondisi dan kualitas kehidupan manusia.
10. Caring adalah tindakan langsung yang diarahkan untuk membimbing, mendukung dan mengarahkan individu, keluarga atau kelompok pada keadaan yang nyata atauantisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia.

11. Cultural Care berkenaan dengan kemampuan kognitif untuk mengetahui nilai, kepercayaan dan pola ekspresi yang digunakan untuk membimbing, mendukung atau memberi kesempatan individu, keluarga atau kelompok untuk mempertahankan kesehatan, sehat, berkembang dan bertahan hidup, hidup dalam keterbatasan dan mencapai kematian dengan damai.
12. Cultural imposition berkenaan dengan kecenderungan tenaga kesehatan untuk memaksakan kepercayaan, praktik dan nilai di atas budaya orang lain karena percaya bahwa ide yang dimiliki oleh perawat lebih tinggi daripada kelompok lain.

E. Instrumen Pengkajian Budaya

1. Mempertahankan Budaya

Mempertahankan budaya dilakukan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatan. Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya, misalnya budaya berolah raga setiap pagi.

2. Negosiasi Budaya

Intervensi dan implementasi keperawatan pada tahap ini dilakukan untuk membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatan. Perawat membantu klien agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan, misalnya klien sedang hamil mempunyai pantang makan yang berbau amis, maka ikan dapat diganti dengan sumber protein hewani yang lain.

3. Restrukturisasi Budaya

Restrukturisasi budaya klien dilakukan bila budaya yang dimiliki merugikan status kesehatan. Perawat berupaya merestrukturisasi gaya hidup klien yang biasanya merokok menjadi tidak merokok. Pola rencana

hidup yang dipilih biasanya yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut.

F. Perawatan pada Lanjut Usia

1. Pengkajian

a. Perubahan Fisiologis

- 1) Survei Umum: inspeksi awal pada dewasa tua mungkin berupa kontak mata dan ekspresi wajah yang sesuai dengan situasi, kerutan wajah, rambut uban, hilangnya jaringan ekstremitas, dan peningkatan jaringan serta lemak pada tubuh.
- 2) Sistem Integumen: kulit kehilangan kelenturannya dan kelembabannya. Noda dan lesi mungkin juga muncul pada kulit.
- 3) Kepala dan Leher: raut wajah nampak asimetris karena hilangnya atau pemasangan gigi palsu yang tidak benar. Perubahan pada nada suara (biasanya keras) terjadi karena adanya penurunan kekuatan dan tingkat nada. Ketajaman penglihatan lansia menurun. Sering terjadi presbiopia, suatu penurunan pada kemampuan mata untuk berakomodasi pada benda dekat, dan presbikus, suatu perubahan terkait usia pada ketajaman pendengaran. Atrofi saraf pengecap pun kerap muncul serta hilangnya efisiensi. Lansia tidak mampu merasakan asin, manis, asam, dan pahit dengan cepat.
- 4) Toraks dan Paru: terdapat peningkatan diameter anteroposterior. Kifosis yang sering terjadi pada lansia merupakan perubahan tajam dan progresif pada struktur vertebrata yang permanen bila disertai osteoporosis.
- 5) Jantung dan Vaskular: penurunan kekuatan kontraktile miokardium menyebabkan penurunan darah jantung. Penurunan ini signifikan jika

lansia mengalami stres karena ansietas, kegembiraan, penyakit, atau aktivitas yang berat.

- 6) Payudara: penurunan massa, tonus, dan elastisitas otot yang menyebabkan payudara menjadi lebih kecil.
 - 7) Gastrointestinal dan Abdomen: peningkatan jumlah jaringan lemak pada tubuh dan abdomen. Sering juga munculnya intoleransi pada makanan tertentu secara tiba-tiba.
 - 8) Sistem Reproduksi: menopause pada wanita berkaitan dengan penurunan respons ovarium terhadap hipofisis dan mengakibatkan penurunan kadar estrogen dan progesteron.
 - 9) Sistem Perkemihan: hipertrofi kelenjar prostat dapat terjadi pada pria lansia. Wanita lansia dapat mengalami inkontinensia stres, yaitu terjadi pelepasan urin involunter saat batuk, bersin, atau mengangkat suatu benda.
 - 10) Sistem Muskuloskeletal: dewasa lansia yang berolahraga secara teratur tidak akan mengalami kehilangan massa atau tonus otot dan tulang sebanyak dewasa lansia lain yang tidak aktif. Pada dewasa lansia yang tidak aktif, serat otot akan berkurang ukurannya dan kekuatan otot berkurang sebanding penurunan massa otot.
 - 11) Sistem Neurologis: secara khas, lansia tidak tidur sepanjang malam. Penyebab disrupsi ini adalah (1) siklus tidur memendek, (2) akibat pengosongan kandung kemih yang sering, nyeri, atau gangguan psikologis, dan (3) medikasi yang memengaruhi siklus bangun-tidur.
- b. Perubahan Kognitif
- 1) Demensia: kerusakan umum fungsi intelektual yang mengganggu fungsi sosial dan okupasi. Demensia sinilis tipe Alzheimer, atau biasa disebut penyakit Alzheimer, dicirikan oleh adanya

atrofi otak dan timbulnya plak senil serta lilitan neurofibril dalam hemisfer serebral. Progresi penyakit Alzheimer telah dibagi dalam tiga tahap dalam buku Potter Perry (2005) "Fundamental Keperawatan" Buku 1 (Brady, 1993). Pada tahap awal, gejala utama adalah hilangnya memori. Tahap pertengahan meliputi kerusakan keterampilan bahasa, aktivitas motorik, dan pengenalan benda. Inkontinensia urin dan fekal, ketidakmampuan ambulansi, dan hilangnya keterampilan bahasa secara lengkap merupakan ciri klasik tahap akhir atau terminal dari penyakit Alzheimer.

- 2) Delirium (tingkat konfusi akut): sindrom otak menyerupai demensia ireversibel, tetapi secara klinis dibedakan oleh adanya tingkat kesadaran tidak jelas atau, lebih tepatnya, perubahan perhatian dan kesadaran. Ciri lain meliputi kurang perhatian, ilusi, halusinasi, kadang bicara inkoheren, gangguan siklus bangun tidur, dan disorientasi.
- 3) Penyalahgunaan Zat dan Kerusakan Kognitif: penyalahgunaan alkohol dan obat lain terjadi pada populasi lansia. Banyak penelitian menunjukkan bahwa hal tersebut adalah masalah serius karena mencakup stres dan kehilangan terkait penuaan seperti pensiun, kehilangan pasangan, dan kesepian.

c. Perubahan Psikososial

- 1) Pensiun: tahap kehidupan yang dicirikan oleh adanya transisi dan perubahan peran yang dapat menyebabkan stres psikososial. Stres ini meliputi perubahan peran pada pasangan atau keluarga dan masalah isolasi sosial.

- 2) Isolasi sosial: Ada empat tipe isolasi sosial dalam buku Potter Perry (2005) "Fundamental Keperawatan" Buku 1.
 - a) Sikap: terjadi karena nilai pribadi atau budaya. Lansiaisme adalah sikap yang berlaku yang menstigmatisasi lansia, suatu bias yang menolak lansia. Seiring lansia semakin ditolak, harga diri lansia pun berkurang, sehingga usaha bersosialisasi berkurang.
 - b) Penampilan: seseorang diisolasi karena penolakan oleh orang lain atau karena sedikit interaksi yang dapat dilakukan akibat kesadaran diri.
 - c) Perilaku: perilaku yang biasanya dikaitkan dengan pengisolasian meliputi konfusi, demensia, alkoholisme, eksentrisitas, dan inkontinensia.
 - d) Geografis: jauh dari keluarga, kejahatan di kota, dan barier institusi menyebabkan lansia mengalami isolasi sosial. Dalam masyarakat kini yang suka berpindah, umumnya anak hidup jauh dari orangtua sehingga kesempatan untuk mengunjungi anak-anak semakin berkurang. Hal ini menyebabkan isolasi lebih lanjut pada lansia yang mempunyai keterbatasan fisik atau mengalami kematian pasangannya.
- 3) Seksualitas: meliputi cinta, kehangatan, saling membagi dan sentuhan, bukan hanya melakukan hubungan seksual.
- 4) Tempat Tinggal dan Lingkungan: perubahan pada peran sosial, tanggung jawab keluarga, dan status kesehatan memengaruhi rencana kehidupan lansia.

5) Kematian: kesalahan konsep yang biasa terjadi adalah kematian seorang lansia sebagai berkah dan kulminasi (titik tertinggi) seluruh kehidupan

2. Diagnosa Keperawatan

Identifikasi faktor yang berhubungan atau penyebab yang mungkin untuk setiap diagnosa memberi arahan dalam mengembangkan intervensi keperawatan. Analisis data memerlukan pertimbangan terhadap kekuatan dan keterbatasan individu dan juga persepsi klien lansia tentang status kesehatannya. Validasi data dari keluarga, kolega, perawat, profesi kesehatan lain, dan catatan (rekam medis) mungkin diperlukan.

3. Perencanaan

Rencana keperawatan lansia difokuskan pada kegiatan mencegah, meningkatkan, mengurangi, atau menghilangkan masalah. Prioritas perawatan ditetapkan, tujuan klien dan hasil yang diharapkan serta intervensi yang cocok dipilih.

4. Implementasi

Intervensi keperawatan pada lansia dapat mencakup peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, dukungan psikososial, keamanan rumah, pengobatan mandiri, penyesuaian, dan penghematan. Dalam intervensi, dukungan psikososial meliputi:

- a. Komunikasi Terapeutik: merasakan dan menghargai keunikan klien.
- b. Sentuhan: membuat nyaman lansia dengan menunjukkan rasa kasih sayang.
- c. Orientasi Realitas: teknik komunikasi yang digunakan untuk membuat klien menyadari waktu, tempat, dan orang. Tujuan orientasi realitas meliputi mengembalikan perasaan terhadap realitas, meningkatkan tingkat kesadaran, meningkatkan sosialisasi, meningkatkan fungsi

kebebasan, dan meminimalkan konfusi, disorientasi, serta regresi fisik.

- d. Resosialisasi: membantu lansia memperluas jaringan sosial mereka.
 - e. Terapi Validasi: teknik pada lansia yang mengalami konfusi berat dan disorientasi. Tujuannya adalah mengembalikan martabat dan harga diri serta memvalidasi perasaan klien.
 - f. Pengenangan: mengingat kembali masa lalu untuk menetapkan arti baru terhadap pengalaman terdahulu.
 - g. Intervensi Citra Tubuh: pentingnya lansia menampilkan citra yang diterima sosial. Memang butuh sedikit usaha untuk membantu klien menyisir rambut, membersihkan gigi, bercukur, atau mengganti pakaian.
5. Evaluasi

Perubahan seringkali lambat dan tidak terlihat sehingga evaluasi mungkin jarang dilakukan. Tipe masalah, pembentukan tujuan, dan penggunaan intervensi menentukan frekuensi evaluasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, Efy. Ringkasan Materi Unit 2 Keragaman Budaya dan Perspektif Transkultural dalam Keperawatan. <http://staff.ui.ac.id/internal/132051049/material/transkulturalnursing.pdf>(diakses pada 22 Oktober 2011)
- Susilaningsih, Francisca Sri. Asuhan Keperawatan dalam Pendampingan Klien diambang Kematian. <http://franciscasri.wordpress.com/2008/08/28/asuhan-keperawatan-dalam-pendampingan-klien-diambang-kematian-care-of-the-dying/>(diakses tanggal 23 Oktober 2011)
- Ismayadi. Proses Menua (Aging Proses). <http://subhankadir.files.wordpress.com/2008/01/perkembangan-lansia.pdf>(diakses tanggal 23 Oktober 2011)
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. London: Tavistock Publication
- Leininger, M. dan Mc Farland, M.R. 2002. *Transcultural Nursing: Concept, Theories, Research and Practice*.3rd Edition. USA: Mc-Graw Hill Companies
- Pristiana D, Ari. 2011. Medelein Leininger. <http://aripristiana.com/2011/02/madeline-leininger.html> (diakses tanggal 22 Oktober 2011)

BIODATA PENULIS



Ellen Pesak, S.Kep, Ners, M.Kes.
Lahir di Lembean 15 April 1970 (Manado). Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan awalnya mulai dari SPK Depkes Manado lulus tahun 1988, kemudian Akper Keguruan Depkes Tidung Ujung Pandang dan lulus tahun 1998, penulis menekuni Ilmu keperawatan di PSIK FK UNPAD Bandung lulus tahun 2003, dan melanjutkan ke Program Profesi Ners UNPAD Bandung lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan ke Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat minat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) lulus tahun 2012, Pada tahun 1989 sd 1991 bekerja sebagai perawat pelaksana di RS Gunung Wenang Manado, kemudian Pekerjaan saat ini adalah dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2006 sampai dengan sekarang dengan jabatan fungsional adalah Lektor. Penulis mengajar di Departemen Keperawatan Anak dan Keperawatan Gerontik di Prodi Sarter (D.IV Keperawatan), Prodi D3 Keperawatan, dan Prodi Ners. Pengalaman organisasi sebagai anggota di PPNI, Penulis memiliki riwayat publikasi produktif Versi Sinta dan memiliki kredibilitas baik pada publikasi jurnal yang sudah terakreditasi Nasional maupun Internasional

BAB 5

Model Keperawatan Dalam Keperawatan Transkultural

*Ajeng Titah Normawati, S.Tr.Kep, Ners,
M.Tr.Kep*

A. Pendahuluan

Transkultural atau lintas budaya mengandung makna bahwa suatu budaya dapat mempengaruhi budaya yang lain atau saling memengaruhi dalam proses interaksi sosial. Dalam pelayanan keperawatan, perawat dan pasien tidak selalu memiliki nilai budaya yang sama terutama pada negara multikultural seperti Indonesia. Keanekaragaman suku, ras, agama, budaya, dan tradisi dapat menjadi hambatan pemberian asuhan keperawatan apabila perawat tidak memiliki kompetensi budaya. Wawasan kultural di era globalisasi ini menjadi modal penting bagi perawat untuk memberikan intervensi yang peka terhadap kebutuhan pasien sesuai dengan latar belakang budaya pasien. Bab ini membahas tentang model keperawatan yang menciptakan konsep keperawatan transkultural.

B. Madeleine Leininger

Madeleine Leininger merupakan tokoh keperawatan yang mengembangkan Teori Keperawatan Transkultural. Lahir pada 13 Juli 1925 di Sutton, Nebraska, Amerika Serikat, Madeleine Leininger adalah seorang ahli teori, penulis, pendidik, peneliti, pembicara publik, dan pengembang konsep perawatan budaya yang memberikan dampak besar bagi pasien dari berbagai latar belakang budaya (Im and Lee, 2018).

Madeleine Leininger mengawali karir sebagai perawat setelah tamat dari program diploma pada "St. Anthony's School of Nursing" (sekolah perawat rumah sakit) di Denver.

Pada tahun 1950, ia meraih gelar sarjana bidang ilmu biologi dengan peminatan studi filosofi dan huamnistik dari Benedictine College di Atchison Kansas. Leininger melanjutkan karirnya sebagai instruktur, staf keperawatan dan kepala keperawatan pada unit perawatan medical bedah dan membuka sebuah unit perawatan psikiatri, dimana ia menjadi direktur pelayanan keperawatan di St. Joseph's Hospital di Omaha (Sukardin *et al.*, 2023). Pada waktu yang sama, ia melanjutkan studi di bidang keperawatan di Universitas Creighton, Omaha, Nebraska. Pada Tahun 1965, Leininger menjadi perawat profesional pertama yang memperoleh gelar PhD di bidang antropologi budaya dan sosial di Washington University. Tahun 1966, ia pertama kalinya memperkenalkan perawatan budaya di dunia keperawatan dan ditunjuk sebagai professor keperawatan dan anthropology di Univeristy Colorado (Harefa, 2020). Bermula dari teori perawatan budaya tersebut, Leininger melahirkan teori tersebut menjadi spesialisasi keperawatan yang disebut Keperawatan transcultural. Teori tersebut menggambarkan bahwa Leininger ingin keperawatan memandang pasien dengan perspektif budaya, memanfaatkan perspektif pribumi dari budaya pasien sendiri dan bagaimana dunia luar memandang mereka (Giger and Haddad, 2021).

C. Teori dan Model Keperawatan Transkultural

Keperawatan Transkultural merupakan area keperawatan yang menekankan pentingnya budaya dalam pelayanan keperawatan. Asumsi mendasar dari teori transkultural adalah perilaku *caring* dimana keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam implementasi asuhan keperawatan sangat penting untuk diperhatikan supaya tidak terjadi *cultural shock* (Giger and Haddad, 2021). Asuhan keperawatan yang diberikan kepada individu/ kelompok untuk mempertahankan atau meningkatkan perilaku sehat berdasarkan latar belakang mereka. Hal ini dilakukan untuk menjembatani apabila terjadi perbedaan pengetahuan yang dimiliki antara perawat dengan klien. *Cultural shock* akan

dialami klien apabila perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan klien sehingga menyebabkan timbul rasa ketidakberdayaan. Menurut Leininger, pada dasarnya teori perawatan budaya ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang kongruen secara budaya melalui “tindakan yang asistif, suportif, fasilitatif atau memungkinkan berbasis kognitif, yang dilakukan khusus supaya sesuai dengan nilai budaya, kepercayaan, dan cara hidup pasien baik individu maupun kelompok (Muharni and Wardhani, 2021). Esensinya, keilmuan humanis tersebut ditujukan untuk membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatannya (Harefa, 2020).

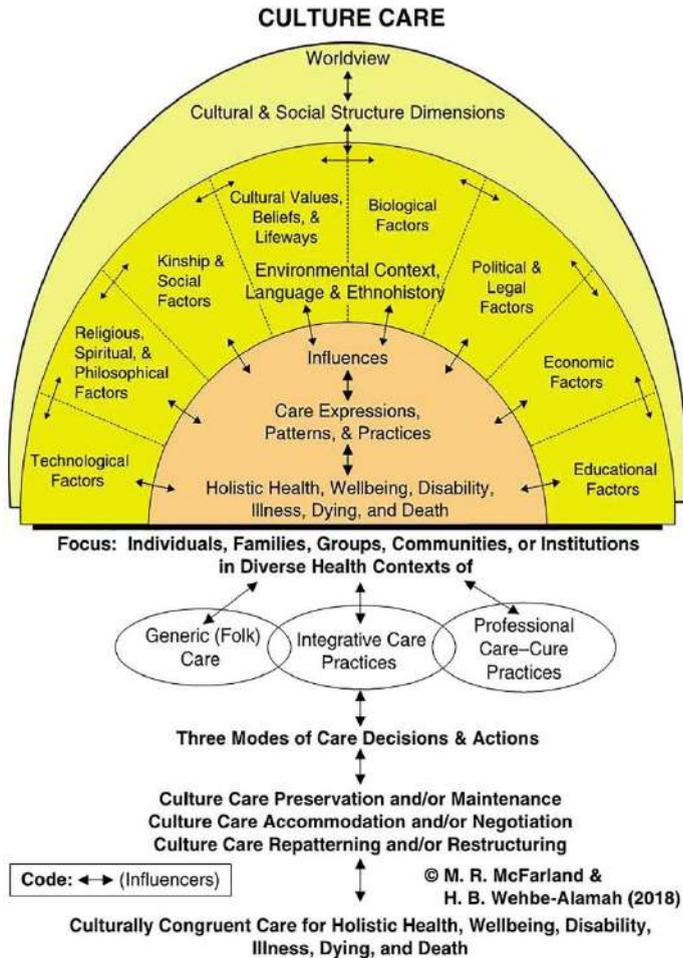
Teori keperawatan transkultural yang telah ada selanjutnya dikembangkan dalam model keperawatan untuk dijadikan pedoman perawat untuk memperoleh wawasan tentang budaya yang beraneka ragam yang dijumpai pada pelayanan kesehatan. Teori keperawatan transkultural ini memiliki empat model, meliputi (Susanto *et al.*, 2022);

1. *Sunrise Model (Leininger)*

Sunrise model atau model matahari terbit ini menggambarkan esensi keperawatan transcultural dalam asuhan keperawatan kepada klien baik individu maupun kelompok (Harefa, 2020). Model ini menjelaskan bahwa perawat harus memiliki wawasan atau pandangan mendunia atau luas (*worldview*) terhadap dimensi dan budaya serta struktur sosial yang berkembang di masyarakat global maupun lokal. Leininger berpendapat bahwa dimensi budaya dan struktur sosial ini dipengaruhi oleh tujuh faktor yaitu faktor pendidikan, faktor ekonomi, faktor hukum dan politik, faktor biologis, faktor nilai, kepercayaan, dan perilaku/tradisi budaya, faktor sosial dan kekerabatan, faktor agama dan filosofis, serta faktor teknologi. Masing-masing faktor tersebut akan mempengaruhi ekspresi, pola, dan praktik perawatan (*care expressions, patterns, and practice*) yang berkontribusi

terhadap kesehatan secara holistic, kesejahteraan, kecacatan, penyakit, kondisi kritis bahkan kematian yang terjadi pada individu, kelompok, masyarakat maupun institusi di berbagai konteks kesehatan. Faktor-faktor budaya ini menurut Leininger berpengaruh pada system layanan kesehatan baik perawatan secara tradisional, praktik keperawatan terintegrasi, maupun praktik keperawatan profesional (Im and Lee, 2018). Dalam praktik keperawatan transcultural terdapat tiga bentuk/konsep pengambilan keputusan dalam perawatan kesehatan yaitu pelestarian budaya (*culture care preservation/maintenance*), negosiasi budaya (*culture care accommodation/ negotiation*), dan restrukturisasi (*culture care repatterning/ restructuring*). Pelestarian budaya dilakukan perawat dengan membantu, memfasilitasi, atau memperhatikan fenomena budaya yang ada untuk mendorong klien beradaptasi mencapai derajat kesehatan yang diinginkan. Misalnya praktik budaya seperti menggunakan akupresure atau akupuntur untuk mengurangi kecemasan atau nyeri sebelum dilakukan intervensi medis (Susanto *et al.*, 2022). Negosiasi (*culture care accommodation*) yaitu prinsip perawat memperhatikan budaya klien, memfasilitasi, mendukung dan membantu klien merefleksikan budayanya untuk beradaptasi mencapai tingkat kesehatan yang diinginkan. Restrukturisasi atau *culture care repatterning* merupakan upaya perawat memberikan perawatan yang berfokus pada klien dengan membantu klien memodifikasi atau mengubah budaya klien terutama pada budaya yang dapat membahayakan klien atau lingkungan sekitarnya. Model keperawatan transkultural tersebut digambarkan sebagai berikut;

Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care



Gambar 5.1 Model Keperawatan Transkultural

2. *Transcultural Assessment Model*

Transcultural Assessment Model atau model penilaian transcultural dikembangkan oleh Giger dan Davidhizar untuk membantu perawat menangani klien yang mencari perawatan kesehatan dengan karakteristik budaya yang beragam. Model keperawatan ini menganggap setiap

individu atau klien sebagai orang yang unik dengan nilai budaya, norma dan kebiasaan yang berbeda. Model penilaian transcultural ini terdapat enam dimensi yang digunakan perawat untuk menilai individu yang mencari perawatan kesehatan yaitu dimensi komunikasi, ruang, organisasi, waktu, kontrol lingkungan, dan orientasi biologis.

a. Dimensi Komunikasi

Dimensi komunikasi merupakan dimensi pertama yaitu proses holistic tingkah laku dan interaksi manusia menggunakan komunikasi verbal maupun tertulis, non verbal seperti ekspresi wajah, gerak tubuh, volume/nada suara, bahasa, dialek, serta emosional. Bahasa menjadi bagian dimensi yang urgent untuk dinilai karena dapat menjadi penghalang terwujudnya kualitas kesehatan akibat kesalahfahaman dan kegagalan dalam komunikasi.

b. Dimensi Ruang

Dimensi ruang yaitu jarak antara individu dalam berinteraksi dengan latar belakang budaya yang berbeda dan melibatkan tiga pola perilaku meliputi postur tubuh, pengaturan gerakan, dan keterikatan dengan benda-benda di lingkungan. Sebagai contoh yaitu anak yang sakit dapat mengungkapkan perasaannya kepada perawat yang sedang bertugas dan perawat menyentuh tangan klien untuk menunjukkan keramahan, hal tersebut termasuk dalam ruang pribadi.

c. Dimensi Organisasi Sosial

Organisasi sosial, yang mencakup model dan mengakui keluarga sebagai kelompok sosial mendasar bagi klien. Kesadaran perawat untuk menilai dimensi ini akan membantu perawat terhindar dari anggapan tidak sopan atau menghina.

d. Dimensi Waktu

Dimensi waktu merupakan orientasi individu terhadap dua kemungkinan yaitu apakah individu/klien berorientasi jam atau berorientasi sosial. Klien yang berorientasi jam akan terpaku pada waktu itu sendiri dan cenderung disiplin serta menepati janji. Sedangkan klien berorientasi perilaku kelompok sosial berfokus dan menekankan disini dan sekarang, biasanya lebih fleksibel menentukan waktu berdasarkan durasi kegiatan atau kegiatan berikutnya tidak akan dimulai sampai kegiatan sebelumnya berakhir.

e. Dimensi Kontrol Lingkungan

Dimensi kelima dalam model ini adalah kontrol lingkungan, yakni bagaimana klien memandang faktor internal dan eksternal di lingkungan sekitarnya seperti keyakinan dan pemahaman klien tentang bagaimana terjadinya penyakit, bagaimana pengobatan dan juga bagaimana cara menjaga kesehatan yang optimal.

f. Dimensi orientasi biologis,

Dimensi orientasi biologis yaitu perawat menilai ras yang bervariasi secara biologis karena perbedaan DNA dan ras tertentu lebih rentan terhadap suatu penyakit. Dalam model penilaian transcultural ini, perawat harus lebih memahami elemen penting lainnya yaitu tentang toleransi nyeri, defisiensi atau kekurangan nutrisi disamping menilai enam dimensi yang telah disebutkan.

