

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Keperawatan Transkultural

Menurut teori Leininger dalam buku Sudiharto (2012), keperawatan transkultural adalah ilmu dan kiat yang humanis, yang difokuskan pada perilaku individu atau kelompok, serta proses untuk mempertahankan atau meningkatkan perilaku sehat atau perilaku sakit secara fisik dan psikokultural sesuai latar belakang budaya. Pelayanan keperawatan transkultural diberikan kepada klien sesuai dengan latar belakang budayanya. Budaya tradisional yang dimiliki pasien perlu dipertahankan bila budaya pasien tidak bertentangan dengan kesehatannya (Leininger 1987 dalam Lestari, 2014). Perencanaan dan implementasi keperawatan diberikan sesuai nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki pasien sehingga pasien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya.

Kondisi seperti ini menuntut totalitas seorang perawat dalam menjalankan fungsinya. Profesionalitas akan terus tumbuh dan berkembang bila seorang perawat mempunyai kemauan untuk mengembangkan berbagai pengetahuan yang berhubungan dengan profesi keperawatan. Memberikan pelayanan yang terbaik juga menjadi alasan pentingnya perawat memiliki pengetahuan budaya. Perawat bersikap menghargai budaya pasien dan keluarganya. Menurut Leininger, manusia mempunyai hak untuk dipahami, dihargai, dimengerti dan digunakan budayanya dalam perawatan (Smeltzer, 2007) dalam jurnal (Lestari, 2014).

2.1.1.1 *Transkultural nursing* dalam konteks teori keperawatan

Pemahaman perawat tentang keperawatan transkultural merupakan acuan dasar terhadap terlaksana implementasi pelayanan keperawatan dan terkait erat dengan dimensi teori dasar keperawatan (Potter & Perry, 2008). Hal tersebut dijelaskan sebagai berikut :

a. Manusia (*human*) sebagai klien

Manusia adalah individu yang memiliki nilai dan norma yang diyakini berguna untuk menetapkan pilihan, melakukan tindakan dan berkecenderungan mempertahankan budayanya pada semua situasi dan tempat (Leininger, 1991 dalam Pratiwi 2011).

b. Kesehatan

Kesehatan adalah keseluruhan aktivitas yang dimiliki individu dalam mengisi kehidupannya dalam rentang sehat-sakit. Kesehatan merupakan keyakinan, nilai, pola kegiatan untuk menjaga, memelihara keseimbangan kesehatan dalam kehidupan sehari-hari dan dalam konteks budaya (Potter & Perry, 2008). Pasien dan perawat mempunyai tujuan yang sama yaitu mempertahankan keadaan sehat individu dalam rentang yang adaptif. Asuhan keperawatan yang diberikan bertujuan meningkatkan kemampuannya memilih budaya yang sesuai dengan status kesehatannya melalui belajar dengan lingkungannya dan sehat yang dicapai bersifat holistic dan humanistic.

c. Lingkungan

Lingkungan adalah keseluruhan fenomena yang mempengaruhi perkembangan, kepercayaan dan perilaku individu dan dipandang sebagai suatu totalitas kehidupan dimana individu dan budayanya saling

berinteraksi, meliputi lingkungan fisik, social dan simbolik (Potter & Perry, 2008). Lingkungan fisik adalah alam yang dibuat oleh manusia dan dapat membentuk budaya tertentu, misalnya bentuk rumah didaerah panas cenderung dibuat banyak ventilasi, rumah ditempat yang dingin cenderung tertutup. Lingkungan social adalah keseluruhan struktur social yang berhubungan dengan sosialisasi individu dalam masyarakat yang lebih luas seperti keluarga, komunitas dan tempat ibadah sehingga harus mengikuti struktur dan aturan yang berlaku dilingkungan tersebut. Lingkungan simbolik menyebabkan manusia merasa perlu bersatu (melalui bahasa) yang bermakna untuk membentuk toleransi, tenggang rasa.

d. Keperawatan

Keperawatan adalah ilmu dan kiat yang diberikan profesi perawat kepada pasien dengan berfokus pada perilaku, fungsi dan proses untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan atau pemulihan dari sakit (Potter & Perry, 2008).