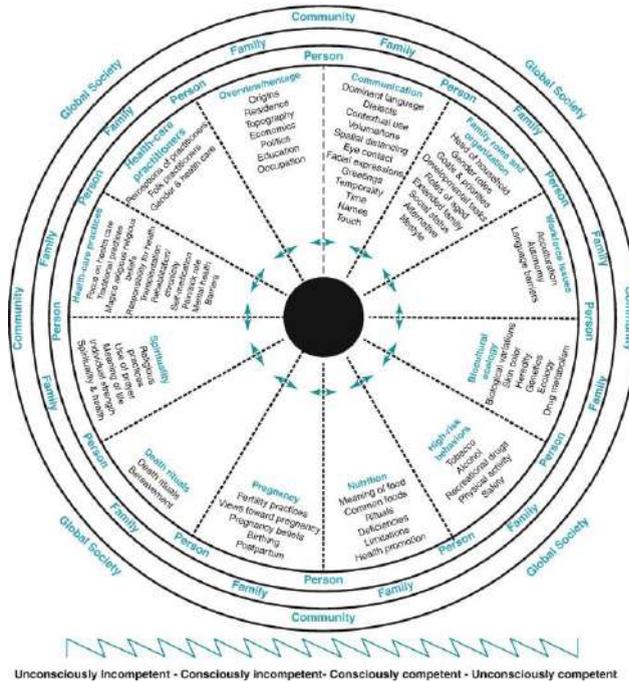
3. *Model for Cultural Competence*

Model for Cultural Competence atau Model Kompetensi Budaya dikembangkan oleh Purnell. Model ini disajikan dalam diagram dengan lingkaran paralel yang mewakili komunitas, keluarga, dan pribadi. Model kompetensi budaya ini memiliki 12 domain yang penting untuk mengevaluasi karakteristik berbagai budaya bangsa,

yang terdiri dari warisan budaya (*overview/ heritage*), komunikasi (*communication*), peran dan organisasi keluarga (*family roles and organization*), masalah ketenagakerjaan (*workforce issues*), ekologi bio-kultural (*biocultural ecology*), perilaku risiko tinggi (*high-risk behavior*), nutrisi (*nutrition*), kehamilan (*pregnancy*), ritual kematian (*death rituals*), spiritualitas (*spirituality*), praktik perawatan kesehatan (*health-care practice*), dan praktisi perawatan kesehatan (*health-care practitioners*) (Purnell and Fenkl, 2019). Setiap domain memiliki karakteristik yang perlu dievaluasi perawat untuk memahami budaya klien.

- a. Domain warisan budaya, meliputi negara asal, kondisi geografis, ekonomi, politik, pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Domain komunikasi, meliputi bahasa keseharian, penggunaan dialek, volume/nada suara, kontak mata, ekspresi wajah, bahasa/ gaya tubuh, kontak fisik/sentuhan.
- c. Domain peran keluarga dan organisasi, meliputi perannya apakah sebagai kepala rumah tangga, jenis kelamin, usia, status sosial, tugas perkembangan, gaya hidup, jenis keluarga apakah *extended family*, dan peran lainnya dalam keluarga.
- d. Domain masalah ketenagakerjaan meliputi akulturasi, otonomi, dan hambatan bahasa.
- e. Domain ekologi bio-kultural mencakup ekologi, genetic, keturunan, warna kulit, etnis dan ras, serta variasi fisik lainnya.
- f. Domain perilaku risiko tinggi meliputi konsumsi tembakau/merokok, penggunaan obat-obat penenang, dan aktivitas fisik.
- g. Domain nutrisi meliputi kebiasaan makanan tertentu, memaknai suatu makanan, melakukan ritual terhadap makanan tertentu yang dianggap mempengaruhi kesehatannya, keterbatasan dan kekurangan gizi, serta keterbatasan promosi kesehatan.

- h. Domain kehamilan, yang dipandang klien berbeda karena adanya keyakinan yang menyertai proses keberlangsungan kehidupan, meliputi karakteristik praktik melahirkan dan post partum.
- i. Domain ritual kematian, merupakan domain kesembilan yang berkaitan dengan bagaimana klien menerima kematian, ritual apa yang dilakukan, dan bagaimana klien berperilaku setelah adanya kematian disekitarnya.
- j. Domain Spiritualitas, meliputi praktik keagamaan, berdoa, kekuatan individu memaknai hidup, dan bagaimana spiritualitas klien berhubungan dengan kesehatan.
- k. Domain praktik kesehatan, meliputi praktik tradisional, praktik magis/ keagamaan, pengobatan penyakit kronis dan rehabilitasi, pengobatan mandiri terhadap nyeri atau sakit, serta barrier kesehatan mental.
- l. Domain praktik perawatan kesehatan adalah domain terakhir, meliputi persepsi klien terhadap tenaga kesehatan, praktisi adat, serta praktisi perawatan sejenis (sesama jenis kelamin).



Gambar 5.2 Model Kompetensi Budaya
 Sumber : (Purnell and Fenkl, 2019)

4. *Model of Cultural Competence in Healthcare*

Model kompetensi budaya dalam memberikan layanan kesehatan dikembangkan oleh Campinha-Bacote pada tahun 1998 dan direvisi pada 2002. Campinha-Bacote berasumsi bahwa kompetensi budaya bukan hanya sebagai konsekuensi yang ditimbulkan oleh berbagai faktor tertentu, namun kompetensi budaya adalah suatu proses. Kompetensi budaya merupakan proses perawat disamping merawat pasien juga mencoba melakukan efisiensi dan kemampuan bekerja di lingkungan beranekaragam budaya (Kaihlanen, Hietapakka and Heponiemi, 2019). Perawat melakukan proses pengembangan kapasitas untuk memberikan asuhan yang lebih efisien dan berkualitas. Model kompetensi budaya dalam perawatan kesehatan ini

terdapat lima komponen yang berkontribusi, yaitu kesadaran budaya (*cultural awareness*), pengetahuan budaya (*cultural knowledge*), keterampilan budaya (*cultural skill*), pertemuan antar budaya (*cultural encounters*), dan hasrat budaya (*cultural desire*) (Susanto *et al.*, 2022). Kesadaran budaya (*cultural awareness*) merupakan suatu proses dimana perawat menjadi sensitive terhadap nilai, keyakinan, perilaku/ gaya hidup klien serta menghindari prasangka sendiri terhadap budaya lain dan melakukan eksplorasi mendalam terhadap latar belakang budaya seseorang. Selama fase ini, perawat menjadi sadar posisi etnosentris sendiri dan stereotip yang dipegang (Muharni and Wardhani, 2021). Keterampilan budaya (*cultural skill*) merupakan kemampuan perawat menilai budaya untuk memperoleh data yang relevan tentang masalah budaya klien sekaligus melakukan pengkajian fisik berbasis budaya secara akurat (Giger and Haddad, 2021). Pengetahuan budaya (*cultural knowledge*) merupakan proses perawat mencari dan memperoleh pengetahuan tentang keberagaman kelompok budaya (Susanto *et al.*, 2022). Dalam proses tersebut, perawat berfokus pada tiga isu spesifik yang terintegrasi yaitu yang berhubungan dengan kesehatan keyakinan praktik, nilai-nilai budaya, insiden dan prevalensi penyakit (Im and Lee, 2018). Pertemuan budaya atau *cultural encounters* adalah proses yang mendorong perawat terlibat secara langsung berinteraksi dengan budaya lainnya dari pertemuan dengan klien, untuk mengubah keyakinan tentang kelompok budaya tertentu dan mencegah adanya stereotip (Susanto *et al.*, 2022). Hasrat budaya atau *cultural desire* merupakan motivasi perawat ingin terlibat dalam proses menjadi sadar budaya, berpengetahuan budaya, terampil berbudaya, dan mencari pertemuan budaya (Kaihlanen, Hietapakka and Heponiemi, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Giger, J.N. and Haddad, L.G. (2021) *Transcultural Nursing Assessment and Intervention*. Eighth. Missouri: Elsevier.
- Harefa, K. (2020) 'Modul Transcultural Nursing', *Modul Transcultural Nursing*, 1, pp. 1-32.
- Im, E.O. and Lee, Y. (2018) 'Transcultural Nursing: Current Trends in Theoretical Works', *Asian Nursing Research*, 12(3), pp. 157-165. doi:10.1016/j.anr.2018.08.006.
- Kaihlanen, A.M., Hietapakka, L. and Heponiemi, T. (2019) 'Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training', *BMC Nursing*, 18(1), pp. 1-9. doi:10.1186/s12912-019-0363-x.
- Muharni, S. and Wardhani, U.C. (2021) *Buku Ajar Falsafah & Teori Keperawatan*. Edited by A. Rofiq. Surabaya: Jakad Media Publishing.
- Purnell, L.D. and Fenkl, E.A. (2019) *The Purnell Model for Cultural Competence In: Handbook for Culturally Competent Care*. Springer. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-030-21946-8_2.
- Sukardin *et al.* (2023) *Keperawatan Komunitas, Gerontik, dan Transkultural*. Edited by A. Munandar. Media Sains Indonesia. Available at: https://books.google.co.id/books?id=o8ilEAAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&dq=keperawatan+transkultural&hl=id&source=gbs_navlinks_s.
- Susanto, W.H.A. *et al.* (2022) *Keperawatan Transkultural*. Edited by N. Sulung and I. Melisa. Global Eksekutif Teknologi.

BIODATA PENULIS



Ajeng Titah Normawati, S.Tr.Kep.,Ners,M.Tr.Kep lahir di Rembang, pada 13 Mei 1993. Ia tercatat sebagai lulusan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang, dengan Jenjang pendidikan ditempuh penulis dari Diploma Tiga hingga Magister Terapan Keperawatan. Wanita yang kerap disapa Ajeng ini kerap mengikuti berbagai kegiatan akademik salah satunya program *short course* di Mahidol University dan Siriraj Hospital Thailand. Tulisan ini menjadi bukti kecintaannya untuk senantiasa mengembangkan diri serta memajukan profesi dan ilmu di bidang keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui email ajeng@poltekkes-smg.ac.id

BAB 6

Keberagaman Budaya Pada Tenaga Kesehatan

Dr. Jean Henry Raule, S.Pd.SKM.M.Kes

A. Sumber daya Manusia Organisasi

Sumber daya manusia memiliki peran penting baik secara individu maupun kelompok dalam organisasi, dan sumber daya manusia adalah salah satu faktor utama yang memastikan bahwa kegiatan organisasi, intitusi dan bisnis berjalan lancar. Bahkan kemajuan atau kemunduran sebuah organisasi bergantung pada sumber daya manusia. Untuk itu, semua organisasi dan institusi harus memperhatikan dan mengatur keberadaan karyawan untuk meningkatkan kinerja. Sumber daya manusia, atau individu dalam institusi, organisasi, atau bahkan perusahaan, dapat berjalan efektif. Jika ini terjadi, perusahaan akan tetap berjalan efektif (Mondy 2008).

Organisasi merupakan system yang memiliki pola aktivitas kerjasama yang dilakukan secara teratur sekelompok orang dalam institusi dan atau perusahaan untuk mencapai tujuan bersama (Komang Ardana (2009). Semua organisasi, institusi bahkan perusahaan ingin memiliki karyawan dengan tingkat kinerja yang tinggi. Lingkungan kerja dan keberagaman adalah dua komponen yang mempengaruhi kinerja karyawan. Lingkungan kerja harus sesuai dengan kebutuhan karyawan sehingga mereka dapat memaksimalkan kinerja mereka.

Dalam dunia yang semakin kompetitif, perusahaan harus menyadari pentingnya evaluasi kinerja dan melakukan perbaikan untuk tetap bersaing. Selain itu, perusahaan harus memiliki lingkungan kerja yang kompetitif sehingga

karyawan dapat berusaha secara maksimal untuk mencapai misi dan tujuan institusi, organisasi atau perusahaan (Robbins, 2006).

Organisasi yaitu tempat berkumpul serta bekerjasama agar mencapai tujuan tertentu, semakin banyak sumber daya manusia yang terlibat di sana semakin kompleks pula organisasi tersebut. Sumber daya manusia adalah faktor perusahaan yang memiliki kemampuan berfikir serta mengambil keputusan sekaligus merupakan factor sentral dalam pengembangan organisasi. Luthans (2005) Sumber daya manusia dalam suatu institusi, organisasi atau perusahaan juga menjadi penggerak roda perusahaan dalam mencapai tujuan serta sasaran yang diharapkan.

B. Keberagaman Budaya

Kebudayaan adalah perkembangan berbagai nilai sosial, norma sosial, ilmu pengetahuan, struktur sosial, religius, dan segala bentuk pernyataan intelektual dan artistik yang menjadi ciri khas masyarakat tertentu. Kebudayaan terdiri dari beberapa komponen, seperti keluarga, sistem ekonomi, alat-alat teknologi, kekuasaan politik, dan sistem norma sosial yang memungkinkan kerja sama antara anggota masyarakat untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Sistem ini juga mencakup organisasi ekonomi, alat-alat, lembaga, dan petugas untuk pendidikan.

Menurut Taylor, "Kebudayaan" adalah peradaban yang mencakup pengertian yang luas yang mencakup pemahaman, dan perasaan suatu bangsa yang kompleks, yang mencakup pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat, kebiasaan, dan pembawaan lainnya yang diterima oleh anggota masyarakat. Menurut Taylor, "Kebudayaan" adalah hal-hal yang berkaitan dengan akal. "Kebudayaan adalah hasil dari perkembangan budi dan daya."

Budaya (kultur) adalah norma atau kebiasaan yang dipelajari dan dibagikan oleh anggota kelompok. Norma-norma ini membantu mereka berpikir, bertindak, dan mengambil keputusan. Dua jenis budaya berbeda: etno-caring,

yang dipelajari dari orang tua, dan profesional-caring, yang dipelajari dari pendidikan formal. Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dibuat dan ditetapkan oleh orang-orang dari suatu budaya yang dianggap baik atau buruk. Norma-norma budaya hanya berlaku untuk orang-orang dari budaya tertentu. Posisi dan jabatan, bahasa yang digunakan, kebiasaan membersihkan diri, kebiasaan makan, makan pantang yang terkait dengan sakit, sarana hiburan yang digunakan, dan persepsi sakit dalam aktivitas sehari-hari adalah nilai-nilai budaya dan gaya hidup. Supartono,(2009),

Budaya adalah cara hidup yang dimiliki dan diwariskan oleh sebuah kelompok orang dari generasi ke generasi. Sistem agama dan politik, adat istiadat, bahasa, perkakas, pakaian, bangunan, dan karya seni adalah beberapa komponen budaya yang kompleks. Banyak orang percaya bahwa bahasa dan budaya adalah bagian integral dari manusia. Berusaha berkomunikasi dengan orang-orang dari budaya yang berbeda dan menyesuaikan perbedaan-perbedaannya menunjukkan bahwa budaya itu belajar. Semua aspek pola hidup dipengaruhi oleh budaya. Budaya adalah rumit, abstrak, dan luas. Komunikasi dipengaruhi oleh banyak elemen budaya. Banyak kegiatan sosial manusia terdiri dari komponen sosiobudaya ini.Momon, (2008).

Keberagaman adalah proses mengakui perbedaan dengan melakukan sesuatu (Carnavale & Stone 1994 dalam saxena 2014). Menurut Ankita Saxena (2014), keberagaman tenaga kerja adalah karakteristik demografi yang digunakan sebagai acuan untuk mengukur keberagaman tenaga kerja. Karakteristik demografi ini termasuk umur, kasta, agama, jenis kelamin, bahasa, jabatan, perbedaan pendapat dan sikap, dan wilayah geografis.

Aspek keberagaman kerja adalah prinsip-prinsip yang digunakan oleh sumber daya manusia sebagai pedoman untuk menangani masalah eksternal dan upaya penyesuaian integrasi dalam perusahaan. Ini membantu karyawan memahami prinsip-prinsip ini dan bagaimana mereka harus

bertindak atau berperilaku. Jika keberagaman kerja berjalan dengan baik, maka akan ada karyawan yang baik juga.

Menurut Wibowo (2011), jika sebuah organisasi tidak mempekerjakan tenaga kerja yang beragam, maka organisasi itu tidak cukup kompetitif; Selain itu, manajer penjualan dapat melatih tenaga kerja yang beragam secara efektif dan kompeten. Robbins (2006) menyatakan bahwa tenaga kerja yang beragam adalah aset paling penting bagi setiap organisasi.

C. Budaya dan Lingkungan Kerja Tenaga Kesehatan

Wibowo (2006) mengatakan lingkungan kerja terdiri dari lingkungan kerja fisik (seperti pencahayaan, suara, suhu, dan musik) dan lingkungan kerja non-fisik. Yang pertama termasuk hubungan antar karyawan dan atasan mereka. Karena sifatnya yang tidak berbentuk tetapi dapat dirasakan secara langsung oleh karyawan, lingkungan kerja non-fisik perusahaan sangat memengaruhi kehidupan kerja mereka. Karyawan yang memiliki hubungan sosial yang baik dan berada di lingkungan di mana mereka mudah berinteraksi dan berkomunikasi akan lebih merasa nyaman melakukan aktivitas, yang berdampak pada kinerja mereka.

Selain itu dengan adanya budaya kerja positif berhubungan dengan kualitas kinerja yang baik dan dapat mewujudkan kepuasan bagi para penerima pelayanan (klien atau pasien) terhadap layanan yang diberikan di setiap unit unit pelayanan Kesehatan sehingga dapat mempertahankan profesionalisme

D. Keberagaman Budaya dan Tenaga Kesehatan

Keberagaman Tenaga Kerja: Istilah "keberagaman tenaga kerja" mengacu pada fakta bahwa organisasi semakin bervariasi dalam hal usia, ras, etnik, dan orientasi seksual karyawannya. Selain perbedaan budaya, jenis kelamin, ras, sosial, dan karakteristik psikologis, pandangan dan prasangka individu berbeda. Menurut Luthan (2005), usia, jenis kelamin, kesukuan atau etnis, pendidikan, bahasa, kondisi, dan cacat

fisik adalah beberapa atribut demografi yang memengaruhi keanekaragaman tenaga kerja.

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (UU 36/2014).

Jenis tenaga kesehatan di Indonesia diatur dalam UU No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, berdasarkan UU ini tenaga kesehatan di Indonesia dikelompokkan menjadi 2 jenis tenaga Kesehatan:

1. Tenaga kesehatan terdiri dari :
 - a. tenaga medis;
 - b. tenaga keperawatan;
 - c. tenaga kefarmasian;
 - d. tenaga kesehatan masyarakat;
 - e. tenaga gizi;
 - f. tenaga keterampilan fisik;
 - g. tenaga keteknisian medis.
2. Tenaga medis meliputi dokter dan dokter gigi.

Tersediannya Sumber daya manusia Kesehatan yang berkualitas diharapkan akan mempercepat kemajuan di bidang Kesehatan yang dapat mempercepat pelayanan pengentasan masalah masalah Kesehatan di Masyarakat. untuk semua lapisan masyarakat serta merata ke seluruh wilayah Indonesia.

Tenaga Kesehatan atau Sumber Daya Manusia Kesehatan bertugas melaksanakan layanan kesehatan. Mereka diharapkan melakukan tugas dan fungsi utama sesuai dengan pendidikan dan keterampilan mereka. Bahwa pelayanan pengentasan masalah kesehatan menunjukkan perbaikan akan terlihat melalui Pelayanan kesehatan yang tersebar merata di seluruh wilayah Indonesia, lingkungan yang baik, perilaku masyarakat yang proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit, Meskipun Problem kesehatan masih banyak terjadi dan atau masih jauh dari yang diperkirakan.

Hal yang tak kalah pentingnya adalah pengetahuan budaya atau wawasan tentang budaya bagi para tenaga kesehatan. Pengetahuan budaya seseorang sangatlah penting saat sejak mereka tumbuh karena akan sangat memengaruhi perilaku seseorang saat menjadi orang dewasa. Begitu juga sebagai tenaga kesehatan yang bekerja sama satu dengan lainnya baik inter dan antar profesi dalam memberikan pelayanan di bidang kesehatan harus mengetahui, menyadari serta memahami bahwa budaya diantara mereka sebagai tenaga kesehatan berbeda atau beragam, sehingga hal-hal ini tidak akan menjadi kendala dan masalah seperti masalah komunikasi, informasi dan sinkronisasi (KIS) memiliki andil besar yang dapat menghambat bahkan menggagalkan pekerjaan di kemudian hari di dalam menjalankan peran dan fungsi masing-masing mereka berdasarkan kompetensi dalam memberikan pelayanan Kesehatan.

Lain permasalahan lagi khusus bagi mereka sebagai penerima pelayanan Kesehatan (User) dalam konteks ini adalah khalayak masyarakat (Sebagai Klien dan atau sebagai pasien) masalah perbedaan atau keberagaman budaya yang juga punya andil besar dalam mempengaruhi tercapainya berbagai dimensi pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan yang mereka terima dalam bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh para tenaga kesehatan di tiap tiap unit pelayanan kesehatan. Akibat adanya perbedaan persepsi terhadap konsep Sehat dan Sakit serta cara-cara dalam penanganan pengobatan sakit dan atau penyakit (Foster,1986)

Sebagai tenaga Kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan Kesehatan yang paripurna dengan beragam latar budaya maka pemahaman budaya baik antara tenaga kesehatan yang satu dengan yang lainnya (inter dan antar professional) serta antara tenaga Kesehatan sebagai pemberi pelayanan dan masyarakat (klien dan atau pasien) sebagai penerima (user) maka Pengetahuan tentang ragam latar belakang atau lintas budaya setiap tenaga Kesehatan serta masyarakat (individu dan keluarga) dapat membantu atau

memudahkan membangun serta memberikan layanan-layanan kesehatan yang sesuai dengan prinsip-prinsip lintas budaya.

Pemberian layanan-layanan kesehatan kepada pengguna layanan kesehatan telah sesuai dengan prinsip-prinsip lintas budaya mengindikasikan bahwa tenaga Kesehatan telah memiliki kompetensi "peka budaya". Dan apabila "kompetensi peka budaya tenaga kesehatan sudah baik maka diharapkan dapat memberikan intervensi atau layanan kesehatan yang tepat secara budaya," Karena dengan adanya kompetensi peka budaya ini dapat mencegah konflik atau penolakan yang membuat pasien merasa tidak berdaya.

Selain itu untuk jangka panjang Pemberian layanan kesehatan lintas budaya ini dapat meningkatkan kepuasan, kesejahteraan, kepercayaan, dan kepatuhan pasien terhadap program kesehatan. Ini juga dapat meningkatkan kualitas dan akses layanan kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan klien dan atau pasien.

Selain menjalankan tugas di unit unit pelayanan kesehatan tenaga Kesehatan atau Petugas kesehatan juga memainkan peran penting dalam pemberdayaan masyarakat dengan mendorong masyarakat untuk berpartisipasi dalam kegiatan dan program pemberdayaan masyarakat, seperti mengadakan pertemuan dan mengorganisir komunitas dalam konteks pelayanan Kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Andre, Beate & Sjøvold, E. (2017). The Work Culture at a Hospital Unit That Successfully Implements Change – A Correlation Study. *BMC Health Services Research*, 17(486), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2436-4>
- Bayot et al. (2021). Work Culture. In *Journal of Public Health Research*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542168/>
- Braithwaite, J. et al. (2017). Association Between Organisational And Workplace Cultures, And Patient Outcomes: Systematic Review. *BMJ Open*, 7(11), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708>
- Carol Taylor, Carol Lillis. 1997. *Fundamentals of Nursing : the art and science of nursing care. Vol I 3ed* Foster/Anderson, Antropologi Kesehatan, Universitas Indonesia, Jakarta 1986
- Komang Ardana et al. *Perilaku Organisasi*, Graha Ilmu, Denpasar, 2009
- Koentjaraningrat (2002) *Sosiologi Antropologi Kesehatan*, Jakarta
- Luthan et al., *Manajemen Sumber daya manusia Edisi bahasa Indonesia*, PT Prenhallindo, Jakarta, 2005.
- Maassen, S. et al. (2021). Defining a Positive Work Environment For Hospital Healthcare Professionals: a Delphi Study. *PLOS ONE*, 16(2), 1–14. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0247530>
- Momon sudarma, *Sosiologi Kesehatan*, Jakarta Salemba, 2008
- Suwanto, Doni J Priansa, *Manajemen SDM dalam organisasi public dan bisnis*, Afabeta, Bandung, 2011.
- R W. Mondy, *Manajemen Sumberdaya Manusia Edisi ke 10*, Erlangga, Jakarta 2008.
- Stoner et al., *Manajemen Jilid II*, Edisi bahasa Indonesia, PT Prenhallindo, Jakarta, 1996.
- Stephen P Robbins *Perilaku Organisasi* PT Indeks Kelompok Gramedia Edisi bahasa Indonesia, Jakarta 2006.
- Saidi Wahyu, et al., *Manajemen Sumber daya Manusia*, Unit layanan Psikologi PKMT Press, Jakarta, 2007.

- Supartono Widoyosiswoyo, Ilmu Budaya Dasar (Bogor: Ghalia Indonesia, 2009),
- Utami, P. (2019). Effect of Organizational Culture Intensity on Job Satisfaction. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 116-122. <https://doi.org/10.20473/jaki.v7i2.2019.116-122>
- <https://www.unpad.ac.id/2023/03/pakar-unpad-dorong-perawat-miliki-kepekaan-terhadap-budaya/> apabila mengutip konten berita ini.
- [https://id.scribd.com/document/368470884/Keberagaman-Budaya\(ALAMAT](https://id.scribd.com/document/368470884/Keberagaman-Budaya(ALAMAT) ARTIKEL KEBRAGAMAN BUDAYA)
- <https://id.scribd.com/document/368470884/Keberagaman-Budaya>
- Wibowo, Manajemen Kinerja, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta 2011.
- Wibowo, *Manajemen Perubahan*, Edisi ke 3, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta, 2011.
- Wahyu Ratna, *Sosiologi dan Antropologi Kesehatan*, Pustaka Rihama, Yogyakarta, 2010.

BIODATA PENULIS



Dr. Jean Henry Raule, S.Pd., SKM., M.Kes, lahir 13 September 1964 di Desa Biga Kec Kotamobagu Kab Bolaang Mongondow Propv Sulawesi Utara Pendidikan : SD Kristen II Kotamobagu tahun 1977, SMP Negeri 1 Kotamobagu tahun 1981, SMA Negeri 1 Kotamobagu 1984, Crash Program PPM 1985, AKPER DepKes Ujung Pandang 1992, Psikologi Pendidikan dan Bimbingan FIP IKIP Manado 1996, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Pascasarjana IKM Universitas Airlangga (UNAIR) Surabaya 2002, STIKES 2013, Program Doktor Manajemen Sumberdaya Manusia Universitas Negeri Jakarta (UNJ) 2013. Pengalaman Kerja : Staf PKM, P2M, Perenc Dinkes SULUT, Guru SPK, SPRG/AKG Manado, Dosen Poltekkes Manado, Dosen Luar Biasa di PT Kesehatan Swasta dan di FKM dan Pasca Sarjana IKM UNSRAT Manado. Email. jeanh1666@gmail.com

BAB 7

Pengkajian Budaya Transcultural

* Lorrien Grace Runtu, SPd. S.Sit, MPH *

A. Pengkajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 1995). Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada "Sunrise Model" yaitu :

1. Faktor teknologi (*tecnological factors*)

Teknologi kesehatan memungkinkan individu untuk memilih atau mendapat penawaran menyelesaikan masalah dalam pelayanan kesehatan. Perawat perlu mengkaji : persepsi sehat sakit, kebiasaan berobat atau mengatasi masalah kesehatan, alasan mencari bantuan kesehatan, alasan klien memilih pengobatan alternatif dan persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi untuk mengatasi permasalahan kesehatan saat ini.

2. Faktor agama dan falsafah hidup (*religious and philosophical factors*)

Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang amat realistis bagi para pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menempatkan kebenaran diatas segalanya, bahkan di atas kehidupannya sendiri. Faktor agama yang harus dikaji oleh perawat adalah: agama yang dianut, status pernikahan, cara pandang klien terhadap penyebab penyakit, cara pengobatan dan kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan.

3. Faktor sosial dan keterikatan keluarga (*kinship and social factors*)

Perawat pada tahap ini harus mengkaji faktor-faktor: nama lengkap, nama panggilan, umur dan tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, dan hubungan klien dengan kepala keluarga.

4. Nilai-nilai budaya dan gaya hidup (*cultural value and life ways*)

Nilai-nilai budaya adalah sesuatu yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya yang dianggap baik atau buruk. Norma-norma budaya adalah suatu kaidah yang mempunyai sifat penerapan terbatas pada penganut budaya terkait. Yang perlu dikaji pada faktor ini adalah : posisi dan jabatan yang dipegang oleh kepala keluarga, bahasa yang digunakan, kebiasaan makan, makanan yang dipantang dalam kondisi sakit, persepsi sakit berkaitan dengan aktivitas sehari-hari dan kebiasaan membersihkan diri.

5. Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku (*political and legal factors*)

Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya (Andrew and Boyle, 1995). Yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : peraturan dan kebijakan yang berkaitan dengan jam berkunjung, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu, cara pembayaran untuk klien yang dirawat.

6. Faktor ekonomi (*economical factors*)

Klien yang dirawat di rumah sakit memanfaatkan sumber-sumber material yang dimiliki untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh. Faktor ekonomi yang harus dikaji oleh perawat diantaranya : pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, tabungan yang dimiliki oleh keluarga,

biaya dari sumber lain misalnya asuransi, penggantian biaya dari kantor atau patungan antar anggota keluarga.

7. Faktor pendidikan (*educational factors*)

Latar belakang pendidikan klien adalah pengalaman klien dalam menempuh jalur pendidikan formal tertinggi saat ini. Semakin tinggi pendidikan klien maka keyakinan klien biasanya didukung oleh bukti-bukti ilmiah yang rasional dan individu tersebut dapat belajar beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya. Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : tingkat pendidikan klien, jenis pendidikan serta kemampuannya untuk belajar secara aktif mandiri tentang pengalaman sakitnya sehingga tidak terulang kembali.

Pedoman pengkajian keperawatan transcultural untuk individu dan keluarga menurut Boyle dan Andrews antara lain :

1. Bentuk bentuk Biokultural dan Aspek Budaya dari Kejadian Penyakit
 - a. Apakah klien dan/atau anggota keluarga memiliki hubungan dengan riwayat kesehatan yang terkait dengan kondisi genetik atau yang didapat yang lebih lazim untuk kelompok budaya tertentu (misalnya diabetes, hipertensi, penyakit kardiovaskular, sel sabit, penyakit Tay-Sachs, G-6 -PD, intoleransi laktosa)? Apakah keluarga klien berhubungan dengan riwayat kesehatan semacam itu?
 - b. Adakah kondisi sosial-lingkungan yang lebih banyak ditemukan di antara kelompok budaya tertentu yang dapat menyerang klien atau anggota keluarga (misalnya racun timah, alkoholisme, HIV / AIDS, obat terlarang, infeksi telinga, kekerasan keluarga, gangguan spektrum alkohol janin, obesitas, penyakit pernafasan)?
 - c. Adakah Penyakit yang menyebabkan klien mengalami peningkatan resistensi (misalnya, kanker

- kulit pada individu berpigmen gelap, malaria bagi mereka yang menderita sel sabit)?
- d. Apakah klien memiliki kelompok etnik atau budaya tertentu (misalnya, peringatan kulit, tekstur rambut)? Apakah anggota keluarganya memiliki fitur seperti itu? Dalam kelompok keluarga, adakah variasi karakteristik anatomi kelompok etnis atau budaya tertentu (misalnya struktur tubuh, tinggi, berat badan, bentuk dan
 - e. struktur wajah [hidung, bentuk mata, kontur wajah], ekstremitas atas dan bawah)?
 - f. Bagaimana variasi anatomi, ras, dan etnis mempengaruhi pemeriksaan fisik dan mental?
2. Komunikasi
- a. Bahasa apa yang klien gunakan untuk berbicara di rumah dengan anggota keluarga? Dalam bahasa klien siapa yang lebih suka berkomunikasi dengan Anda? Apa bahasa lain yang klien gunakan untuk berbicara atau membaca? Apa bahasa lain yang digunakan anggota keluarga klien untuk bicara atau membaca?
 - b. Apa tingkat kelancaran klien dalam bahasa Inggris - baik tertulis maupun lisan? Berapakah tingkat kelancaran anggota keluarga klien?
 - c. Apakah klien membutuhkan seorang penerjemah? (misalnya, lawan jenis, orang yang lebih muda atau lebih tua dari klien, anggota suku saingan, kelompok etnis, atau kewarganegaraan)?
 - d. Adakah peraturan dan gaya (formal atau informal) dalam komunikasi
 - e. Bagaimana teknik variasi dan gaya komunikasi yang diperlukan selama berhubungan dengan klien untuk mengakomodasi latar belakang budayanya (misalnya, tempo percakapan, kontak mata, kepekaan terhadap tabu topikal, norma kerahasiaan, dan gaya penjelasan) ? Bagaimana faktor- faktor ini bervariasi dengan anggota keluarga, jika sama sekali?

- f. Adakah gaya komunikasi nonverbal anggota individu dan keluarga?
 - g. Bagaimana komunikasi nonverbal klien dibandingkan dengan individu dari kelompok budaya lain? Bagaimana gaya komunikasi klien nonverbal berbeda dengan gaya pemberi perawatan kesehatan? Bagaimana hal itu mempengaruhi hubungan klien dengan Anda dan dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya? Bagaimana komunikasi dengan keluarga mempengaruhi perawatan lingkungan?
 - h. Bagaimana perasaan klien dan keluarga tentang penyedia layanan kesehatan yang tidak memiliki latar belakang budaya atau agama yang sama (misalnya, hitam, perawat kelas menengah, Hispanik dari kelas sosial yang berbeda, penyedia perawatan Muslim atau Yahudi)? Apakah klien lebih memilih untuk menerima perawatan dari perawat dengan latar belakang budaya, jenis kelamin, dan/atau usia yang sama? Bagaimana anggota keluarga menghadapi penyedia perawatan dengan latar belakang budaya, usia, dan jenis kelamin yang berbeda?
3. Afiliasi Budaya
- a. Dengan kelompok budaya apakah klien melaporkan hubungan dengan budaya tertentu (mis., Jawa, Melayu, Bali, Sudan, multikultural, dll)? Sama pentingnya, seberapa jauh identifikasi klien dengan kelompok budaya (mis., Konsep "kami" tentang solidaritas atau sebagai anggota frase)?
 - b. Bagaimana pendapat anggota keluarga lainnya serupa atau berbeda dari klien mengenai iuran budaya?
 - c. Apa istilah yang dipilih klien terhadap kelompok budaya untuk dirinya sendiri? Istilah apa yang dipilih klien?
 - d. Dimana klien lahir? Dimana orang tuanya melahirkan? Apa kesepakatan dan perbedaan

- generasi dalam hal bantuan budaya, bahasa, adat istiadat, nilai, dan sebagainya?
- e. Di mana klien tinggal (negara, kota, atau wilayah di suatu negara) dan kapan (selama tahun-tahun berapa lama)? Jika klien baru-baru ini bermigrasi ke negara lain, pengetahuan tentang penyakit umum di negara asalnya dan juga sejarah sosio politiknya mungkin sangat membantu. Jika kliennya adalah imigran baru, apakah dia tinggal di negara transit? Untuk berapa lama? Tempat tinggal sekarang Penduduk? Pekerjaan di negara asal
4. Sanksi dan Pembatasan Budaya
- a. Bagaimana kelompok budaya klien menganggap ekspresi emosi dan perasaan, spiritualitas, dan kepercayaan agama? Bagaimana perasaan berhubungan dengan kematian, kematian, dan sureha yang ciptaannya dengan cara yang sesuai budaya?
 - b. Bagaimana pria dan wanita mengekspresikan kerendahan hati? Adakah ekspektasi budaya tentang hubungan laki-laki-perempuan, termasuk hubungan perawat-klien?
 - c. Apakah klien atau keluarga mengekspresikan kemarahanyang terkait dengan seksualitas, paparan berbagai bagian tubuh, atau jenis operasi tertentu (mis., vasktomi, histerektomi, aborsi).
 - d. apakah ada kesulitan terhadap diskusi tentang kerabat atau ketakutan yang meninggal terkait dengan yang tidak diketahui?
5. Pertimbangan Pertumbuhan
- a. Adakah karakteristik pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda dengan latar belakang budaya klien dan keluarga (mis., Kepadatan tulang, pola perkembangan psikomotor, lipatan lemak)?
 - b. Faktor-faktor apa saja yang penting dalam menilai anak-anak dari berbagai usia mulai dari masa bayi baru lahir hingga masa remaja (misalnya sunat laki-laki dan perempuan, perkiraan pertumbuhan pada jaringan standar, usia yang dapat diterima secara

budaya untuk pelatihan toilet, lama menyusui , pengenalan berbagai jenis makanan , perbedaan gender, disiplin, dan sosialisasi terhadap peran dewasa)?

- c. Apa keyakinan dan praktik yang terkait dengan peristiwa perkembangan zaman seperti kehamilan, kelahiran, pernikahan, dan kematian?
 - d. Apa persepsi budaya penuaan (mis., apakah kemudaan atau keahlian tingkat tua lebih dihargai)?
 - e. Bagaimana orang tua merawat kelompok budaya (mis., Dirawat di rumah anak-anak dewasa, ditempatkan di institusi perawatan)? Peran apa yang diterima secara budaya bagi orang tua?
6. Ekonomi
- a. Apakah mencari nafkah utama dalam keluarga dan tingkat pendapatannya? Apakah ada lebih dari satu pencari nafkah? Apakah ada sumber dukungan finansial lainnya? (Catatan: Ini mungkin merupakan pertanyaan yang sensitif.)
 - b. • Cakupan asuransi apa (kesehatan, gigi, penglihatan, kehamilan, kanker, atau kondisi khusus) apakah klien dan keluarganya?
 - c. Apa dampak status ekonomi terhadap klien dan gaya hidup dan kondisi kehidupan keluarganya?
 - d. Apa pengalaman klien dan keluarga dengan sistem perawatan kesehatan dalam hal penggantian biaya, biaya, dan pertanggunggunaan asuransi?
7. Latar belakang pendidikan
- a. Apa tingkat pendidikan klien tertinggi yang diperoleh? Nilai apa yang menjadi hasil karya anggota keluarga terhadap prestasi pendidikan?
 - b. dapatkah klien membaca dan menulis bahasa Inggris, atau bahasa lain yang disukai? Jika bahasa Inggris adalah bahasa kedua klien, apakah materi terkait kesehatan tersedia dalam bahasa utama klien? Apakah semua anggota keluarga fasih berbahasa Inggris?
 - c. Gaya belajar apa yang paling nyaman dan akrab? Apakah klien lebih memilih untuk belajar melalui

- materi tertulis, penjelasan lisan, video, dan / atau unjuk rasa?
- d. Apakah klien mengakses informasi kesehatan melalui internet?
 - e. Apakah klien dan anggota keluarga lebih memilih pengaturan intervensi dari rumah sakit dan klien lain yang mungkin memiliki konotasi negatif untuk mereka? Apakah komunitas komunitas seperti gereja, sekolah, atau pusat pemulihan anak dewasa merupakan pilihan alternatif yang baik untuk klien dan keluarganya, karena ini adalah pengaturan informal yang mungkin lebih kondusif untuk diskusi terbuka, unjuk rasa, dan penguatan informasi dan keterampilan. ? Apakah klien dan keluarga lebih nyaman di rumah mereka?
8. Keyakinan dan Praktik Kesehatan
- a. Penyebab klien mengalami penyakit dan faktor apa yang mempengaruhi penyakit (misalnya, murka ilahi, ke dendam panas / dingin, yin / yang, hukuman atas pelanggaran moral, kutukan, kehilangan jiwa, organisme patogen , perilaku masa lalu, menambah tua)? Adakah dalam keluarga kecocokan dengan keyakinan ini?
 - b. Apa keyakinan budaya klien tentang ukuran dan bentuk tubuh ? Apa citra diri klien dalam kaitannya dengan ideal?
 - c. Bagaimana klien menggambarkan kondisi kesehatannya? Nama atau istilah apa yang digunakan? Bagaimana klien mengekspresikan rasa sakit, tidak nyaman, atau kecemasan?
 - d. Apa yang diyakini oleh klien dan anggota keluarga mempromosikan kesehatan (misalnya, mengonsumsi makanan tertentu, memakai jimat untuk membawa keberuntungan, tidur, istirahat, mendapatkan nutrisi yang baik, mengurangi stres, berolahraga, berdoa atau melakukan ritual kepada leluhur, orang suci, atau dewa lainnya)?
 - e. Apa pemulihan klien religius? Bagaimana klien secara aktif terlibat dalam praktik agama? Apakah

- anggota keluarga lainnya memiliki keyakinan dan praktik keagamaan yang sama? Apakah klien dan/atau anggota keluarga memasukkan praktik keagamaan, seperti upacara penyembuhan atau doa, ke dalam perawatan kesehatan/penyakit?
- f. Apakah klien dan keluarganya bergantung pada penyembuh budaya (misalnya, curansero, dukun, spiritualis, pendeta, pria atau wanita pengobatan, menteri)? Siapa yang menentukan kapan klien sakit dan kapan dia sehat? Siapa yang mempengaruhi pilihan atau jenis penyembuh dan pengobatan yang harus dicari?
 - g. Dalam jenis praktik penyembuhan budaya atau praktik promosi kesehatan apa yang dilakukan klien (misalnya penggunaan obat herbal, ramuan, atau pijatan; memakai jimat, gelang tembaga, atau rantai untuk mencegah roh jahat; ritual penyembuhan, mantra atau doa)? Apakah anggota keluarga memiliki kepercayaan dan praktik ini?
 - h. Bagaimana anggapan tentang penyedia layanan kesehatan biomedis atau ilmiah? Bagaimana klien dan keluarganya melihat perawat? Apa harapan perawat dan perawatan?
 - i. Siapa yang akan merawat klien di rumah? mobil apa yang akan diberikan anggota keluarga untuk memberi pengasuhan?
 - j. Bagaimana kelompok keluarga dan budaya klien melihat gangguan jiwa? Adakah perbedaan perilaku yang dapat diterima pada penyakit fisik dan psikis?
9. Keekerabatan dan Jaringan Sosial
- a. Apa komposisi "keluarga khas" dalam jaringan keekerabatan? Apa komposisi keluarga klien?
 - b. Siapa yang membentuk jaringan sosial klien (keluarga, teman, teman sebaya, tetangga)? Bagaimana mereka mempengaruhi status kesehatan atau penyakit klien?
 - c. Bagaimana anggota jaringan dukungan klien sosial menentukan kepedulian atau pengasuhan? Apa peran berbagai anggota keluarga selama episode

kesehatan dan penyakit? Siapa yang membuat keputusan tentang kesehatan dan perawatan kesehatan?