2.1.1.2 Konsep budaya dan Prinsip dalam Asuhan Keperawatan Transkultural

Perawat perlu memahami budaya untuk mengembangkan sains dan pohon keilmuan yang humanis sehingga tercipta praktik keperawatan pada kultur yang spesifik dan universal. Kultur yang spesifik adalah kultur dengan nilai-nilai norma yang spesifik yang tidak dimiliki kelompok lain, seperti bahasa. Sedangkan kultur yang universal adalah nilai atau norma yang diyakini dan dilakukan oleh hampir semua kultur, seperti budaya olahraga yang membuat badan sehat dan bugar. Dalam melaksanakan praktik

keperawatan yang bersifat humanis, perawat perlu memahami landasan teori dan praktik keperawatan yang berdasarkan budaya (Kozzier dan Erb, 2010).

Menurut Giger dan Davidhizar (2009), konsep dan prinsip dalam asuhan keperawatan ada beberapa, antara lain :

a. Budaya

Norma atau aturan tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan dibagi serta member petunjuk dalam berfikir, bertindak dan mengambil keputusan.

b. *Cultural*

Seseorang yang memiliki pertentanan antara dua individu dari budaya, gaya hidup dan hukum hidup. Contohnya, Didin adalah anak yang dilahirkan dari pasangan suku sunda dan batak.

c. *Diversity*

Diversity atau keragaman budaya adalah suatu bentuk yang ideal dari asuhan keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan budaya individu, kepercayaan dan tindakan.

d. *Etnosentris*

Persepsi yang dimiliki oleh individu yang menganggap bahwa budayanya adalah yang terbaik diantara budaya-budaya yang dimiliki oleh orang lain.

e. Ras

Perbedaan manusia didasarkan pada asal muasal manusia.

f. *Cultural Shock*

Suatu keadaan yang dialami 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.

g. *Diskriminasi*

Perbedaan perlakuan individu atau kelompok berdasarkan ras, etnik, jenis kelamin, social dan lain sebagainya..

h. *Stereotyping*

Anggapan suatu individu atau kelompok bahwa semua anggota dari kelompok budaya adalah sama. Seperti, perawat beranggapan bahwa semua orang Indonesia menyukai nasi.

i. *Assimilation*

Suatu proses individu untuk membangun identitas kebudayaannya, sehingga akan menghilangkan budaya kelompoknya dan memperoleh budaya baru.

j. *Prejudice*

Adalah prasangka buruk atau beranggapan bahwa para pemimpin lebih suka untuk menghukum terlebih dahulu suatu anggota.

2.1.1.3 Proses Keperawatan Trankultural

Model konseptual yang dikembangkan oleh Leininger dalam menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks budaya digambarkan dalam bentuk matahari terbit (Sunrise Model) .proses keperawatan ini digunakan oleh perawat sebagai landasan berfikir dan memberikan solusi terhadap masalah klien (Andrew dan Boyle, 2007).

Pengelolaan asuhan keperawatan dilaksanakan dari mulai tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 2005). Pengkajian dirancang berdasarkan 7 (tujuh) komponen yang ada pada Sunrise Model yaitu :

a. Faktor teknologi (*technological 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 factor-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, 2007) . Yang perlu dikaji pada tahap ini adalah : peraturan dan kebijakan yang berkaitan dengan jam berkunjung, jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu dan cara pembayaran untuk klien yang dirawat.

f. Faktor ekonomi (*economical factors*)

Klien yang dirawat dirumah 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 dengan latar belakang budayanya yang dapat dicegah, diubah atau dikurangi melalui intervensi keperawatan (Giger and Davidhizar, 2005). Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan dalam asuhan keperawatan transkultural yaitu : gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perbedaan kultur, gangguan interaksi sosial berhubungan dengan

disorientasi sosiokultural dan ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan system nilai yang diyakini.