- d. Bagaimana keluarga klien berpartisipasi dalam promosi kesehatan (misalnya, perubahan gaya hidup dalam makanan, tingkat aktivitas, dll.) Dan asuhan keperawatan (misalnya, mandi, memberi makan, menyentuh, hadir) dari klien?
 - e. Apakah struktur budaya keluarga mempengaruhi respons klien terhadap kesehatan atau penyakit (mis., Kepercayaan, kekuatan, kelemahan, dan kelas sosial)?
 - f. Pengaruh apa yang dimiliki oleh organisasi etnis, budaya, dan / atau keagamaan mengenai gaya hidup dan kualitas hidup klien (yang mungkin menyediakan program perawatan kesehatan berbasis sekolah, kelas, dan/atau berbasis masyarakat).
 - g. Apakah ada gender khusus dalam kelompok budaya ini? Apakah klien dan anggota keluarga sesuai dengan peran tradisional (mis., Wanita dapat dipandang sebagai pengurus rumah tangga dan anak-anak, sementara pria bekerja di luar rumah dan bertanggung jawab mengambil keputusan utama)?
10. Nutrisi
- a. Faktor gizi apa yang dipengaruhi oleh latar belakang budaya klien? Apa arti makanan dan makan untuk klien dan keluarganya?
 - b. Apakah klien mengalami gangguan makan atau gizi (mis., Anoreksia, bulimia, obesitas, intoleransi laktosa)? Apakah anggota keluarga klien mengalami kelainan serupa? Bagaimana klien dan keluarga melihat kondisi ini?
 - c. Dengan siapa klien biasanya makan? Jenis makanan apa yang dimakan? Berapa waktu dan urutan makanan? Apa pola makan yang biasa?
 - d. Apa yang terjadi definisikan klien sebagai makanan? Apa yang diyakini klien merupakan diet "sehat"

- versus diet "tidak sehat"? Apakah kepercayaan ini sesuai dengan apa yang benar-benar dimakan klien?
- e. Siapa yang berbelanja dan memilih makanan? Di mana bahan makanan dibeli? Siapa yang menyiapkan makanan yang sebenarnya? Bagaimana anggota keluarga terlibat dalam pilihan, nilai, dan pilihan nutrisi tentang makanan?
 - f. Bagaimana makanan yang disiapkan di rumah (jenis sediaan makanan, minyak goreng yang digunakan, lama makanan dimasak [terutama sayuran], jumlah dan jenis bumbu yang ditambahkan ke berbagai makanan selama persiapan)? Siapa yang menyiapkan makanan?
 - g. Apakah klien telah memilih praktik nutrisi tertentu seperti vegetarisme atau pantangan dari daging merah atau dari minuman beralkohol atau dimasak? Apakah anggota keluarga lainnya mematuhi keyakinan dan praktik ini?
 - h. Apakah keyakinan dan praktik keagamaan memengaruhi pola makan klien atau keluarga (mis., Jumlah, jenis, persiapan, atau penggambaran kombinasi makanan yang dapat diterima, misalnya diet vegetarian atau halal)? Apakah keluarga klien atau klien menjauh dari makanan tertentu secara berkala, pada tanggal tertentu yang ditentukan oleh kalender keagamaan, atau pada waktu lain?
 - i. Apakah ada larangan atau resep makanan lain? Jika agama klien atau klien mengamanatkan atau mendorong puasa, istilah apa artinya puasa (misalnya menahan diri dari jenis makanan tertentu, hanya makan pada waktu tertentu dalam sehari, melewatkan makanan tertentu)? Untuk jangka waktu berapa anggota keluarga diharapkan berpuasa? Adakah berpuasa untuk berpuasa (misalnya, apakah wanita hamil atau anak-anak dikecualikan dari puasa)?
 - j. Apakah peralatan khusus digunakan (mis., Sumpit, peralatan masak, batasan halal)?

- k. Apakah keluarga klien menggunakan rumah dan obat-obatan untuk mengobati penyakit (mis., pengobatan herbal, akupuntur, bekam, atau ritual penyembuhan lainnya yang sering melibatkan telur, lemon, lilin)? Obat bebas mana yang digunakan?
11. Agama dan Spiritualitas
- a. Bagaimana hubungan klien atau keluarga mempengaruhi kesehatan dan penyakit (misalnya kejadian hidup seperti kematian, penyakit kronis, perubahan citra tubuh, penyebab dan akibat penyakit)?
 - b. Apa peran keyakinan dan praktik keagamaan selama kesehatan dan penyakit? Apakah ada ritual atau berkat istimewa bagi mereka yang menderita penyakit serius atau parah?
 - c. Apakah ada ritual atau praktik penyembuhan yang diyakini klien dan keluarga dapat dilakukan meningkatkan kesejahteraan atau mempercepat pemulihan penyakit? Jika ya, siapa yang melakukan ini? Bahan atau pengaturan apa yang diperlukan agar perawat tersedia untuk praktik ritual ini?
 - d. Apa peran perwakilan keagamaan yang signifikan selama kesehatan dan penyakit? Apakah ada penyembuh agama yang diakui (misalnya, Iman Islam, praktisi atau perawat ilmuwan
 - e. Kristen, imam Katolik, penatua Mormon, biksu Buddha)?
12. Orientasi nilai
- a. Sikap, nilai, dan keyakinan klien tentang status kesehatan dan status penyakitnya? Apakah anggota keluarga memiliki nilai dan kepercayaan yang sama?
 - b. Bagaimana pengaruh perilaku ini dalam hal promosi kesehatan dan pengobatan penyakit? Apa sikap, nilai, dan keyakinan klien atau keluarga tentang penyedia layanan kesehatan?
 - c. apakah budaya memengaruhi cara klien berhubungan dengan perubahan citra tubuh akibat penyakit atau pemanfaatan (misalnya, pentingnya penampilan, kecantikan, kekuatan, dan peran dalam

kelompok budaya)? Adakah stigma budaya yang terkait dengan penyakit klien (yaitu, bagaimana penyakit atau cara dia dikontrak dilihat oleh keluarga dan budaya yang lebih besar)?

- d. Bagaimana klien dan keluarganya melihat pekerjaan, liburan, dan pendidikan?
- e. Bagaimana klien merasa dan tersinggung terhadap perubahan?
- f. Bagaimana klien dan keluarganya melihat perubahan gaya hidup terkait ruang kerjagan penyakit atau dimanfaatkan saat ini?
- g. Bagaimana klien dan keluarganya melihat perawatan biomedis atau perawatan kesehatan ilmiah (mis., Curiga, takut, terima kasih, tanpa pertanyaan, dengan rasa takjub)?
- h. Bagaimana klien menilai privasi, kesopanan, sentuhan, dan hubungan dengan orang lain?
- i. Bagaimana klien berhubungan dengan orang-orang di luar kelompok budayanya (mis., Penarikan, keberatan, rasa ingin tahu, menyelesaikan)?

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, and Alzate, 2022. Applications of giger and davidhizar's transcultural nursing Theory in Indonesia *Jurnal Kesehatan Budi Luhur*, Vol. 15, No. 2, Juli
- Giger Joyce and Haddad L.G 2021. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention* 8th Edition, Penerbit Elsevier/Mosby
- Joyceen S. Boyle dan Margaret M. Andrews. 2020. *Pengkajian Aspek Kultural Alat Penilaian Budaya*

BIODATA PENULIS



Lorrien Grace Runtu, SPd. S.Sit, MPH
LAHIR Sonder, 5 April 1968

Pendidikan:

SDNI Sonder tahun 1981

SMP Krister Sonder tahun 1984

SPK Manado tahun 1987

AKPER Pajajaran tahun 1994

S.1 Pendidikan di IKIP Negeri

Manado tahun 1997

D.IV Keperawatan Komunitas

di Universitas Hasanuddin tahun 2001

S.2 Perilaku dan Promosi kesehatan
tahun 2012

Pekerjaan :

Pengajar di SPK Manado tahun 1995-2004

Pengajar di Jurusan keperawatan
Manado sejak tahun 2004

Pengajar di Prodi Promosi Kesehatan
sejak tahun 2019

BAB 8

Konsep Holistik Dalam Transcultural Nursing

Ns. Gita Adelia, M.Kep

A. Komponen Kompetensi Budaya

Menurut Beer, & Chipps (2014) Kompetensi budaya mengacu pada pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki perawat untuk merawat pasien yang berasal dari latar belakang budaya yang berbeda dengan latar belakang budaya perawat. dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 8.1 Komponen asuhan keperawatan yang kompeten secara budaya

Konstruksi Budaya	Definisi
Cultural desire	Perawat harus termotivasi untuk terlibat dalam proses menjadi kompeten secara budaya
Cultural awerness	Perawat menjadi peka terhadap nilai, keyakinan, gaya hidup dan praktik pasien dan mengidentifikasi nilai, bias, dan prasangkanya sendiri
Cultural knowledge	Perawat mencari informasi tentang budaya lain dan pandangan dunia yang berbeda, dan bagaimana pandangan ini berdampak pada kesehatan pasien
Cultural skill	Perawat mengumpulkan data budaya yang relevan terkait masalah yang dialami pasien dan secara akurat dengan melakukan pengkajian fisik berbasis budaya
Cultural encounter	Perawat terlibat dalam pertemuan tatap muka dengan pasien dari beragam budaya. Berinteraksi secara langsung dengan klien dari berbagai kelompok budaya akan memperbaiki atau memodifikasi keyakinan perawat tentang budaya kelompok budaya dan akan mencegah kemungkinan terjadinya stereotip

B. Pengembangan Pola dan Perilaku Budaya

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap perkembangan pola dan perilaku budaya adalah geografi dan migrasi, peran gender, orientasi nilai dan kepercayaan budaya, serta perkembangan teknologi Dossey & Keegan (2013), dijelaskan sebagai berikut:

1. Geografi dan Migrasi

Kelompok-kelompok sosial berkembang melalui interaksi dengan iklim, ketersediaan makanan dan sumber daya. Ketersediaan pola makan mencerminkan jenis makanan yang tersedia di wilayah tertentu. Sebagai contoh, ikan merupakan bagian besar dari makanan tradisional masyarakat Norwegia dan Filipina, sedangkan produk susu dan daging dominan dalam pola makanan di Finlandia dan Jerman.

Organisasi sosial sejalan dengan pola-pola geografis ini. Sebagai contoh, struktur sosial sebuah desa nelayan berbeda dengan desa nomaden yang berburu makanan, dan dari budaya agraris yang menetap. Urbanisasi dan industrialisasi juga penting bagi cara masyarakat berorganisasi dan peran-peran sosial berkembang. Peran sosial menjadi terpola dan sering kali dilembagakan ke dalam struktur hirarkis yang mencerminkan kekuatan sosial, ekonomi, dan politik. Struktur dan peran sosial ini sangat mengubah kehidupan sehari-hari masyarakat dan ekonomi dalam menafkahi keluarga.

Iklim, kondisi lingkungan, serta faktor politik dan ekonomi sangat penting dalam pola migrasi. Perubahan iklim, kelaparan, pergolakan politik, dan kelebihan populasi semuanya bertanggung jawab atas terjadinya migrasi. Pola-pola budaya berubah melalui berbagi ide, kepercayaan, dan praktik-praktik yang mengikuti perdagangan atau migrasi. Para imigran membawa budaya, nilai, dan kepercayaan dengan mereka. Seiring Seiring dengan adaptasi mereka terhadap budaya tuan rumah yang baru, mereka mengekspos budaya tuan rumah ke budaya yang berbeda

keyakinan dan praktik budaya yang berbeda. Kedua budaya mengasimilasi aspek-aspek dari budaya lain.

Akulturası adalah proses penting dalam adaptasi, asimilasi, atau akomodasi kelompok imigran terhadap budaya baru. Hal ini terkadang disebut sebagai hibridisasi. Hal ini karena dalam proses beradaptasi dengan budaya baru, para imigran mengintegrasikan budaya baru ke dalam kepercayaan dan gaya hidup mereka namun tetap mempertahankan konsistensi warisan, mempertahankan kebanggaan dan berpegang teguh pada budaya orang tua.

2. Peran Gender

Semua budaya mengembangkan peran yang disetujui secara sosial untuk masing-masing jenis kelamin. Peran wanita telah berkembang dari fokus melahirkan dan membesarkan anak menjadi partisipasi di tempat kerja dan pasar. Kaum feminis telah mempromosikan praktik-praktik budaya dan organisasi yang mendukung nilai-nilai yang lebih feminin seperti kerja sama tim, fokus pada proses sosial, bekerja selaras dengan alam, etika berbasis hubungan, dan hubungan sosial.

Wanita juga telah memainkan peran penting dalam seni penyembuhan. Secara historis dan lintas budaya, wanita telah menemukan dan melestarikan informasi tentang ramuan dan tanaman obat. Dengan terbentuknya profesi medis, peran perempuan bahkan dalam kebidanan-peran tradisional bagi perempuan-dikurangi berkurang, dan dokter mengambil alih praktik tersebut dan memindahkan persalinan ke rumah sakit. Perempuan yang bekerja dalam profesi medis sering kali berada di peran non-dokter atau posisi dengan kekuasaan dan status sosial yang lebih rendah dan status sosial yang lebih rendah, seperti perawat, pekerja sosial, pekerja sosial, dan terapis fisik. Namun, perempuan memiliki kehadiran yang kuat di antara para penyembuh komplementer dan pengguna terapi komplementer

3. Orientasi Nilai Dasar dan Keyakinan

Semua budaya memiliki orientasi nilai tertentu yang menjadi inti dari pola perilaku budaya mereka. Nilai-nilai ini dapat bersifat implisit dan eksplisit. Nilai-nilai ini mempengaruhi persepsi seseorang terhadap orang lain, mengarahkan tanggapan orang tersebut terhadap orang lain, dan mencerminkan identitasnya. Nilai-nilai ini merupakan dasar untuk memahami diri sendiri dan hubungan sosial, struktur politik dan ekonomi, serta perilaku langsung dan termotivasi. Nilai-nilai ini umumnya cukup stabil dan tidak berubah dengan cepat. Dalam sebuah karya klasik tentang orientasi budaya, Kluckhohn mengidentifikasi lima kategori yang digunakan budaya untuk mengatasi masalah universal tentang sifat dasar manusia

4. Teknologi dan Budaya

Perkembangan teknologi memengaruhi nilai-nilai, agama, politik, serta seni dan ilmu pengetahuan. Teknologi medis khususnya telah mengalami kemajuan dalam pengembangan instrumen-instrumen rumit yang memungkinkan prosedur yang lebih kompleks, seperti pencitraan berbasis komputer, bedah mikro, pemetaan gen, terapi yang ditargetkan, dan farmakogenomik. Perkembangan teknologi ini menimbulkan pertanyaan etis dan budaya baru yang berkaitan dengan dampak teknologi ini terhadap manusia dan sosial. Sering kali penggunaan teknologi ini menantang nilai-nilai budaya yang ada. Begitu teknologi ini tersedia untuk digunakan, teknologi ini sering kali menjadi bahan bakar perdebatan etis yang terkait dengan isu-isu seperti alokasi sumber daya, transplantasi jaringan janin dan hak untuk hidup, serta pengujian genetik dan pengujian genetik dan hak atas privasi.

Teknologi juga memiliki pengaruh yang kuat terhadap budaya melalui penggunaannya dalam komunikasi, yang tidak hanya memengaruhi cara penyampaian informasi, tetapi juga jenis pengetahuan yang dinilai. Secara tradisional, pengetahuan diwariskan secara lisan melalui cerita,

perumpamaan, dan puisi. Pengetahuan yang penting (yaitu kearifan budaya yang terkait dengan tradisi lisan) dipertahankan melalui ingatan, sering kali dibantu oleh irama dan rima. Banyak budaya saat ini berakar pada tradisi lisan

Budaya elektronik saat ini, yang bergantung pada telepon, radio, televisi, dan komputer untuk menyampaikan informasi, memiliki dampak yang sangat besar pada kepercayaan, nilai, dan perilaku

masyarakat kontemporer. Sehubungan dengan perawatan kesehatan, klien memiliki akses ke sejumlah besar informasi terkait kesehatan dari berbagai sumber. Hal ini telah menghadirkan tantangan baru bagi penyedia layanan kesehatan untuk membantu klien menafsirkan informasi dan membuat pilihan yang tepat

C. Pengkajian Mandiri

Proses pengkajian mandiri terhadap kompetensi budaya dalam pemberian layanan asuhan keperawatan dijelaskan sebagai berikut:

1. Cultural desire
 - a. Saya memiliki semangat untuk merawat klien dari budaya / etnis beragam kelompok.
 - b. Saya selalu ingin berbaur dengan kebudayaan lain
 - c. Saya memiliki komitmen pribadi untuk merawat klien dari kelompok etnis / budaya
2. Cultural awerness
 - a. Saya mengenali bahwa di indonesia ini mempunyai banyak etnik/budaya yang beragam
 - b. Saya percaya bahwa ada lebih banyak perbedaan dalam kelompok-kelompok budaya dari seluruh kelompok budaya.
 - c. Saya percaya bahwa kebudayaan itu sebaik kebudayaan lain
 - d. Saya percaya bahwa “cultural competence” itu merupakan suatu proses berkelanjutan

3. Cultural knowledge
 - a. Saya mencari ilmu, konsultasi, dan / atau pengalaman pelatihan untuk meningkatkan pemahaman saya dan efektivitas dengan klien yang beragam budaya dan etnis.
 - b. Saya bersedia untuk belajar dari orang lain sebagai informan budaya.
 - c. Saya menyadari setidaknya 2 hambatan institusional yang mencegah kelompok budaya / etnis dari mencari layanan kesehatan.
 - d. Saya percaya ada hubungan antara budaya dan Kesehatan
 - e. Saya sadar tentang variasi biologis antara kelompok-kelompok etnis yang berbeda
4. Cultural skill
 - a. Saya melakukan diskusi dengan teman yang berbeda etnis/budaya sehingga memahami bagaimana pengaplikasiannya terhadap klien dengan budaya yang sama dengan teman saya
 - b. Saya menyadari ada keterbatasan budaya dalam alat penilaian yang ada yang digunakan dengan kelompok etnis.
 - c. Saya merasa nyaman mengajukan pertanyaan yang berhubungan dengan latar belakang budaya klien / ras / etnis
 - d. Saya mengenali batas-batas kewenangan saya ketika berinteraksi dengan budaya / etnis klien yang beragam
5. Cultural encounter
 - a. Saya sadar beberapa sikap stereotip, praduga dan perasaan yang saya miliki terhadap anggota lainnya etnis / budaya kelompok
 - b. Saya memiliki pengetahuan tentang pandangan umum, keyakinan, praktek dan / atau cara hidup setidaknya dua kelompok budaya

D. Pengkajian Keperawatan Budaya

1. Komunikasi

Terdapat variasi budaya dalam mengekspresikan perasaan, penggunaan sentuhan, kontak tubuh, gerak tubuh, dan komunikasi verbal dan nonverbal. Bahasa membentuk pengalaman dan memengaruhi persepsi dan tindakan. Kehangatan dan humor adalah dua faktor komunikasi yang ditafsirkan secara berbeda melalui berbagai budaya

2. Ruang Pribadi

Yaitu area yang mengelilingi tubuh seseorang. Budaya berbeda-beda dalam hal tingkat kedekatan dengan orang lain yang dapat diterima. Sebagai contoh, budaya Barat memiliki tiga zona: zona intim (kurang dari 46 cm), zona pribadi (46 cm hingga 92 cm), dan zona sosial (92 cm hingga 183 cm). Latar belakang budaya juga mempengaruhi aspek-aspek objek di dalam ruang, seperti keteraturan, kebersihan, dan batas-batas struktural furniture dan arsitek

3. Waktu

Setiap Budaya memiliki variasi berbeda dalam orientasi terhadap waktu, baik waktu sosial maupun waktu jam. Waktu sosial mengacu pada pola dan orientasi yang terkait dengan tatanan kehidupan sosial, sedangkan waktu jam mewakili pendekatan objektif dan teratur dalam melihat waktu secara linier yang menyiratkan hubungan antara suatu kejadian. Beberapa budaya berorientasi pada pendekatan siklik yang mengaitkan waktu dengan peristiwa alam yang berulang, seperti musim atau pola migrasi. Sebagai contoh, dalam pemikiran mistik, sihir atau ritual dapat meniadakan tatanan hubungan waktu dan membalikkan kejadian buruk. Semua budaya mengandung tiga orientasi yaitu masa depan, masa kini, dan masa lalu, dengan salah satu yang dominan.

4. Organisasi sosial

Organisasi sosial adalah Keluarga, kelompok agama, kelompok kekerabatan, kelompok tempat kerja, dan kelompok minat khusus. Keluarga memiliki struktur,

dinamika, peran, dan pola organisasi. Struktur kekerabatan dan lokasi geografis relatif anggota keluarga memiliki implikasi budaya. Organisasi keagamaan tidak hanya menyediakan hubungan sosial, tetapi juga konteks untuk memahami hubungan seseorang dengan dunia, kosmos, dan makna dalam kehidupan.

5. Pengendalian lingkungan

Budaya yang berbeda memiliki persepsi yang berbeda tentang kemampuan seseorang untuk mengendalikan alam, lingkungan, dan hubungan pribadi. Lokus kendali dapat bersifat eksternal (yaitu, suatu peristiwa yang bergantung pada keberuntungan atau nasib), internal (yaitu, suatu peristiwa yang bergantung pada perilaku atau karakteristik seseorang), atau di luar (yaitu, suatu peristiwa yang bergantung pada perilaku atau karakteristik seseorang), atau di luar (yaitu, suatu peristiwa yang selaras dengan alam, seperti dalam beberapa budaya Asia). Dalam pengobatan tradisional pengobatan tradisional, misalnya, peristiwa dianggap sebagai alami dan tidak alami. Peristiwa-peristiwa alamiah memiliki berkaitan dengan dunia seperti yang dikehendaki Tuhan dan hukum alam. Peristiwa yang tidak alami mengganggu keharmonisan alam dan berada di luar dunia alam

6. Variasi biologis

Dalam budaya yang majemuk, penting untuk membedakan antara faktor-faktor yang benar-benar bersifat biologis (misalnya, genetik) dan faktor-faktor yang merupakan adaptasi etnis yang terkait dengan kehidupan di lingkungan tertentu (misalnya, ketersediaan jenis makanan tertentu) atau dalam kondisi sosial tertentu (misalnya, status sosio-ekonomi, gaya hidup). Faktor biologis yang perlu dipertimbangkan adalah ukuran dan struktur tubuh, termasuk variasi gigi, fitur wajah, dan warna kulit; variasi dalam metabolisme dan produksi enzim yang menghasilkan reaksi obat, interaksi, dan kepekaan; dan kerentanan terhadap penyakit (mis, hipertensi, diabetes, anemia sel sabit). Masalah nutrisi,

termasuk preferensi makanan, kebiasaan, dan pola makan, serta kekurangan seperti intoleransi laktosa, semuanya memiliki implikasi medis implikasi medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Beer, J.D., & Chipps, J (2014). A Survey Of Cultural Competence Of Critical Care Nurses In KwaZulu-Natal. Vol. 30 No. 2. DOI: 10.7196/SAJCC.188
- Castner, J., & Foli, K.F. (2022) Racial Identity and Transcultural Adoption. *Online J Issues Nurs.* (1): 5.
- Dossey, B.M., & Keegan, L. (2013). *Holistic Nursing: A Handbook For Practice.* 6th edition. Jones & Bartlett Learning
- Larsen, R., Mangrio, R., & Persson, K (2020) Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing.* Volume 32, Issue 4. Pages 310-317
<https://doi.org/10.1177/1043659620920693>
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). *Cultural competence in nursing: A concept analysis.* *International Journal of Nursing Studies*, 103386. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103386

BIODATA PENULIS



Ns. Gita Adelia, M.Kep lahir di Tempuling, pada tanggal 10 Desember 1988. Tercatat sebagai Dosen di Program Studi S1 Keperawatan STIKes Payung Negeri Pekanbaru dari tahun 2011 s.d 2023. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Riau pada Tahun 2011 dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan Universitas Sumatera Utara Tahun 2019. Riwayat organisasi sebagai anggota Komisariat DPK PPNI STIKes Payung Negeri Tahun 2012 sampai sekarang.

BAB 9

Kompetensi Budaya Dalam Pengambilan Keputusan Etis

Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd.,SST.,MPHM

A. Kompetensi Budaya

Kompetensi dapat diartikan sebagai perilaku-perilaku yang ditunjukkan mereka yang memiliki kinerja yang sempurna, lebih konsisten dan efektif, dibandingkan dengan mereka yang memiliki kinerja rata-rata. Kompetensi adalah apa yang orang bawa pada suatu pekerjaan dalam bentuk tipe dan tingkat-tingkat perilaku yang berbeda-beda. kompetensi adalah pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan yang dimiliki seseorang dan diterapkan dalam melaksanakan tugas dan pekerjaan ditempat kerja. Kompetensi merujuk kepada karakteristik yang mendasari perilaku yang menggambarkan motif, karakteristik pribadi, konsep diri, nilai-nilai, pengetahuan atau keahlian yang dibawa seseorang yang berkinerja unggul di tempat kerja (Falilah & Wahyono, 2019).

Kompetensi menunjukkan keterampilan dan pengetahuan yang dicirikan oleh profesionalisme dalam suatu bidang tertentu sebagai sesuatu yang terpenting atau sebagai unggulan bidang tersebut. Kompetensi juga menunjukkan karakteristik pengetahuan dan ketrampilan yang dimiliki atau dibutuhkan oleh setiap individu yang memungkinkan mereka untuk melakukan tugas dan tanggung jawab mereka secara efektif dan meningkatkan standard kualitas professional dalam pekerjaan mereka (Purwanto;, Asbari; and Santoso, 2019).

Aspek- aspek yang terkandung dalam konsep kompetensi (Sumardi Hr and Surlanti, 2019), sebagai berikut:

1. Pengetahuan (*knowledge*) yaitu itu kesadaran dalam bidang kognitif.
2. Pemahaman (*understanding*) yaitu kedalaman kognitif dan afektif yang dimiliki oleh individu.
3. Kemampuan (*skill*) adalah sesuatu yang dimiliki oleh individu untuk melaksanakan tugas atau pekerjaan yang dibebankan kepadanya.
4. Nilai (*value*) yaitu suatu standar perilaku yang telah diyakini dan secara psikologis telah menyatu dalam diri seseorang.
5. Sikap (*attitude*) yaitu perasaan (senang tidak senang, suka tidak suka) atau reaksi terhadap suatu rangsangan yang datang dari luar.
6. Minat (*interest*) yaitu kecenderungan seseorang untuk melakukan suatu perbuatan.

Menurut Wibowo (2017 dalam Rilistina, 2021) menyatakan bahwa kompetensi bukan merupakan kemampuan yang tidak dipengaruhi. Beberapa faktor yang mempengaruhi kompetensi seseorang sebagai berikut:

1. Keyakinan dan nilai-nilai keyakinan orang tentang dirinya maupun terhadap orang lain akan sangat mempengaruhi perilaku. Untuk itu setiap orang harus berpikir positif tentang dirinya maupun terhadap orang lain dan menunjukkan ciri orang berpikir ke depan.
2. Keterampilan memainkan peran di kebanyakan kompetensi berbicara didepan umum merupakan keterampilan yang dapat dipelajari, diperhatikan dan diperbaiki. Dengan memperbaiki keterampilan berbicara didepan umum dan menulis, individual akan meningkat kecakapannya dalam kompetensi tentang perhatian terhadap kompetensi yang secara spesifik dengan kompetensi dapat berdampak baik pada budaya organisasi dan kompetensi individual.
3. Pengalaman merupakan elemen kompetensi yang perlu, tetapi untuk menjadi ahli tidak cukup dengan pengalaman.

Aspek lain kompetensi yang dapat berubah dengan perjalanan waktu dan perubahan lingkungan.

4. Kepribadian dapat mempengaruhi keahlian manajer dan pekerja dalam sejumlah kompetensi, termasuk dalam penyelesaian konflik, menunjukkan kepedulian interpersonal, kemampuan bekerja dalam tim, memberikan pengaruh dan membangun hubungan. Orang yang cepat marah mungkin sulit untuk menjadi kuat dalam penyelesaian konflik dari pada mereka yang mudah mengelola walaupun dapat berubah, kepribadian tidak cenderung berubah dengan mudah. Tidaklah bijaksana untuk mengharapkan orang memperbaiki kompetensinya dengan mengubahnya.
5. Kompetensi tergantung pada pemikiran kognitif seperti pemikiran konseptual dan pemikiran analitis. Tidak mungkin memperbaiki melalui seperti intervensi yang diwujudkan suatu organisasi. Sudah tentu faktor seperti pengalaman dapat meningkatkan kecakapan dalam kompetensi ini

Budaya organisasional adalah persamaan persepsi yang dipegang oleh anggota organisasi dalam memberi arti (shared meaning) dari suatu nilai yang ada. Budaya organisasional ini akan membentuk norma-norma dan menjadi pedoman perilaku yang menentukan sikap perilaku anggotanya dan dapat diterima oleh anggota lainnya karena norma-norma itu baik dan benar mulai dari top manajemen sampai pada karyawan operasional (Nurrahmi, Hairudinor and Utomo, 2020).

Budaya organisasi merupakan pola keyakinan dan nilai-nilai yang dipahami dan dijiwai oleh anggota organisasi sehingga pola tersebut memberikan makna tersendiri bagi organisasi yang bersangkutan dan menjadi dasar aturan berperilaku dalam organisasi atau perusahaan. Budaya organisasi merupakan hasil dari suatu proses mencairkan dan meleburkan gaya budaya dan atau perilaku

tiap individu yang dibawa sebelumnya ke dalam sebuah norma-norma dan filosofi yang baru, yang memiliki energi serta kebanggaan kelompok dalam menghadapi sesuatu dan tujuan tertentu (Ariani and Harum, 2021). Budaya organisasi memiliki sejumlah karakteristik penting sebagai indikator budaya organisasi, antara lain sebagai berikut (Astutik, 2016)

:

1. Toleransi Terhadap Tindakan Beresiko yaitu suatu budaya organisasi dikatakan baik apabila dapat memberikan toleransi kepada anggota atau para pegawai agar dapat bertindak agresif dan inovatif untuk memajukan organisasi atau perusahaan serta berani mengambil resiko terhadap apa yang dilakukannya.
2. Pengarahan yaitu sejauh mana organisasi dapat menciptakan dengan jelas sasaran dan harapan yang diinginkan, sehingga para pegawai dapat memahaminya dan segala kegiatan yang dilakukan para pegawai mengarah pada pencapaian tujuan organisasi. Sasaran dan harapan tersebut jelas tercantum dalam visi, misi, dan tujuan organisasi.
3. Integrasi yaitu sejauh mana organisasi atau perusahaan dapat mendorong unit-unit organisasi untuk bekerja dengan cara yang terkoordinasi.
4. Dukungan Manajemen yaitu sejauh mana para manajer dapat memberikan komunikasi atau arahan, bantuan serta dukungan yang jelas terhadap bawahan. Dukungan tersebut dapat berupa adanya upaya pengembangan kemampuan para pegawai seperti mengadakan pelatihan.
5. Kontrol yaitu adanya pengawasan yang dilakukan dalam organisasi terhadap perilaku para pegawai dalam pelaksanaan tugasnya dengan menggunakan peraturan-peraturan yang telah ditetapkan demi kelancaran organisasi.
6. Identitas yaitu sejauh mana para anggota suatu organisasi dapat mengidentifikasi dirinya sebagai suatu kesatuan

dalam organisasi dan bukan sebagai kelompok kerja tertentu atau keahlian profesional tertentu.

7. Sistem Imbalan yaitu sejauh mana alokasi imbalan (kenaikan gaji, promosi dan sebagainya) didasarkan atas prestasi kerja pegawai, bukan didasarkan atas senioritas, sikap pilih kasih dan sebagainya.
8. Toleransi terhadap Konflik yaitu sejauh mana para pegawai di dorong untuk mengemukakan konflik atau kritik secara terbuka. Perbedaan pendapat merupakan fenomena yang sering terjadi dalam suatu organisasi. Namun, perbedaan pendapat dan kritik tersebut bisa digunakan untuk melakukan perbaikan atau perubahan strategi untuk mencapai tujuan organisasi.
9. Pola Komunikasi yaitu sejauh mana komunikasi dibatasi oleh hierarki kewenangan yang formal. Kadang-kadang hierarki kewenangan dapat menghambat terjadinya pola komunikasi antara atasan dan bawahan atau antar pegawai itu sendiri.

Menurut (Robbin & Judge, 2015 dalam Rilistina, 2021) fungsi budaya organisasi adalah pertama, budaya mempunyai peran menetapkan tapal batas; artinya budaya menciptakan pembeda yang jelas antara satu organisasi dan yang lain. Kedua, budaya memberikan rasa identitas ke anggota-anggota organisasi. Ketiga, budaya mempermudah timbulnya komitmen pada suatu yang lebih luas daripada kepentingan diri pribadi seseorang. Keempat, budaya itu meningkatkan kemantapan system social. Budaya merupakan perekat sosial yang membantu mempersatukan organisasi itu dengan memberikan standar-standar yang tepat mengenai apa yang harus dikatakan dan dilakukan oleh para karyawan. Akhirnya, budaya berfungsi sebagai mekanisme pembuat makna dan mekanisme pengendali yang memadu dan membentuk sikap serta perilaku para karyawan.

Sedangkan (Gibson, 2016 dalam Rilistina, 2021) mengemukakan indikator budaya organisasi yaitu: (1)

Keyakinan bersama, (2) Nilai - nilai organisasi, (3) Aturan berperilaku dan (4) Mempertahankan dan menjaga stabilitas kerja.

B. Keputusan Etis

Keputusan etis (*ethical decision*) adalah sebuah keputusan yang baik secara moral maupun legal dapat diterima oleh masyarakat luas. Ada tiga unsur utama dalam pembuatan keputusan etis, yaitu :

1. *Moral issue*, menyatakan seberapa jauh ketika seseorang melakukan tindakan, jika dia secara bebas melakukan itu, maka akan mengakibatkan kerugian (*harm*) atau keuntungan (*benefit*) bagi orang lain.
2. *Moral agent*, yaitu seseorang yang membuat keputusan moral (*moral decision*)
3. *Ethical decision* itu sendiri, yaitu sebuah keputusan yang secara legal dan moral dapat diterima oleh masyarakat luas.

Sikap seseorang terhadap setiap tindakan, bersama dengan norma subyektifnya terhadap tindakan tersebut, akan mempengaruhi pertimbangan individual atas setiap pilihan tindakan. Pada tindakan-tindakan tertentu, seseorang akan memilih solusi terbaik atas setiap masalah yang muncul. Dalam teori ini, sikap (*attitude*) adalah hasil dari keyakinan dan nilai atas suatu tindakan, sedangkan norma subyektif (*subjective norms*) merupakan keyakinan seseorang terhadap tindakan-tindakan yang mungkin diambil oleh orang lain. Tindakan tersebut terbentuk setidaknya memenuhi kedua kriteria, baik *attitude* maupun *subjective norms*. Oleh karena itu, setiap pertimbangan pengambilan keputusan dipengaruhi oleh sikap individual dan norma subyektif yang dimilikinya (Noviari and Suaryana, 2018).

C. Kompetensi Budaya Dalam Pengambilan Keputusan Etis

Hunt and Vitell (1986) menyatakan bahwa budaya etis organisasi memiliki pengaruh yang sangat kuat dalam

membentuk perilaku dan pertimbangan etis semua orang yang ada dalam perusahaan tersebut.

Menurut Terry yang dikutip oleh (Dewi dkk., 2018), definisi pengambilan keputusan adalah pemilihan alternatif perilaku dari dua alternatif atau lebih. Salusu (2013 dalam Dewi dkk., 2018) hal yang membedakan pengambilan keputusan etis dengan jenis pengambilan keputusan yang lain yaitu terletak pada apa yang disebut sebagai prinsip-prinsip etis. Pertama, pada alasan yang digunakan dalam menghasilkan suatu keputusan. Kedua, pada fakta bahwa pengambil keputusan menerima prinsip yang dipersoalkan itu sebagai bagian dari pandangan moralnya yaitu tentang baik dan buruknya. Pengambilan keputusan etis yaitu proses pemilihan suatu cara dari beberapa alternatif dan keputusan yang dihasilkan tidak melanggar norma hukum dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral (Dewi dkk., 2018).

Pengambilan keputusan etis, yaitu keputusan yang berkaitan dengan nilai etis (moral), dilakukan melalui empat tahapan: sensitivitas etis, penalaran etis, motivasi etis, dan implementasi etis (Rest, 1986 dalam Wisesa, 2011)). Di dalam model yang disebutnya sebagai Model Empat Komponen (*Four Component Model*), Rest menggambarkan bagaimana proses internal pengambilan keputusan etis melatarbelakangi Tindakan seseorang.

Tahapan pertama, sensitivitas moral, mengandaikan kebutuhan akan kesadaran moral atau kemampuan mengidentifikasi isu-isu moral. Di dalamnya terjadi proses interpretasi di mana seorang individu mengenali bahwa suatu masalah moral ada di dalam situasi yang dihadapi atau bahwa suatu prinsip moral menjadi relevan di dalamnya. Tahap ini dinilai kritis karena kemampuan mengidentifikasi signifikansi moral dari suatu isu berperan besar dalam mengawali sebuah proses pengambilan keputusan etis dan juga perilaku etis.

Hasil identifikasi isu-isu moral menghasilkan suatu gambaran dilema moral beserta alternatif tindakan yang dapat dilakukan. Pengambilan keputusan tindakan mana yang

sebaiknya diambil bukanlah sebuah proses pemilihan secara acak. Pemutusan harus berdasarkan penalaran yang tepat yang memperhatikan prinsip-prinsip moral yang relevan di dalam proses penalaran etis. Alternatif tindakan yang telah diambil pun membutuhkan ketetapan hati maupun dorongan untuk melakukannya. Itulah yang disebut motivasi etis yang kemudian diikuti oleh implementasi etis di mana alternatif tindakan yang dipilih dilakukan secara nyata.

Integritas terjadi ketika implementasi tindakan yang dilakukan konsisten dengan prinsip moral yang digunakan sebagai pegangan dalam membuat keputusan di tahap penalaran etis yang di dalamnya kesadaran moral berperan secara dominan. Itu sebabnya konsistensi terhadap prinsip moral disebut sebagai integritas moral. Kohlberg (1995 dalam Wisesa, 2011)) menekankan pentingnya perhatian kepada kesadaran moral ini untuk memahami bagaimana keputusan etis diambil dan juga alasan etis mengapa seseorang mengambil keputusan tertentu (Rest, 1986; Trevino, 1992 dalam Wisesa, 2011)). Satu hal yang mendasar dari konsep ini adalah bahwa kesadaran moral tidak ditentukan oleh perasaan, melainkan oleh kemampuan intelektual, yaitu kemampuan untuk memahami dan mengerti sesuatu secara rasional (Magnis-Suseno, 2000 dalam Wisesa, 2011).

Dalam menjelaskan teori ini, Kohlberg tidak berbicara tentang prinsip moral tertentu, tidak bicara tentang apa yang benar dan tidak secara moral, melainkan meneliti kompetensi untuk memberikan penalaran etis. Ia tidak mengatakan apakah tindakan seorang nenek mencuri susu demi cucunya yang kelaparan, misalnya, adalah etis atau tidak etis, melainkan apakah tindakan mencuri susu itu disetujui ataupun tidak disetujui dibenarkan secara memadai (Arbuthnot & Faust, 1980 dalam (Wisesa, 2011).

Di dalam tipologi yang dikembangkan oleh Kohlberg, ada tiga tingkat dasar penalaran berbeda terhadap isu moral, yang masing-masing dinamai tingkat pre-conventional, conventional, dan postconventional. Tiap tingkatan tersebut

masing-masing memiliki dua tahap yang menjadikan seluruhnya ada enam tahap penalaran. Semua tingkat dan tahap ini dapat dipandang sebagai pemikiran moral sendiri, pandangan yang berbeda mengenai dunia sosio-moral (Crain, 1985 dalam Wisesa, 2011).

Pada tingkat pre-conventional, yang meliputi tahap 1 dan 2, seorang individu memahami pengertian benar dan salah berdasarkan konsekuensi yang diterimanya, misalnya hukuman, hadiah, atau pemenuhan kebutuhan pribadi. Secara ringkas, tahap pertama digambarkan sebagai orientasi terhadap kepatuhan dan hukuman. Pada tahap pertama, seseorang mengasosiasikan penilaian baik dan buruk dengan konsekuensi fisik dari suatu tindakan.

Ketika seseorang menerima hukuman atas tindakannya, maka ia akan memahami bahwa tindakannya itu salah. Dibandingkan dengan modus penalaran tahap pertama, tahap kedua merepresentasikan penalaran yang menilai apa yang baik itu dalam rangka pemenuhan kepentingan pribadi seseorang. Orang mulai dapat memahami bahwa orang lain memiliki kebutuhan individualnya sendiri dan bahwa organisasi sosial dibangun atas dasar pertukaran seimbang antara kepentingan satu orang dengan kepentingan orang lain. Baik penalaran pada tahap pertama dan kedua ini bersifat egosentrik.

Pada tingkat konvensional, yaitu tahap 3 dan tahap 4, individu memahami benar atau tidak secara moral sebagai kesesuaian keputusan yang diambil dengan harapan orang lain atas dirinya, baik dalam konteks relasi interpersonal (tahap 3) dan pelaksanaan peran individu di dalam sistem sosial yang lebih luas dan abstrak (tahap 4). Pada tahap ketiga, keputusan yang baik adalah keputusan yang mengakomodasi harapan orang lain, melakukan apa yang "baik" di mata orang lain, apa yang disetujui oleh orang lain, berperilaku sesuai dengan permintaan seseorang, atau bersikap loyal dan dapat dipercaya kepada kelompok dekat.

Perspektif sosial individu pada tahap ini menunjukkan kesadaran akan harapan dan kesepakatan mutual, perasaan atau cara pandang orang lain, dan bahwa kepentingan kelompok sosial lebih besar daripada kepentingan diri sendiri. Pada tahap keempat, apa yang benar adalah melaksanakan kewajiban yang ada di dalam kehidupan bermasyarakat dengan tujuan mempertahankan kelompok sosial sebagai satu kesatuan. Mereka yang ada di tahap keempat ini memahami bahwa tanpa ada standar hukum yang sama, kehidupan manusia akan kacau balau, di mana ia sudah dapat menempatkan dirinya sebagai bagian dari masyarakat yang lebih luas. Hukum dipandang sebagai jaminan atas interaksi interpersonal, kenyamanan, dan hak-hak personal.

Pada tingkat penalaran moral post-conventional, yaitu tahap 5 dan 6, individu bergerak ke pemahaman moral yang lebih dalam lagi dan lebih universal. Pada tahap kelima, seseorang menyadari bahwa ada aturan relatif dan ada hak dan nilai yang non-relatif (absolut). Aturan relatif ada dalam konteks kelompok masyarakat tertentu dan harus dijunjung karena merupakan dasar kontrak sosial. Di sisi lain, hak dan nilai non-relatif, seperti misalnya hak untuk hidup dan hak atas kebebasan, harus dijunjung terlepas dari opini publik atau kehendak mayoritas.

Pada tahap keenam, seseorang mulai beralih ke prinsip moral universal yang diikuti bukan karena disetujui secara komunal di dalam kontrak sosial, tetapi karena berasal dari kesamaan hak asasi manusia dan rasa hormat terhadap kemanusiaan dan martabat individu. Faktor kritis dalam menentukan apa yang secara etis benar adalah prinsip moral yang universal, konsisten, komprehensif, dan logis yang ada di dalam hati nurani yang bukan berdasar pada rasa takut dan rasa bersalah. Hal ini terkait dengan penilaian otonom di mana seseorang harus menentukan apakah suatu tindakan sejalan dengan apa yang dipercaya berlaku secara universal.

Dalam menjelaskan etis tidaknya suatu tindakan, teori perkembangan moral kognitif melihat bahwa tindakan yang

sama yang dilakukan dapat dilatari oleh kesadaran moral yang berbeda. Misalnya perilaku tidak mencontek yang dilakukan oleh mahasiswa dapat disebabkan oleh rasa takut akan konsekuensi nilai nol, teman-teman yang tidak mencontek, kesadaran akan tanggung jawab sebagai mahasiswa, penghargaan hak intelektual, dll (Wisesa, 2009 dalam Wisesa, 2011). Artinya, analisa perilaku individu di dalam pengambilan keputusan etis tidak dapat dilakukan hanya dengan melihat perilaku yang ditunjukkan, tetapi juga prinsip moral yang dipegangnya yang melatarbelakangi perilakunya tersebut. Hal ini juga penting untuk dilakukan untuk menilai integritas moral individu (Wisesa, 2011).

Dalam kerangka proses pengambilan keputusan tersebut, ketika seseorang menghadapi dilema etis, maka pengambilan suatu keputusan akan dipengaruhi oleh faktor individu dan situasional. Faktor individu yang digambarkan pada model Ferrel dan Gresham (1985 dalam Wisesa, 2011)) terdiri dari latar belakang personal yaitu pengetahuan, nilai individu, sikap, dan niat, serta karakteristik sosial seperti pendidikan dan pengalaman bisnis. Faktor diluar faktor individu pada model tersebut yaitu karakteristik organisasi, yang terdiri dari kondisi eksternal organisasi (pelanggan dan perusahaan lain) serta kondisi dalam organisasi (rekan kerja dan atasan). Evaluasi atas keputusan yang diambil (etis/tidak etis) akan kembali lagi dipengaruhi oleh faktor-faktor baik dari individu maupun situasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariani, H.M. and Harum, I. (2021) 'Kepemimpinan, Komitmen dan Budaya Organisasi Mempengaruhi Kinerja Karyawan', *Jurnal GeoEkonomi*, 12(2).
- Astawan, M. (2011) *Pangan Fungsional untuk Kesehatan yang Optimal*. . Bogor: Fakultas Teknologi Pertanian IPB.
- Dewi, A.M. (2022) *Kondisi Industri Pengolahan Makanan dan Minuman di Indonesia*.
- Falilah & Wahyono (2019) 'Pengaruh Budaya Organisasi, Motivasi, dan Kompetensi Terhadap Kinerja Pegawai', *Economic Education Analysis Journal*, 8(3).
- Hunt, S.D. and Vitell, S. (1986) 'A General Theory of Marketing Ethics', *Journal of Macromarketing*, 6(1). Available at: <https://doi.org/10.1177/027614678600600103>.
- Made, N. et al. (2018) 'Faktor Dalam Pengambilan Keputusan Etis Oleh Konsultan Pajak: Individual Dan Situasional', *Jurnal Ilmiah Akuntansi dan Bisnis*, 3(1), pp. 23-35. Available at: <https://doi.org/10.38043/JIAB.V3I1.2096>.
- Mardi Astutik (2016) 'Pengaruh Disiplin Kerja Dan Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Pegawai Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Jombang', *JBMP (Jurnal Bisnis, Manajemen dan Perbankan)*, 2(2).
- Noviari, N. and Suaryana, I.G.N.A. (2018) 'Dampak Budaya Etis Organisasi Dan Sifat Macheavellian Pada Keputusan Etis Konsultan Pajak Di Provinsi Bali', *Akuntabilitas*, 11(2). Available at: <https://doi.org/10.15408/akt.v11i2.8806>.
- Nurrahmi, A., Hairudinor and Utomo, S. (2020) 'Pengaruh Motivasi Kerja, Budaya Organisasi, Dan Gaya Kepemimpinan Transformasional Terhadap Komitmen Organisasi Dan Kinerja Karyawan.', *Jurnal Bisnis dan Pembangunan*, 9(1).
- Pasaribu, T. (2020) 'Peluang Zat Bioaktif Tanaman Sebagai Alternatif Imbuhan Pakan Antibiotik Pada Ayam / The Opportunities of Plants Bioactive Compound as an Alternative of Antibiotic Feed additive on Chicken', *Jurnal*

- Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat Dan Makanan Republik Indonesia (2011) Pengawasan Klaim Dalam Label Dan Iklan Pangan Olahan.
- Purwanto;, A., Asbari;, M. and Santoso, P.B. (2019) 'Pengaruh Kompetensi, Motivasi, Kepemimpinan, Komitmen dan Budaya Kerja Sistem Manajemen Integrasi ISO 9001, ISO 14000 dan ISO 45001 pada Industri Otomotif', *Jurnal Produktivitas*, 6(2).
- Rilistina, S. (2021) 'Determinasi Kompetensi: Budaya Organisasi, Kecerdasan Emosional Dan Organisasi Pembelajaran (Suatu Kajian Studi Literatur Manajemen Sumberdaya Manusia)', *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 2(6). Available at: <https://doi.org/10.31933/jemsi.v2i6.614>.
- Sumardi Hr and Surianti (2019) 'PENGARUH PEMBERDAYAAN, KOMPETENSI, DAN KEPUASAN KERJA TERHADAP KINERJA DOSEN UNIVERSITAS WIRALODRA INDRAMAYU', *Jurnal Investasi*, 5(1). Available at: <https://doi.org/10.31943/investasi.v5i1.20>.
- Susanto, D.A. et al. (2019) 'PENGEMBANGAN STANDAR NASIONAL INDONESIA (SNI) PANGAN FUNGSIONAL UNTUK MENGURANGI RESIKO OBESITAS', *Jurnal Standardisasi*, 21(1), pp. 31-44. Available at: <https://doi.org/10.31153/JS.V21I1.734>.
- Suter, I.K. (2013) Pangan Fungsional dan Prospek Pengembangannya.
- Wisasa, A. (2011) 'Integritas Moral dalam Konteks Pengambilan Keputusan Etis', *Jurnal Manajemen Teknologi*, 10(1)

BIODATA PENULIS



Dr. Grace K.L. Langi, S.Pd.,SST.,MPHM, Lahir di Manado Propinsi Sulawesi Utara, pada tanggal 2 Maret 1969. Menyelesaikan Pendidikan Akademi Gizi Manado Depkes, tahun 1991, lulus Sarjana Pendidikan UNIMA 2000, dan Pendidikan Diploma IV Minat Gizi Masyarakat di UNIBRAW Malang Tahun 2004. Kemudian melanjutkan studi pada Pasca Sarjana Master of Primary Health Care of Managemen AIHD Universitas Mahidol Thailand tahun 2007 dan lulus tahun 2008. Selanjutnya menempuh studi S3 Program Studi Kajian Budaya di Universitas Udayana Bali. Pengalaman kerja sebagai staf gizi di RSUD Liun Kendage Tahuna, Kanwil Depkes RI Prov. Sulut, dan terakhir sebagai dosen di Jurusan Gizi pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado sampai sekarang, serta mengajar pada beberapa mata kuliah antara lain ; Ilmu Gizi, Sosiologi Antropologi Gizi, Manajemen Dasar, Ilmu Budaya Dasar, dll.

BAB 10

Teori Model Dalam Konsep Caring

* Hj. Ernawati, SKp.,M.Kep *

A. Pendahuluan

Teori keperawatan menekankan bahwa keperawatan adalah jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi perawatan dan penerima perawatan untuk memperkuat dan melindungi klien sebagai individu. Bentuk hubungan perawat-klien merupakan salah satu yang harus diperhatikan secara profesional. Ilmu keperawatan merupakan seni, humaniora dan ilmu klinis dan menjadi isu penting dalam profesi keperawatan dan dalam proses penyembuhan (Watson, 2011). Keperawatan diyakini dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien serta memfasilitasi promosi kesehatan (Khademian dan Vizesfar, 2008).

Keperawatan transpersonal dipandang sebagai cita-cita moral keperawatan dan sebagai proses keperawatan. Cita-cita moral mencakup interaksi transpersonal dan interaksi dengan orang. Proses penyembuhan terdiri dari komitmen untuk melindungi, menyembuhkan, dan memulihkan umat manusia dengan memulihkan martabat manusia, keharmonisan jiwa, dan memfasilitasi penyembuhan.

Transkultural Nursing adalah suatu bidang yang berkaitan dengan perbedaan maupun kesamaan nilai- nilai budaya ,ras yang mempengaruhi seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien, menurut Leininger 2002, sangat penting memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam dalam penerapan asuhan keperawatan . Teori traskultural nursing menghargai asuhan baik sehat mau sakit

didasarkan pada nilai budaya manusia, kepercayaan dan tindakan keperawatan yang berlandaskan *caring*.

Hubungan antara asuhan keperawatan dan budaya menurut Leininger adalah bahwa keperawatan dan budaya merupakan dua hal yang saling terikat dan tidak terlepas. Konsep mayor yang mendasari keperawatan transkultural yaitu konsep *care* (asuhan) dan *culture* (kebudayaan). Kebudayaan (*culture*) didefinisikan sebagai pengetahuan tentang nilai, keyakinan, norma dan cara hidup yang dipelajari, dibagi dan dipindahkan, juga sebagai suatu hal yang dipelajari secara turun-temurun (Andrew & Boyle, 2003). Asuhan keperawatan peka budaya adalah asuhan keperawatan yang diberikan dengan mempertimbangkan budaya klien dan memfasilitasi klien untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan sehingga menghasilkan bentuk asuhan yang kreatif dan bermakna yang merupakan bagian dari kualitas pelayanan kesehatan (Leininger, 2001; Tomey & Alligood, 2006).

Asumsi mendasar dari teori transkultural keperawatan adalah perilaku *caring*. Tindakan *caring* adalah tindakan yang dilakukan dalam memberikan dukungan kepada individu secara utuh. Perilaku ini seharusnya sudah tertanam di dalam diri manusia sejak lahir, dalam perkembangan dan pertumbuhan, masa pertahanan sampai individu tersebut meninggal. Kesehatan fisik selalu berkolaborasi dengan kondisi manusia sebagai makhluk psikologis.

B. Konsep Teori *Caring*

Caring diartikan juga sebagai sikap peduli yang memudahkan untuk memperoleh status kesehatan dan pemulihan. *Caring* adalah manifestasi dari perhatian kepada orang lain, berpusat pada orang, menghormati harga diri dan kemanusiaan, dan berkomitmen untuk mencegah terjadinya status yang memburuk, memberikan perhatian, konsentrasi, dan menghormati orang lain. *Caring* dalam keperawatan adalah fenomena transkultural dimana perawat berinteraksi dengan klien, staff, dan kelompok lain. *Caring* bukan semata-mata perilaku tetapi cara yang memiliki makna dan motivasi

tindakan (Aini, 2018).

Watson (1979) yang terkenal dengan *Theory of Human Care*, mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh

Mayehoff memandang *caring* sebagai suatu proses yang berorientasi pada tujuan membantu orang lain bertumbuh dan mengaktualisasikan diri, sifat-sifat *caring* seperti sabar, jujur, rendah hati. Sedangkan Sobel mendefinisikan *caring* sebagai suatu rasa peduli, hormat dan menghargai orang lain. Artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan-kesukaan seseorang dan bagaimana seseorang berpikir, bertindak dan berperasaan. *Caring* sebagai suatu *moral imperative* (bentuk moral) sehingga perawat harus terdiri dari orang-orang yang bermoral baik dan memiliki kepedulian terhadap kesehatan pasien, yang mempertahankan martabat dan menghargai pasien sebagai seorang manusia, bukan malah melakukan tindakan amoral pada saat melakukan tugas pendampingan perawatan. *Caring* juga sebagai suatu *affect* yang digambarkan sebagai suatu emosi, perasaan belas kasih atau empati terhadap pasien yang mendorong perawat untuk memberikan asuhan keperawatan bagi pasien. Dengan demikian perasaan tersebut harus ada dalam diri setiap perawat supaya mereka bisa merawat pasien.

Selanjutnya Leininger (1991) mengemukakan teori "*culture care diversity and universality*", beberapa konsep yang didefinisikan antara lain:

1. Kultural berhubungan dengan pembelajaran tentang sistem nilai, kepercayaan, norma, dan gaya hidup antar kelompok yang dapat mempengaruhi cara berpikir, mengambil keputusan, dan bertindak dalam pola-pola tertentu;
2. Keanekaragaman kultural dalam *caring* menunjukkan adanya variasi dan perbedaan dalam arti, pola, nilai, cara

hidup, atau simbol *care* antara sekelompok orang yang berhubungan, mendukung, atau perbedaan dalam mengekspresikan *human care*;

3. *Cultural care* didefinisikan sebagai subjektivitas dan objektivitas dalam pembelajaran dan pertukaran nilai, kepercayaan, dan pola hidup yang mendukung dan memfasilitasi individu atau kelompok dalam upaya mempertahankan kesehatan, meningkatkan kondisi sejahtera, mencegah penyakit dan mengurangi kesakitan;
4. Dimensi struktur sosial dan budaya terdiri dari keyakinan/agama, aspek sosial, politik, ekonomi, pendidikan, teknologi, budaya, sejarah dan bagaimana faktor-faktor tersebut mempengaruhi perilaku manusia dalam lingkungan yang berbeda;
5. *Nilai Kultur* berkenaan dengan pengambilan keputusan tentang suatu cara yang hendak dijalani sesuai dengan adat kebiasaan yang dipercayai dalam waktu tertentu.
6. *Care* sebagai kata kerja diartikan sebagai suatu tindakan dan kegiatan untuk membimbing, mendukung, dan ada untuk orang lain guna meningkatkan kondisi kehidupan atau dalam menghadapi kematian;
7. *Caring* dalam profesionalisme perawat diartikan sebagai proses kognitif dan formal mengenai pengetahuan *care* serta keterampilan dan keahlian untuk mendampingi, mendukung, membimbing, dan memfasilitasi individu secara langsung dalam rangka meningkatkan kondisi kehidupannya, mengatasi ketidakmampuan/kecacatan atau dalam bekerja dengan klien (Julia, 1995, Madeline,1991).
8. *Cultural care universality* merupakan hal yang sangat umum seperti pemahaman terhadap nilai atau symbol dari pengaruh budaya terhadap kesehatan manusia.
9. *Etnosentris* adalah kepercayaan dimana satu ide yang dimiliki,kepercayaan, dan praktiknya lebih tinggi untuk *culture* yang lain

10. *Cultural imposition* adalah kecenderungan tenaga Kesehatan untuk memaksakan kepercayaan, praktik dan nilai diatas cultur lain karena mereka percaya bahwa ide mereka lebih tinggi dari kelompok lain.

C. Komponen Caring

Asuhan keperawatan kepada klien yang dilakukan oleh perawat harus mencakup beberapa komponen *caring*. Komponen *caring* menurut Rouch tahun 1997 dibagi menjadi tujuh komponen atau disebut dengan komponen (*caring*). Berikut adalah beberapa bagian dari komponen *caring*:

1. *Compassion*

Compassion berarti empati, seorang perawat harus merasakan empati terhadap masalah pasien. Pada keadaan ini, caregiver dapat merasakan atau berada bersama klien dalam keadaan senang atau sedih.

2. *Communication*

Seorang perawat harus pandai berkomunikasi secara efektif dengan pasien. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang digunakan perawat untuk menjalin dan membangun rasa saling percaya antara perawat dan kliennya.

3. *Consideration*

Hal terpenting yang harus dimiliki perawat adalah kompetensi yang tinggi. Asuhan yang berkompeten ditunjukkan dengan penguasaan pembelajaran kognitif, afektif, dan psikomotorik perawat. Kualifikasi yang tinggi dibutuhkan perawat karena seorang perawat yang melakukan asuhan pada masyarakat harus mampu menyampaikan pengetahuannya tentang semua masalah kesehatan dan cara penanganannya.

4. *Comfort / Kenyamanan*

Kenyamanan adalah sesuatu yang harus diciptakan dalam hubungan *caregiver*-klien. Karena ketika seseorang bisa menawarkan kenyamanan, kepercayaan akan lebih kuat dan perawatan akan berjalan dengan lancar.

5. *Carefullness / Kehati-hatian*
Komponen ini merupakan yang paling penting diantara komponen lainnya.. Kehati-hatian adalah perilaku yang menuntut perawat untuk dapat mengambil tindakan hati-hati dalam sikap, perilaku, berpakaian dan cara berkomunikasi.
6. *Consistency / peduli*
Perilaku peduli terhadap klien, perawat harus membuat komitmen yang kuat untuk mengabdikan diri pada kesejahteraan klien saat merawat mereka.
7. *Closure*
Pekerjaan keperawatan dapat berhasil jika perawat melakukannya sesuai dengan pedoman hukum tentang etika keperawatan. Pada bagian ini perawat memahami diri sendiri atau orang lain dan mampu memecahkan masalah yang dihadapi oleh dirinya atau kliennya.

Selain tujuh komponen yang disampaikan oleh Rouch, terdapat 4 komponen caring yang harus dimiliki perawat dalam memenuhi peran keperawatannya (Febriana, 2017). Komponen caring tersebut adalah :

1. Kehadiran (*Presence*)
Seorang klien dengan gangguan kesehatan sangat senang ketika mendapat perhatian, sehingga kehadiran seorang perawat sangat diperlukan. Perawat yang dapat hadir dalam pekerjaan keperawatan klien mendorong tumbuhnya perilaku terbuka klien terhadap perawat.
2. Sentuhan (*contact*)
Dalam keadaan sakit, klien membutuhkan perhatian. Perhatian perawat dapat ditunjukkan dengan sentuhan terutama pada anak-anak dan lanjut usia. Sentuhan umum yang dapat dilakukan adalah melakukan prosedur perawatan klien.
3. Mendengarkan (*Listen*)
Menjadi pendengar yang baik adalah aset perawat. Ketika seorang pasien memiliki masalah kesehatan, dia suka memberi tahu orang-orang yang memperhatikannya.

Siapa pun yang tahu bagaimana mendengarkan dengan seksama keluhan klien mereka akan merasa diperhatikan dan didengarkan keluhannya.

4. Memahami klien

Perawat harus memahami klien dan dapat mempertimbangkan keadaan yang dihadapi klien. Dalam pekerjaan keperawatan, seseorang harus dapat memahami masalah klien dan menawarkan solusi agar masalah tidak menyebar.

D. Manfaat Caring

Caring merupakan dasar kerja keperawatan dalam praktik keperawatan. Caring memberikan manfaat bagi caregiver yang melakukannya (Widyawati, 2009). Manfaat caring tersebut adalah :

1. Pasien memberikan jawaban positif

Tujuan pasien adalah memberikan jawaban afirmatif atas fakta bahwa pasien saat ini sangat teliti, sehingga mereka tahu bagaimana membedakan perawat yang mempraktikkan perilaku peduli dan yang tidak. Jadi jika perawat yang merawat berperilaku hati-hati, pasien juga akan bereaksi positif. Sebaliknya jika perawat dalam perawatan tidak mempraktekkan perilaku caring maka pasien akan memberikan respon negatif.

2. Berkomunikasi dengan pasien

Manfaat pengobatan tercermin dalam komunikasi dengan pasien. Hal ini tercermin dalam gesekan dan pengembangan rasa saling percaya antara perawat dan klien, yang memfasilitasi kelancaran pekerjaan keperawatan.

3. Kontribusi Positif yang memuaskan

Ini adalah pekerjaan keperawatan yang konstan untuk pasien, yang mungkin tidak selalu menghasilkan sesuatu yang positif, tetapi perilaku peduli menginduksi aura positif di keadaan lain yang nantinya dapat mengarah pada perawatan yang memuaskan.

4. Lihat pasien sebagai teman
Jika merawat perawat dengan menjadikan pasien sebagai teman maka tidak akan ada perasaan canggung, pasien akan merasa nyaman dan bisa lebih terbuka kepada perawat.
5. Dihargai oleh pasien
Perawat yang merawat pasien lebih dihargai karena pasien merasa diperhatikan saat membutuhkan dukungan selain keluarga. Namun tidak dapat dipungkiri bahwa motivasi yang paling utama bagi pasien dalam menghadapi masalah kesehatan adalah dukungan keluarga.
6. Lakukan sesuatu yang bermanfaat
Perilaku pengasuhan yang menjadi landasan keperawatan menghasilkan sesuatu yang bermanfaat bagi perawat yang mengamalkannya dengan sungguh-sungguh dan tulus.
7. Belajar banyak tentang manusia
Sebagai perawat yang melakukan keperawatan dengan mempraktekkan perilaku peduli terhadap pasiennya, kita tahu bagaimana bersyukur dan bagaimana menenangkan pikiran kita suatu hari nanti. Keluarga sekarang berada di posisi pasien yang mereka rawat
8. Perkembangan pribadi
Jika Anda melakukan sesuatu secara konsisten, Anda melakukannya menciptakan rasa tanggung jawab dan meningkatkan kualitas pribadi Hasilnya adalah perawatan pasien Kami mengembangkan rasa tanggung jawab atas pekerjaan kami itu terlihat dalam kualitas pekerjaan yang dilakukan.

E. Perilaku Caring Dalam Praktik Keperawatan

Caring secara umum merupakan suatu kemampuan untuk berdedikasi bagi orang lain, pengawasan dengan waspada, perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi.

Tujuan tindakan *caring* adalah untuk bisa memberikan asuhan fisik dengan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa nyaman dan aman terhadap klien. *Caring*

juga menekankan harga diri individu, artinya dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat harus selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan maupun kekurangan klien sehingga bisa memberikan pelayanan kesehatan yang tepat.

Sebagai seorang perawat, kemampuan *care*, *core*, dan *cure* harus dipadukan secara seimbang sehingga menghasilkan asuhan keperawatan yang optimal untuk klien. Lydia Hall mengemukakan perpaduan tiga aspek tersebut dalam teorinya. *Care* merupakan komponen penting yang berasal dari naluri seorang ibu. *Core* merupakan dasar dari ilmu sosial yang terdiri dari kemampuan terapeutik, dan kemampuan bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain. Sedangkan *cure* merupakan dasar dari ilmu patologi dan terapeutik. Dalam memberikan asuhan keperawatan secara total kepada klien, maka ketiga unsur ini harus dipadukan

Menurut Boykin dan Schoenhofer, pandangan seseorang terhadap *caring* dipengaruhi oleh dua hal yaitu persepsi tentang *caring* dan konsep perawat sebagai disiplin ilmu dan profesi. Kemampuan *caring* tumbuh di sepanjang hidup individu, namun tidak semua perilaku manusia mencerminkan *caring*. Keperawatan merupakan suatu proses interpersonal yang terapeutik dan signifikan. Inti dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien adalah hubungan perawat-klien yang bersifat profesional dengan penekanan pada bentuk interaksi aktif antara perawat dan klien. Hubungan ini diharapkan dapat memfasilitasi partisipasi klien dengan memotivasi keinginan klien untuk bertanggung jawab terhadap kondisi kesehatannya.

Menurut Dwiyantri M,(2007). Spirit *caring* seharusnya tumbuh dalam diri perawat dan berasal dari hati yang paling dalam, spirit *caring* bukan hanya memperlihatkan apa yang dikerjakan perawat yang bersifat tindakan fisik, tetapi juga mencerminkan siapa dia. Oleh karena itu setiap perawat dapat memperlihatkan cara yang berbeda ketika memberikan asuhan kepada klien. Perilaku *caring* yang dilakukan perawat kepada

klien sulit didefinisikan tetapi indah dirasakan oleh klien maupun keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N. (2018). *Teori Model Keperawatan*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Andrew & Boyle, 2003. *Transcultural Conceptin Nursing Care, fourth edition*, New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ariani & Aini. (2018). *Perilaku Caring Perawat terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap pada Pelayanan Keperawatan*. *Jurnal Keperawatan*, 9, 58-64.
- Dwidiyanti, M.(2007). *Caring Kunci sukses Perawat mengamalkan Ilmu*. Semarang : Hasani
- Febriana, D. V. (2017). *Konsep Dasar Keperawatan*. (Nutt, Ed.). Yogyakarta: Healthy.
- Hurun Ain. (2019). *Penanganan Sumbatan Benda Asing Pada Anak Berbasis Critical Care Caring*. Surabaya: Media Sahabat Cendekia.
- Leininger M. Madeline.(1991). *Culture Care diversity and universality; a theory of nursing*.New York; National league for nursing press.
- Nursalam, F. E. (2009). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Priambodo, G. (2014). *Caring Dalam Asuhan Keperawatan : Kategori Caring Berdasarkan Budaya*. Tesis, 1-29.
- Setyaningsih, D. (2016). *Pengaruh Metode Mentorship Perawat Terhadap Kemampuan Caring Mahasiswa*. *Jurnal Psikologi*, 4(2), 51-58.
- Supriatin, E. (2015). *Perilaku Caring Perawat Berdasarkan Faktor Individu dan Organisasi*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(3), 192-198. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i3.425>
- Teting, D. (2018). *Teori Caring & Aplikasi dalam Pelayanan Keperawatan*. (Erang, Ed.). Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Tomey, AM., Alligood, MR., 2006. *Nursing Theory, Utilization and Application*, USA; Philadelphia.
- Watson, J. (2011). *Assessing and Measurising Caring in Nursing and Health Science*. America: Sheridan.
- Widyawati, E. M. (2009). *Caring & Communicating*. (D. Yulianti, Ed.). Jakarta: EGC.

BIOGRAFI PENULIS



Hj. Ernawati, SKp.MKep dilahirkan di Padang, Juli 1969. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan Program B pada tahun 1999 di PSIK UNPAD. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana Manajemen Keperawatan di FIK Universitas Indonesia (UI). Tahun 2006-2010 sebagai Kaprodi PSIK Stikes Baiturahim Jambi, Tahun 2011-2018 sebagai Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jambi. Tahun 2021-2024 sebagai Ketua DPK PPNI Poltekkes Kemenkes Jambi. Dari tahun 1999- sampai sekarang aktif mengajar MK Keperawatan anak, Maternitas dan Manajemen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Jambi. Aktif dalam berbagai kegiatan pengabdian masyarakat dan penelitian (Tridharma Perguruan Tinggi). Publikasi di jurnal Nasional dan Internasional

BAB 11

Keperawatan dan Kesehatan Global

Femmy K. Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH

A. Keperawatan Global

Keperawatan adalah salah satu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologis, psikologis, sosial dan spiritual secara komprehensif ditujukan kepada individu keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia (Riyadi, 2007). Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan/asuhan yang bersifat humanistic, menggunakan pendekatan holistic, dilaksanakan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan berpegang pada standar pelayanan/asuhan keperawatan serta menggunakan kode etik keperawatan sebagai tuntutan utama dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Kusnanto, 2014).

Pada zaman dahulu keperawatan kurang memiliki tempat di mata dunia, dan dalam perlaksanaannya pun hanya untuk mengurangi rasa sakit. Berkat perkembangan zaman, saat ini profesi keperawatan sudah sangat maju, karena telah disadari untuk menjadi seorang perawat membutuhkan keterampilan dan pengetahuan yang cukup, sehingga muncullah pendidikan maupun sekolah tinggi yang memberikan pendidikan keperawatan. Perkembangan keperawatan hingga saat ini tidak hanya melewati proses yang baik dan lancar, akan tetapi terdapat banyak tantangan dan rintangan yang telah dilewati oleh berbagai individu maupun kelompok yang menjadi tokoh-tokoh didalam ilmu keperawatan.

Perubahan peradaban manusia yang maju dan perkembangan struktur sangat mempengaruhi

perkembangan keperawatan selanjutnya. Pada Zaman Primitif, secara Naluri manusia tetap mempunyai kemampuan merawat dirinya sendiri, yang sering tercermin dalam naluri seorang ibu melindungi diri dan keluarganya (mother Instink). Keyakinan terhadap dewa-dewa sering dihubungkan dengan kejadian penyakit. Perubahan perkembangan keperawatan terus berlangsung dengan adanya kelompok janda serta wanita tua yang membantu pendeta dalam perawatan orang sakit, dari situlah ilmu keperawatan mulai terus berkembang. Kutukan Tuhan atau sebuah dosa menyebabkan seseorang sakit merupakan hal yang mengarah pada spiritual terhadap perkembangan keperawatan, menjadi ciri pada zaman masehi. Tempat-tempat ibadah merupakan tempat perawatan sehingga pemimpin ibadah merupakan orang yang membantu dalam perawatan orang sakit. Pertengahan Abad VI dan VII ilmu keperawatan mulai berkembang hal penggunaan obat-obatan, bahan kimia, kesadaran hygiene sebagai bagian dari hidup sehat, serta pengembangan ilmu pasti dalam ilmu kesehatan mulai muncul. Pada Permulaan abad XVI, ketika semangat eksploitasi dibarengi serta perang karena perebutan hegemoni kekuasaan menjadi hal yang berpengaruh dalam perkembangan keperawatan selanjutnya penggunaan tempat ibadah sebagai tempat merawat orang yang sakit, tenaga perawat berkurang dan banyaknya relawan yang membantu disaat perang memberi sumbangsih bagi perkembangan keperawatan saat itu.

Pengobatan modern mulai muncul setelah revolusi industri pada abad ke-18, dan terjadi pertumbuhan pesat pada abad ke-19, dimana pertumbuhan ekonomi dan industri terus berkembang, dan orang-orang membuat banyak penemuan ilmiah. Para ilmuwan membuat kemajuan pesat dalam mengidentifikasi dan mencegah penyakit dan memahami bagaimana bakteri dan virus bekerja. Namun pada awal abad tersebut keselamatan pasien belum menjadi fokus pelayanan medis. Diperkirakan banyak yang meninggal di rumah sakit

setiap tahun sebagai akibat dari kesalahan medis yang dapat dicegah. Sejak saat itu, perhatian yang cukup besar telah diberikan untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit, dan semakin meningkat dalam pengaturan perawatan lainnya juga, dan ini semua mengawali gerakan keselamatan pasien modern. Namun sebuah studi dalam *Journal of Patient Safety* menyebutkan pasien setiap tahun yang pergi ke rumah sakit untuk perawatan menderita beberapa jenis bahaya yang dapat dicegah yang berkontribusi pada kematian mereka (Publica, 2013).

Kesalahan medis yang dapat dicegah atau perawatan pasien yang tidak aman masih merupakan masalah dalam dunia kesehatan secara global sampai saat ini. Berdasarkan laporan WHO (2017), kesalahan medis merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di Amerika Serikat. Sementara di Inggris, estimasi menunjukkan bahwa rata-rata, satu insiden cedera pasien dilaporkan setiap 35 detik. Demikian pula, di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, kombinasi dari banyak faktor yang tidak menguntungkan seperti kekurangan staf, struktur yang tidak memadai dan kepadatan penduduk. kurangnya perawatan kesehatan komoditas dan kelangkaan bahan pokok peralatan, dan kebersihan yang buruk dan sanitasi, berkontribusi pada perawatan pasien yang tidak aman.

Kerugian pasien karena perawatan yang tidak aman adalah masalah besar dan tantangan kesehatan masyarakat global yang semakin meningkat dan merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia (WHO, 2021). Peningkatan kualitas perawatan dan pencegahan terhadap kesalahan perawatan merupakan hal yang harus dan perlu terus ditingkatkan guna menciptakan system yang semakin baik dalam menjamin keselamatan pasien.

Keselamatan pasien saat ini merupakan prioritas kesehatan global, sebab telah menjadi indikator yang paling utama dalam sistem pelayanan Kesehatan (WHO,2021). Baik

tidaknya pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari sistem keselamatan pasien yang dijalankan di fasilitas kesehatan tersebut. Atau dengan perkataan lain mutu sebuah fasilitas kesehatan bergantung dari sistem keselamatan pasien yang dijalankan fasilitas kesehatan tersebut. Semakin rendah kesalahan medis yang dapat dicegah terjadi maka mutu pelayanan fasilitas kesehatan tersebut semakin baik, dengan demikian kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan fasilitas kesehatan tersebut akan tinggi.

B. Kesehatan Global

Kesehatan global mencerminkan realitas globalisasi, termasuk penyebaran penyakit menular dan tidak menular serta risiko kesehatan masyarakat di seluruh dunia. Perkembangan kesehatan global tidak terlepas dari pengaruh kepentingan politik dan ekonomi yang melatarbelakangi lahirnya kebijakan-kebijakan kesehatan global. Imperialisme, revolusi industri, kapitalisme, dan perdagangan memiliki peranan penting dalam membentuk pola penyebaran penyakit, kebijakan kesehatan, dan perkembangan organisasi kesehatan internasional. Selain itu, sebagai lembaga yang memiliki peran kunci dalam mendukung pembangunan kesehatan global, lahirnya beberapa organisasi kesehatan internasional dilatarbelakangi oleh berbagai motif politik dan ekonomi. Pada bab ini akan dipelajari konsep dasar Kesehatan global, sejarah lahirnya kebijakan kesehatan global, dan latar belakang politik ekonomi kesehatan global.

Konsep kesehatan global tergolong relatif baru sehingga belum dijumpai konsensus yang luas untuk definisinya. Consortium of Universities for Global Health (CUGH) Executive Board mendefinisikan kesehatan global sebagai area untuk pembelajaran, penelitian, dan praktik yang mengutamakan peningkatan kesehatan dan pencapaian kesetaraan dalam kesehatan bagi semua orang di seluruh dunia; menekankan perhatian pada isu-isu determinan kesehatan dan solusi; melibatkan banyak disiplin baik di dalam maupun di luar ilmu kesehatan dan mempromosikan

kolaborasi interdisipliner; serta merupakan sintesis pencegahan berbasis populasi melalui perawatan klinis pada individu (Kaplan et al., 2009).

Konsep kesehatan global secara historis berkembang dari konsep kesehatan internasional dan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, terdapat persamaan dan perbedaan di antara ketiganya. Perbedaan konsep kesehatan global, kesehatan internasional, dan kesehatan masyarakat meliputi aspek prioritas dan fokus intervensi; sasaran yang dituju, seperti berkonsentrasi pada populasi yang lebih miskin, rentan, dan terlayani; pendekatan multidisipliner dan interdisipliner; penekanan pada kesehatan sebagai barang publik dan pentingnya sistem dan struktur; dan tingkat kerja sama seperti partisipasi dari beberapa pemangku kepentingan. Perbedaan ke 3 konsep tersebut disajikan pada tabel berikut:

Tabel 11.1 Perbedaan Konsep Kesehatan

Kesehatan Global	Kesehatan Internasional	Kesehatan Masyarakat
Berfokus pada isu-isu yang secara langsung atau tidak langsung memengaruhi kesehatan yang melampaui batas-batas negara	Berfokus pada masalah kesehatan negara lain, terutama negara-negara yang berpenghasilan rendah dan menengah	Berfokus pada isu-isu yang memengaruhi kesehatan populasi komunitas atau negara tertentu
Pengembangan dan implementasi solusi sering membutuhkan kerja sama global	Pengembangan dan implementasi solusi biasanya membutuhkan kerja sama bilateral	Pengembangan dan implementasi solusi tidak membutuhkan kerja sama global
Melaksanakan pencegahan untuk populasi maupun perawatan klinis terhadap individu secara bersamaan	Menggabungkan upaya pencegahan di populasi maupun perawatan klinis terhadap individu	Memiliki fokus utama pada program pencegahan pada masyarakat
Tujuan utama yang ingin dicapai ialah keadilan kesehatan untuk semua orang di antara bangsa-bangsa	Tujuan utama yang ingin dicapai ialah membantu negara lain	Tujuan utama yang ingin dicapai adalah kesetaraan status kesehatan masyarakat dalam suatu negara
Bersifat interdisipliner dan multidisipliner baik di dalam maupun di luar ilmu kesehatan	Melibatkan beberapa disiplin ilmu, tetapi tidak menekankan multidisipliner	Mendorong pendekatan multidisiplin, khususnya dalam ilmu kesehatan dan ilmu sosial

Sumber: Koplan et al., 2009

Berdasarkan beberapa definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa kesehatan global merupakan area kesehatan yang berfokus pada isu-isu kesehatan dunia, yang

membutuhkan kerja sama lintas negara, bersifat multidisipliner termasuk sektor non-kesehatan yang bertujuan untuk mencapai kesetaraan status kesehatan masyarakat dunia.

C. Organisasi Keperawatan Dunia

Organisasi Keperawatan dunia, didirikan pada tahun 1899 International Council of Nurses (ICN) adalah sebuah federasi dari lebih dari 130 asosiasi perawat nasional yang mewakili jutaan perawat di seluruh dunia. Dioperasikan oleh perawat dan perawat terkemuka secara internasional, ICN bekerja untuk memastikan perawatan yang berkualitas, kebijakan kesehatan yang baik secara global, kemajuan pengetahuan keperawatan, dan kehadiran profesi keperawatan dihormati di seluruh dunia dan tenaga kerja perawat yang berkompeten dan memberikan pelayanan yang memuaskan. ICN terus bekerja untuk memastikan perawatan berkualitas untuk semua pasien, suara kebijakan kesehatan global, kemajuan pengetahuan keperawatan, dan kehadiran profesi keperawatan yang kompeten dihormati di seluruh dunia, tenaga keperawatan yang dapat memberikan motivasi dan kepuasan terhadap pelayanan. Rencana Strategis kongruen dengan tujuan ICN, dan di tiga domain utama yaitu Praktik profesional, regulasi dan kesejahteraan sosial ekonomi yang didukung oleh transparan dan hasil-terfokus pemerintahan. Tujuan ICN adalah untuk mewakili perawat di seluruh dunia, dan menjadi suara keperawatan internasional sehingga memajukan profesi dan mempengaruhi kebijakan kesehatan ICN hadir untuk memperkuat hubungan atau jaringan ke asosiasi keperawatan tingkat nasional, organisasi keperawatan dan organisasi non-keperawatan serta memastikan perkembangan dunia keperawatan yang lebih baik di masa yang akan datang.

D. Kepemimpinan Perawat Dalam Sejarah Pandemi Dunia

Perawat bersama tenaga medis atau tenaga kesehatan di seluruh dunia sedang mengalami situasi sulit dalam menangani pandemi akibat coronavirus sejak Desember 2019

sampai saat ini. Walau demikian, upaya memberikan asuhan kepada pasien untuk meminimalkan angka morbiditas dan mortalitas terus dilakukan. Pandemi dengan penyakit menular ini bukan yang pertama dihadapi oleh perawat. Pada outbreak sejarah dunia, perawat telah terlibat di garis depan dalam melayani pasien. Peristiwa dan sejarah tersebut telah menciptakan perubahan signifikan dalam sistem pendidikan dan kebijakan kesehatan di berbagai negara tentang kedudukan profesi dan kompetensi perawat dalam suatu sistem kesehatan di tingkat nasional, regional, dan internasional.

Peran perawat sebagai pemimpin saat krisis dapat dilihat dalam peperangan, bencana, juga pandemi. Para perawat dengan berbagai latar belakang pengalaman perawatan diminta untuk turut berjuang di garis depan dalam situasi darurat kesehatan termasuk pensiunan dan pelajar. Pandemi Spanish Flu ini merupakan salah satu situasi terburuk yang dihadapi perawat, tetapi ia juga menjadi momen vital dalam perubahan yang membawa dampak pada perkembangan keperawatan (Cipriano, 2018)

Dalam setiap wabah, pemimpin profesi perawat dalam berbagai level, bertanggung jawab mengambil keputusan untuk mempertimbangkan suatu praktik yang terbaik ditengah suasana tekanan kepada para staf dan kekurangan sumber daya atau sarana dan prasarana. Proses komunikasi dan keputusan yang dibuat mempengaruhi tindakan yang diambil oleh staf. Contohnya dalam pengalaman wabah Ebola, kurangnya persiapan perawat dan kesenjangan komunikasi selama fase siaga ketiga patogen telah diidentifikasi berkontribusi pada respons yang lambat sehingga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas (Buheji, 2020). Oleh karena itu, perawat perlu dipersiapkan dalam menghadapi potensial kejadian krisis kesehatan di masyarakat agar mempunyai bekal yang cukup seperti pelatihan, fasilitas dan sarana untuk menolong klien.

Pada kampanye Hari Kesehatan Dunia 2020 lalu, Organisasi Kesehatan Dunia, WHO (2020) menyatakan pentingnya peran perawat sebagai garda terdepan dalam perawatan pasien virus corona dan mengingatkan para pemimpin dunia tentang urgensi peran perawat dalam menjaga kesehatan masyarakat. Namun, kenyataannya, perawat memiliki pelatihan yang belum memadai dalam persiapan bencana. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat masih memiliki tingkat kesiapsiagaan bencana yang rendah hingga sedang dalam pengetahuan dan keterampilan bahkan di negara maju (Said & Chiang, 2020), juga kurang terlibat dalam mempengaruhi kebijakan kesehatan di banyak negara (Knebel, Toomey, & Libby, 2012; Veenema, et al., 2017; WHO, 2007). Oleh karena itu, sudah seharusnya perawat secara khusus dimasukkan dalam rencana nasional suatu negara ini merupakan salah satu situasi terburuk yang dihadapi perawat, tetapi ia juga menjadi momen vital dalam perubahan yang membawa dampak pada perkembangan keperawatan (Cipriano, 2018).

E. Evolusi Kesehatan Global

Terdapat beberapa tonggak dalam sejarah yang menandai berbagai perkembangan yang mendasar dalam evolusi kesehatan global, antara lain (1) terbentuknya Badan Kesehatan Dunia (WHO); (2) Deklarasi Alma Ata; (3) Tujuan Pembangunan Millennium (MDGs); (4) Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs).

1. Era Sebelum terbentuknya WHO (Tahun 1348-1948)
 - a. Lahirnya Kebijakan Karantina
 - b. Lahirnya Kedokteran Tropis
 - c. Organisasi Kesehatan Liga Bangsa-Bangsa (1920-1940)
 - d. Pengendalian malaria Dan berdirinya CDC (1946)
2. Dari Terbentuknya WHO Hingga Menuju Deklarasi Alma Ata
 - a. Terbentuknya Badan kesehatan Dunia-World Health Organization (WHO)

- b. UNICEF (1946)
 - c. Eradikasi Malaria
 - d. Eradikasi Smallpox
 - e. UNFFPA (1967)
 - f. Deklarasi Alma Ata (1978)
 - g. Konferensi Bellagio (1979)
3. **Era MDGs (2001)**

Pada tahun 2001 lahirlah Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang disepakati oleh negara-negara anggota PBB. Fokus utama MDGs ialah pengentasan kemiskinan, tetapi yang menarik ialah bahwa MDGs mempersyaratkan teratasinya masalah-masalah kesehatan untuk dapat mengentaskan kemiskinan. Hal ini tercermin dalam banyaknya sasaran-sasaran dalam MDGs yang terkait kesehatan, antara lain kematian ibu, kematian anak, dan penyakit menular. Selain itu, perlu diketahui juga bahwa pada awalnya AS kurang mendukung MDGs. Namun, kemudian tragedi World Trade Center pada 11 September 2001 mengubah kebijakan AS. AS berbalik mendukung MDGs karena menyimpulkan salah satu akar terorisme ialah kemiskinan. Dengan demikian, AS berkepentingan dengan upaya-upaya kesehatan dalam MDGs dalam rangka meningkatkan keamanan nasional.

4. **Era SDGs (2015)**

Pada Juni 2012 PBB melaksanakan konferensi tentang pembangunan berkelanjutan (Sustainable Development Goals) di Rio de Janeiro. Konferensi tersebut bertujuan menggalakkan sebuah proses untuk mengembangkan seperangkat Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) baru yang akan meneruskan momentum yang dihasilkan oleh MDG sebagai kerangka kerja pembangunan global setelah 2015. Pada bulan Juli 2014, PBB mengusulkan dokumen yang berisi tujuh belas tujuan yang akan diajukan untuk persetujuan Majelis Umum pada bulan September 2015. Dokumen ini

menetapkan dasar untuk SDG baru dan agenda pembangunan global mulai dari 2015-2030.

F. Keperawatan menghadapi era globalisasi

5. Globalisasi dalam keperawatan

Globalisasi yang berpengaruh terhadap keperawatan yaitu tersedianya alternatif pelayanan dan persaingan penyelenggaraan pelayanan untuk menarik minat pemakai jasa yang berkualitas untuk memberikan jasa pelayanan Kesehatan yang terbaik. Untuk itu tenaga keperawatan diharapkan dapat memenuhi standar pelayanan agar dapat bersaing secara global. Oleh karena itu tenaga keperawatan dituntut memiliki kemampuan profesional termasuk dalam penerapan asuhan keperawatan dan kecakapan komunikasi (Alfiyah, 2015).

6. Tantangan keperawatan di Indonesia

Tantangan tenaga keperawatan di Indonesia saat ini semakin meningkat, baik dari luar (eksternal) maupun dari dalam (internal) profesi itu sendiri termasuk pelayanan keperawatan, asuhan keperawatan dan praktek keperawatan, juga tantangan eksternal lain yaitu masalah sertifikasi, lisensi, sistem pendidikan keperawatan, perkembangan penyakit yang begitu pesat dan masih banyak lagi. Profesi perawat yang besar jumlahnya hanya beberapa persen saja yang terserap di rumah sakit sehingga banyak yang perawat yang menganggur. Hal ini yang membuat tidak sedikitpun perawat membuka praktik sendiri. Peraturan pemerintah tentang registrasi dan praktek perawat tidak menjamin kebebasan profesi perawat untuk mengatur dan mengembangkan diri. Proses perizinan juga terlalu sulit dan butuh waktu lama sehingga untuk praktik mandiri tidak semudah didapatkan (Adha, 2014).

Perawat adalah sebuah profesi yang diperoleh dari pengembangan keilmuan dan keterampilan yang diperlukan dalam menghadapi berbagai macam masalah Kesehatan, namun saat ini tidak sedikit perawat memiliki

keterampilan juga sikap yang kurang baik. Hal ini menjadi tantangan bagi tenaga keperawatan di Indonesia.

7. Solusi untuk menaklukkan tantangan bagi perawat di Indonesia

Semua masalah atau tantangan dapat diatasi dan ditaklukkan asal ada kemampuan dan kemauan. Tantangan seharusnya dihadapi jangan hanya dibicarakan apalagi menjadi sesuatu yang ditakutkan. Solusi menaklukkan tantangan yaitu tenaga keperawatan Indonesia harus senantiasa meningkatkan kualitas SDM nya hal intelektual dan keterampilan melalui peningkatan pendidikan, mengikuti pelatihan- pelatihan dan seminar serta menambah pengalaman dan kemampuan sebagai perawat. Kemampuan berbahasa Internasional yaitu lulus tes TOEFL dan serangkaian tes lainnya. Paling utama adalah disahkannya Undang-undang Praktik keperawatan sebagai payung hukum (Wicaksono, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- Badi'ah Atik (2002) *Etika Profesi dalam praktik keperawatan*. Bandung: Media Sains Indonesia
- Fabanyo RA. Ilmu Keperawatan Komunitas. Penerbit NEM; 2022 Aug 19.
- Fabanyo, Rizqi A (2022) *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Jawa Tengah: PT. Nasya Expanding Management
- Ni Made Nopita Wati NM. 2022. *Advances in Community And Disaster Nursing: Pencegahan dan Penatalaksanaan Keperawatan COVID-19*.
- Suryane (2021) *Pencegahan dan Penatalaksanaan Keperawatan Covid-19*. Banda Aceh: Syiah Kuala University Press
- Yodi (2021) *Kesehatan Global*. Yogyakarta: Gadjah Mada University press
- Yodi Mahendradhata, Riris Andono Ahmad, Lutfan Lazuardi, Nandyan N. Wilastonegoro, Fransiska Meyanti, Perigrinus H. Sebong. *Kesehatan Global*

BIODATA PENULIS



Femmy K.Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH lahir di Tomohon, pada 9 Februari 1962. Ia tercatat sebagai lulusan Institut Gajah Mada Wanita yang kerap disapa Femmy ini adalah anak dari pasangan Engel Keintjem (ayah) dan Maria Wowor (ibu). **Femmy Keintjem** sebagai staf pengajar pada Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2001 sampai sekarang.

BAB 12

Perspektif transkultural dalam keperawatan kesehatan jiwa

Rian Yuliyana, S.Kep, Ners, MNS

A. Pendahuluan

Sering kali terjadinya hambatan komunikasi antara perawat dan klien yang disebabkan oleh bedanya latar belakang budaya. Hal ini dapat diatasi dengannya keterampilan komunikasi yang dibarengi dengan pemahaman yang baik tentang budaya. Suatu cara pandangan dari profesi untuk melihat suatu kondisi dan fenomena yang terkait secara langsung dengan aktifitas yang terjadi dalam profesi disebut paradigma. Paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan (Harmoko, 2016).

Paradigma keperawatan terdiri dari komponen manusia, keperawatan, kesehatan, lingkungan. Manusia sebagai klien. Klien dapat berupa individu, keluarga dan masyarakat (Efendi F., Makhfudli, 2009). Menurut Teori adaptasi Roy ada 4 komponen paradigma keperawatan antara lain: manusia , keperawatan, kesehatan dan lingkungan. Pemahaman perawat terhadap paradigma keperawatan transkultural merupakan acuan terlaksananya perawatan asuhan keperawatan termasuk keperawatan jiwa.

B. Tujuan

Ada beberapa manfaat dalam penerapan transkultural keperawatan (*Leininger, 1950*) antara lain sebagai berikut:

1. Memberikan budaya pelayanan keperawatan kongruen melalui “tindakan membantu, mendukung, memfasilitasi

agar sesuai dengan individu, kelompok atau lembaga budaya nilai-nilai, keyakinan dan *lifeways*.”

2. Mendukung dan memberikan kesempatan individu.
3. Membimbing keluarga atau kelompok untuk dapat mempertahankan kesehatannya.

C. Konteks Budaya

Pendekatan transkultural merupakan suatu perspektif yang unik karena bersifat kompleks dan sistematis secara alamiah yang melibatkan banyak hal, seperti bahasa tradisi, nilai historis yang teraktualisasikan serta ekonomi (Pratiwi, 2011). Konsekuensinya, perawat sebagai tenaga kesehatan perlu memahami perbedaan substansi di antara individu, keluarga, komunikasi termasuk organisasi pelayanan kesehatan. Contohnya: keluarga yang tinggal di pedesaan dengan di kota memiliki konteks yang berbeda termasuk system nilai yang diaktualisasikan.

D. Aturan Aplikasi Keperawatan Transkultural

Proses asuhan keperawatan dibutuhkan beberapa aturan untuk menerapkan keperawatan transkultural sebagai petunjuk bagi perawat ataupun klien untuk bertindak. Beberapa aturan yang perlu diperhatikan seorang perawat antara lain sebagai berikut:

1. Selalu memperlakukan klien dengan hormat. Perawat dapat menunjukkan rasa hormat serta pengertian pada klien sesuai dengan latar belakangnya. Jika tidak dipahami, perawat tersebut dapat dianggap semena-mena dengan klien. Misalnya perlakuan terhadap latar belakang suku bangsa dari klien.
2. Mengenal, memahami dan membiasakan diri dengan berbagai adat dan kepercayaan kelompok budaya tertentu pada asuhan keperawatan.
3. Melepaskan berbagai stereotipe kultural yang terkadang belum tentu benar.
4. Mencari penterjemah atau mencari tenaga penterjemah untuk para klien yang tidak memiliki kemampuan bahasa Indonesia yang baik.

E. Aplikasi Transkultural Dalam Asuhan Keperawatan Jiwa

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan jiwa bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budayanya. Pengkajian transkultural pada asuhan keperawatan jiwa dapat dilakukan dengan teknik observasi. Hasil observasi ini dapat dijadikan acuan bagi perawatan dalam membuka komunikasi agar mendapatkan informasi klien terkait menentukan diagnosa dan tindakan keperawatan. Ada 7 (Tujuh) komponen pengkajian keperawatan pada *sunrise model* (Harmoko, 2016) yaitu:

- a. Faktor agama dan falsafah hidup. Ketika mengkaji tentang spiritual klien dengan gangguan jiwa hendaknya mengkaji agama yang dianut, status pernikahan serta cara pandang klien terhadap penyebab cara pengobatan dan kebiasaan agama yang berdampak positif terhadap kesehatan.
- b. Nilai-nilai budaya dan gaya hidup. Saat mengkaji perawat perlu mengkaji posisi dan jabatan yang dipegang oleh kepala keluarga, bahasa yang digunakan, kebiasaan membersihkan diri, kebiasaan makan, makanan yang dipantang dalam kondisi sakit dan persepsi sakit berkaitan dengan aktivitas sehari-hari.
- c. Faktor sosial dan keterikatan keluarga mencakup sosial yang dilingkungan klien berada serta kebiasaan yang dilakukan.
- d. Faktor ekonomi, perlu dikaji pada klien gangguan jiwa karena menyangkut kemampuan klien untuk membiayai sakitnya agar segera sembuh di Rumah Sakit.
- e. Faktor pendidikan. Tingkat pendidikan anggota keluarga perlu dikaji karena mempengaruhi persepsi tentang penyakit gangguan jiwa.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual dan potensial (PPNI, 2017). Salah satu diagnosa keperawatan jiwa yang hubungan dengan budaya adalah isolasi berhubungan disorientasi sosiokultural. Ketidaktahuan perawat terhadap situasi klien dapat menyumbang kekeliruan tindakan dan evaluasi yang dilakukan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan jiwa dalam perspektif keperawatan transcultural merupakan kesatuan proses memilih strategi yang tepat untuk menangani klien dengan gangguan jiwa. Pelaksananya dapat disesuaikan dengan latar belakang budaya klien saat memberikan perlakuan terhadap klien. Dalam mempertahankan budaya yang dimiliki klien tidak bertentangan dengan kesehatan, mengakomodasi budaya klien bila budaya yang memilikinya bertentangan dengan kesehatan.

4. Implementasi

Keberhasilan perencanaan dan pelaksanaan keperawatan terjadi bila perawat dan klien saling memahami budaya masing-masing melalui proses akulturasi, yaitu proses identifikasi persamaan dan perbedaan budaya. Efektifitas keberhasilan asuhan keperawatan dapat dilihat dari hubungan perawat dan klien yang bersifat terapeutik. Ada tiga acuan dalam penerapan transkultural dalam keperawatan (Andrew and Boyle, 1995) antara lain:

a. *Culture care maintenance*

- 1) Bersikap tenang dan tidak terburu-buru saat berinteraksi dengan klien.
- 2) Mendiskusikan kesenjangan budaya yang dimiliki klien dan perawat.

- b. *Cultural care accommodation/negotiation*
 - 1) Gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh klien.
 - 2) Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan.
 - 3) Apabila konflik tidak terselesaikan, lakukan negosiasi dimana kesepakatan berdasarkan pengetahuan, pandangan klien dan standar etik.
 - c. *Cultural care repatterning/reconstruction*
 - 1) Beri kesempatan pada klien untuk memahami informasi yang diberikan dan melaksanakannya.
 - 2) Tentukan tingkat perbedaan klien melihat dirinya dari budaya kelompok.
 - 3) Berikan informasi pada klien tentang system pelayanan klien.
5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai (Ernawati, 2021). Proses evaluasi keperawatan jiwa dalam perspektif transkultural terlihat pada keberhasilan keluarga dalam mempertahankan budaya yang sesuai dengan kesehatan, mengurangi budaya klien yang tidak sesuai dengan kesehatan atau beradaptasi dengan budaya sehat yang bertentangan dengan budaya yang dimiliki klien selama ini. Evaluasi dilakukan melalui asuhan keperawatan sesuai dengan latar belakang budaya keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrew. M dan Boyle. J.S. (1995). *Transcultural Concepts in Nursing Care*, 2nd Ed. Philadelphia: JB Lippincot Company.
- Efendi F., makhfudli. (2009). *keperawatan kesehatan komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba medika.
- Ernawati, nunung. (2021). *Buku Ajar metodolohi keperawatan Teori dan aplikasi kasus*. Malang; CV literasi Nusantara Abadi.
- Leininger. M dan McFarland. MR,. 2002. *Transcultural Nurisng: Conceps, Theories, Researchad Practice*, 3rd. USA: Mc-Graw Hill companies.
- Harmoko dan Riayadi, Sujono.(2016). *Asuhan keperawatan keluarga*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- PPNI.(2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 3. Jakarta: DPP PPNI.
- Pratiwi. (2011). *Buku Ajar; Keperawatan transcultural*. Yogyakarta: penerit Gosyen Publishing.
- Putri, Dewi Murdiyanti. (). *Keperawatan Transkultural; pengetahuan dan praktik berdasarkan budaya*. PT Pustaka Buku.

BIODATA PENULIS



Rian Yuliyana, S.Kep, Ners, MNS. Menyelesaikan pendidikan tinggi dimulai dari sarjana keperawatan dan profesi di Program Studi Ilmu Keperawatan yang saat ini merupakan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Riau. Beliau meraih Master of Nursing Science (Family and Community Health Nursing) with a major in Family and Community Health Nursing (International Program). Saat ini aktif mengajar di Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Tanjungpinang.

BAB 13

Perspektif Transkultural Dalam Asuhan Keperawatan Anak

Anafrin Yugistyowati, S.Kep., Ns., Sp.Kep.An

A. Pendahuluan

Kelangsungan hidup budaya tergantung pada transmisi nilai dan kebiasaan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Proses ini bergantung pada kehadiran anak-anak untuk kesuksesan. Hal ini saling tergantung dari alam anak-anak dan masyarakat yang memperkuat kebutuhan akan masyarakat yang lebih besar untuk memelihara, merawat, dan bersosialisasi pada anggota generasi berikutnya.

Komposisi anak sebagai penduduk, yaitu pengaruh praktik pengasuhan anak baik spesifik maupun universal lintas budaya, dan pengaruh budaya pada tumbuh kembang anak, kesehatan, dan penyakit. Sehat sebagai sebuah pemahaman tentang bagaimana konsep transkultural dan berbasis bukti tentang praktek budaya yang mendukung dan peduli untuk kesehatan anak-anak dan remaja.

Budaya memberikan pengaruh yang besar pada bayi, anak-anak, dan remaja serta menentukan intervensi keperawatan yang sesuai untuk individu anak, orang tua, dan diperluas kepada anggota keluarga lainnya. Pengetahuan dari latar belakang budaya dari anak dan keluarga diperlukan untuk perawatan lintas budaya. Komunikasi harus dapat menjembatani keinginan dan harapan, kekhawatiran, dan pertanyaan dari keluarga.

Budaya mempengaruhi kondisi fisik anak dan tumbuh kembang psikososialnya. Kebutuhan dasar fisiologis seperti nutrisi, tidur, dan eliminasi memiliki aspek-aspek yang ditentukan secara budaya. Hubungan orangtua-anak

bervariasi secara signifikan di antara budaya keluarga yang berbeda dan perbedaan individu di antara mereka yang memiliki kesamaan latar belakang menambah kerumitan. Keyakinan budaya dan nilai-nilai yang berkaitan dengan pengaruh kesehatan dan penyakit.

Terlepas dari latar belakang budaya suatu remaja, transisi dari masa kanak-kanak ke tahap dewasa harus bisa dicapai. Kondisi ini rumit ketika nilai-nilai remaja, keyakinan, dan praktik-praktik bertentangan dengan nilai-nilai budaya tradisional atau dengan budaya dari orang-orang yang dominan dimana anak atau remaja itu tinggal. Keluarga disini sebagai tempat tinggal dan lingkungan yang sehat bagi tumbuh kembang anak dan remaja.

B. Anak Sebagai Populasi

Ketika mendefinisikan anak-anak sebagai populasi, penting mempertimbangkan bermacam-macam elemen yang membentuk populasi sebagai keseluruhan, seperti sebagai ras dan etnik, dampak kemiskinan pada populasi terhadap status kesehatan status anak-anak dan remaja (Kliegman *et al.*, 2011). Dampak kemiskinan terhadap kesehatan anak adalah kumulatif sepanjang siklus hidup, dan penyakit di masa dewasa adalah dampak awal terhadap kesehatan. Ketika kemiskinan dan menyebabkan kondisi malnutrisi selama periode kritis pertumbuhan atau selama 2 tahun pertama dari kehidupan anak, konsekuensinya menjadi buruk dan tidak dapat diubah, yang akan menyebabkan kerusakan sistem neurologis dan muskuloskeletal. Jika otak gagal menerima nutrisi yang cukup selama periode kritis pertumbuhan maka akan berdampak pada perkembangan kognitif, penampilan akademik, menurunnya produktivitas kerja, gaji yang lebih rendah, dan menjadi lingkaran setan dari kemiskinan dan kesehatan yang buruk (Keller, 2020).

C. Status Kesehatan dan Tumbuh Kembang Anak

Indikator status kesehatan anak antara lain berat badan lahir, kematian bayi, dan tingkat imunisasi. Pada umumnya anak-anak dari latar belakang budaya yang beragam memiliki

lebih sedikit indikator status kesehatan. Status kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk akses untuk mendapatkan jasa kesehatan (Leininger & Mc Farland, 1995).

Banyak sekali hambatan untuk mendapatkan jasa kesehatan dengan kualitas yang baik untuk anak-anak, seperti hambatan kemiskinan, geografi, kurangnya kompetensi budaya oleh penyedia kesehatan, rasisme, dan lainnya. Keluarga dari beragam budaya mungkin memiliki masalah dalam interaksi dengan perawat dan penyedia kesehatan lainnya, dan kesulitan ini mungkin memiliki dampak merugikan pada layanan kesehatan. Karena etnik minoritas kurang terwakili diantara para profesional perawatan kesehatan, orang tua dan anak-anak sering memiliki latar belakang budaya yang berbeda (Leininger, 1991).

Meskipun pertumbuhan dan perkembangan anak serupa di semua budaya, ras, etnis, dan perbedaan gender dapat diidentifikasi. Misalnya, terdapat persamaan lintas budaya di dalam urutan dan pengaturan waktu, namun proses perkembangan dari siklus kehidupan manusia mengambil tempat dalam konteks budaya. Selama kehidupan, budaya mengerahkan pengaruh yang besar pada perkembangan bayi, anak, dan remaja.

Pola pertumbuhan tertentu muncul misalnya terlepas dari budaya, aktivitas neuromuskuler berkembang dari umum ke spesifik, dari pusat tubuh ke ekstremitas (perkembangan proksimal-ke-distal), dan dari kepala ke jari kaki (perkembangan sefalokaudal). Ukuran kepala dewasa dicapai pada usia 5 tahun, sedangkan sisa dari tubuh berlanjut dan tumbuh selama masa remaja. Pola pertumbuhan dan perkembangan lainnya tampak menjadi spesifik untuk kelompok budaya. Misalnya, di beberapa budaya, pola mobilitas standar Barat dari duduk, merayap, merangkak, berdiri, berjalan dan jongkok adalah tidak mesti terjadi. Pada orang Bali, bayi pergi dari duduk ke jongkok kemudian ke posisi duduk lagi (Kliegman *et al.*, 2011).

D. Budaya Umum dan Budaya Khusus Dalam Merawat Anak

Indonesia yang terdiri dari berbagai suku dan budaya, mempunyai kondisi sosio budaya yang beraneka ragam. Sosio budaya merupakan hubungan manusia dengan manusia, sering dipengaruhi oleh mitos, norma, nilai, kepercayaan, kebiasaan yang berkaitan dengan pola budaya dan merupakan efek dari berbagai akses, seperti akses pangan, akses informasi dan akses pelayanan serta modal yang dipunyai. Kondisi ini memunculkan bentuk pola asuh yang pada akhirnya mempengaruhi perawatan pada anak. Pola asuh atau perawatan adalah perilaku-perilaku dan praktek-praktek pemberi perawatan (ibu, saudara sedarah, ayah dan penyedia layanan perawatan anak) untuk menyediakan makanan, perawatan kesehatan, stimulasi dan dukungan sosial yang penting bagi tumbuh kembang anak yang sehat (Engle & Lhotska, 2019).

Sistem budaya adalah bagian dari kebudayaan yang dalam Bahasa Indonesia lebih lazim disebut adat istiadat. Wujud kebudayaan sebagai suatu kompleks dari ide-ide, gagasan, konsep-konsep, nilai-nilai, norma, peraturan dan sebagainya. Ide-ide dan gagasan-gagasan manusia banyak yang hidup bersama dalam suatu masyarakat, memberi jiwa kepada masyarakat itu. Gagasan-gagasan itu tidak berada lepas satu dari yang lain, melainkan selalu berkaitan, menjadi suatu sistem, yang disebut sistem budaya. Fungsi dari sistem budaya adalah menata dan memantapkan tindakan-tindakan serta tingkah laku manusia (Koentjaraningrat, 1990).

Nilai, sikap, keyakinan, dan praktik dari budaya seseorang mempengaruhi cara orang tua dan penyedia perawatan berpengaruh pada tahapan perkembangan anak. Dalam semua budaya, bayi dan anak-anak dihargai dan dipelihara karena mereka mewakili generasi masa depan. Pengaruh pada orang tua termasuk faktor budaya dan sosial ekonomi, latar belakang pendidikan, politik, agama dan keyakinan filosofis, faktor lingkungan, perkembangan teknologi, faktor individu, nutrisi dan diet, pola istirahat, toilet training, pola asuh, dan interaksi orang tua-anak, termasuk keyakinan

dan praktik yang pada akhirnya membentuk keyakinan orang tua pada pertumbuhan dan perkembangan anak (Keller, 2020; Leininger & Mc Farland, 1995).

Sepanjang masa bayi, anak-anak, dan remaja, anak perempuan dan anak laki-laki menjalani sebuah proses sosialisasi yang ditujukan untuk mempersiapkan mereka pada tahap peran dewasa di masyarakat. Sebagai anak-anak yang tumbuh dan berkembang, mereka memiliki komunikasi dan interaksi yang terjadi di dalam konteks budaya. Hal itu dapat dipertimbangan dan diterima dengan kuat oleh orang tua. Ada banyak praktik pengasuhan anak, tetapi sebagian besar penelitian berfokus pada perbedaan budaya tertentu bukan pada persamaan. Itu penting dalam membedakan di antara praktik budaya yang mencerminkan tingkat sosial ekonomi dari keluarga (Chen & Eisenberg, 2018).

Orang tua memiliki peran penting dalam perawatan anak. Budaya yang ada di masyarakat membuat perawatan anak beragam untuk masing-masing keluarga. Keragaman perawatan pada anak yang berkembang antara lain: 1) Budaya praktik pemberian ASI, 2) Budaya cara perawatan tali pusat, 3) Budaya perawatan kulit pada bayi, 4) Praktik pemberian imunisasi pada bayi, 5) Praktik memandikan bayi, 6) Praktik menjaga kestabilan suhu tubuh bayi, 7) Praktik pemberian pakaian bayi, 8) Budaya menjauhkan bayi dari gangguan makhluk halus. Budaya yang mengakar di masyarakat ini menyebabkan masih perlunya beberapa perawatan pada anak yang perlu diedukasi antara lain cara perawatan tali pusat dan penggunaan gurita pada bayi. Orang tua dapat dibekali dengan edukasi sehingga dapat melakukan perawatan pada anak dengan benar (Yugistyowati, 2021).

E. Asuhan Keperawatan Anak Dan Remaja Berdasarkan Budaya

Beberapa prinsip perawatan untuk kelompok budaya tertentu telah disediakan yang menjelaskan tentang praktik dan cara di mana secara budaya perawatan kompeten dilakukan (Andrews & Boyle, 2016).

1. Pengkajian Keperawatan Keluarga

Saat menilai keluarga anak atau remaja secara klinis, perawat sebaiknya mempertimbangkan latar belakang budaya keluarga dan sistem kepercayaan keluarga, yang mempengaruhi sehat sakit. Perilaku anak-anak dan remaja dipengaruhi oleh praktik pengasuhan anak, keyakinan orang tua tentang keterlibatan dengan anak-anak, dan jenis dan frekuensi tindakan disipliner. Meskipun kedua orang tua memberikan pengaruh pada orientasi anak terhadap kesehatan, menurut penelitian menyatakan variabilitas budaya paling berpengaruh.

Sikap ibu terhadap kesehatan dan penyakit berhubungan dengan tingkat pendidikan mereka. Ibu dengan tingkat pendidikan yang rendah cenderung lebih fatalistik tentang penyakit dan kurang peduli dengan deteksi manifestasi klinis penyakit pada anaknya dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan tinggi. Data pengkajian terkait dengan sistem kepercayaan keluarga akan menyediakan fakta-fakta agar perawat dapat memilih pendekatan dan tindakan prioritas. Bagi ibu yang tidak berorientasi pada pencegahan penyakit atau pemeliharaan kesehatan, maka fokus pada pengajaran mungkin tidak produktif. Sehingga diperlukan untuk merancang waktu bagi keluarga dalam menindaklanjuti rekomendasi yang diberikan perawat misalnya tentang jadwal imunisasi anak dan aspek promosi kesehatan lainnya. Keluarga menjadi semakin beragam dan kompleks dalam beberapa dekade terakhir, dan ada banyak cara para ilmuwan sosial mengklasifikasikannya. Di awal hubungan perawat-orang tua, diperlukan untuk mengidentifikasi anggota keluarga yang berperan signifikan dalam perkembangan anak. Pengaruh keluarga besar (*extended family*) atau jaringan dukungan sosial terhadap perkembangan anak menjadi penting di beberapa budaya yang beragam. Keluarga adalah satuan yang paling peduli terhadap program kesehatan anak.

2. Intervensi Keperawatan

Perawatan anak yang dirawat di rumah sakit adalah domain utama perawat. Prinsip terkait dengan kebersihan diri, termasuk mandi, bercukur, dan perawatan rambut, berlaku untuk anak-anak dari semua suku dan latar belakang budaya, tetapi cara khusus dalam perawatan yang diberikan mungkin sangat bervariasi.

Berkomunikasi dengan anak dan keluarga adalah komponen kunci dalam keberhasilan rawat inap dan pemulihan anak. Komunikasi verbal akan terasa sulit ketika anak-keluarga-kesehatan dengan bahasa yang berbeda. Perawat mungkin memerlukan jasa dari seorang juru bahasa. Ekspresi nonverbal bisa menjadi komunikasi yang kuat. Perawat sebaiknya mengamati isyarat dan interaksi di dalam keluarga. Perawat harus menyadari bahwa ekspresi nonverbal mereka sering ditafsirkan berbeda di sebuah situasi.

3. Evaluasi Rencana Asuhan Keperawatan

Penilaian budaya yang menyeluruh termasuk penggunaan obat tradisional selama awal bertemu dengan anak atau remaja. Disini orang tua adalah sumber yang paling penting, karena tindakan akan rencanakan, dikembangkan, dinegosiasikan, dan dievaluasi. Evaluasi dari efektifitas perawatan dalam menyediakan tindakan sesuai budaya akan menentukan keberhasilan dari tujuan bersama yang ditetapkan dengan anak dan orang tua. Keluarga disini melakukan keputusan yang benar untuk anggota keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, M.M, & Boyle J.S. (2016). *Transcultural Concepts in Nursing Care*. Seven Edition. Philadelphia: Wolters Kluwers.
- Chen, X., & Eisenberg, N. (2018). Understanding cultural issues in child development: Introduction. *Child Development Perspectives*, 6(1), 1-4.
- Engle, P.L. and Lhotska, L. (2019). The role of care in programmatic actions for nutrition: designing programmes involving care. *Food Nutrition Bulletin* Vol.20, 35-121p.
- Keller, H. (2020). Attachment and culture. *Journal of CrossCultural Psychology*, 44(2), 175-194.
- Kliegman, R. M., Stanton, B. F., Saint Geme, J. W., Schor, N. F., & Behrman, R. E. (2011). *Nelson textbook of pediatrics (19th ed.)*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.
- Koentjaraningrat. (1990). *Pengantar ilmu antropologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Leininger, M. (1991). *Culture care delivery and universality: A theory of nursing*. New York, NY: National League for Nursing Press.
- Leininger, M & McFarland, M.R. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. Third Edition. United States of America: Mc Graw-Hill.
- Yugistyowati, A. (2021). Studi fenomenologi: budaya perawatan neonatus di Kabupaten Kulon Progo. *Tens: Trends of Nursing Science*, 2(1), 60-71.

BIODATA PENULIS



Anafrin Yugistyowati, S. Kep., Ns., M.Kep.Sp.Kep.An., lahir di Gunungkidul, 22 Februari 1986. Penulis bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata. *Area of Interest* penelitian dibidang *Maternal, Child Health and Nutrition* khususnya masalah perinatal, tumbuh kembang anak dan kesehatan reproduksi remaja. Kegiatan pengabdian masyarakat yang terus ditekuni yaitu upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat terkait masalah BBLR, stunting, dan tumbuh kembang anak. Jalin kerja sama dengan penulis via surel berikut ini:

anafrin.yugistyowati@almaata.ac.id

Penerbit PT. PENA PERSADA KERTA UTAMA
Jl. Gerilya No. 292 Purwokerto Selatan
Kab. Banyumas, Jawa Tengah
Telepon: (0281) 7771388
Website: www.penapersada.com

ISBN 978-623-455-917-0



9 786234 559170