3. Perencanaan dan pelaksanaan

Perencanaan dan pelaksanaan dalam tatanan dengan 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, 2005). Ada tiga pedoman yang ditawarkan dalam keperawatan transkultural (Andrew and Boyle, 2007) 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*

- 1) Identifikasi perbedaan konsep antara klien dengan 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 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 biomedis, pandangan klien dan standar etik.

c. *Cultural care repartening/reconstruction*

- 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 terminology gejala pasien kedalam bahasa kesehatan yang dapat dipahami oleh klien dan orang tua.
- 5) Berikan informasi pada klien tentang system 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-budaya mereka. Bila perawat tidak memahami budaya klien maka akan timbul rasa tidak percaya sehingga hubungan terapeutik antara perawat dan klien akan terganggu. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektivitas 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.

2.1.2 Budaya

a. Pengertian Budaya (Kultur)

Budaya atau kebudayaan berasal dari bahasan Sanskerta yaitu “*buddhayah*” yang merupakan bentuk jamak dari “*buddhi*” (budi atau akal), diartikan sebagai hal-hal yang berkaitan dengan budi dan akal manusia. Dalam bahasa Inggris, budaya disebut *culture*, yang berasal dari kata Latin “*colere*”, yaitu mengolah atau mengerjakan, bisa diartikan juga sebagai mengolah tanah atau bertani. Kata *culture* juga diterjemahkan sebagai “kultur” dalam bahasa Indonesia (Dewangga, 2012).

Menurut Purnell dan Paulanka (2003) dalam Potter dan Perry (2010), budaya merupakan penyebaran secara sosial dari pengetahuan, bentuk tingkah laku, nilai-nilai, kepercayaan, norma dan gaya hidup dari kelompok tertentu yang menunjukkan pandangan mereka dan cara pengambilan keputusan.

Pengertian yang sama disampaikan oleh Dr. Madeleine Leininger, pendiri keperawatan transkultural dan McFarland (2006) dalam Giger (2013), yang menyebutkan bahwa budaya adalah nilai-nilai, kepercayaan, norma-norma, praktik gaya hidup suatu kelompok tertentu yang dipelajari dan disebarkan sebagai acuan dalam berfikir, mengambil keputusan dan bertindak dengan cara yang terpola.

b. Pendekatan budaya

Identifikasi budaya merupakan bagian dan langkah awal ketika seorang perawat akan melakukan pengkajian. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Pratiwi (2011) bahwa memberikan acuan lima elemen budaya yang perlu diketahui dan mampu diimplementasikan oleh perawat dalam intervensi keperawatan., yaitu menilai keanekaragaman budaya, memiliki kapasitas *assessment* budaya, menyadari budaya bersifat dinamis, mempunyai pengetahuan budaya dan mempunyai adaptasi yang terus-menerus dikembangkan dalam upaya merefleksi dan memahami keanekaragaman budaya (Pratiwi, 2011). Dalam kegiatan pengkajian perawat sekaligus mengidentifikasi pasien sehingga minimal dapat diketahui latar belakang budaya pasien. Dengan demikian secara otomatis perawat akan dapat menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan latar belakang budaya pasien. Selanjutnya, perawat mungkin akan menghadapi tantangan ketika budaya pasien ternyata berbeda dengan perawat. Namun demikian perawat seharusnya mampu menyesuaikan diri dalam situasi tersebut.

Meyer (dalam Nursalam, 2008) memberikan tuntutan empat hal yang harus dimiliki seorang perawat sebagai provider dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan yaitu mempunyai kapabilitas menghadapi tantangan langsung perbedaan klinis dari klien yang berbeda suku dan ras, mempunyai kemampuan komunikasi dalam menghadapi klien yang beranekaragam latar belakang, mempunyai kapabilitas dalam bidang ethics dan menumbuhkan kepercayaan.

2.1.3 Teori Perilaku

Beberapa teori untuk mengungkap determinan perilaku dari analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, diantaranya adalah teori Lawrence Green (1980) dalam Notoatmodjo (2012). Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behaviour causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor :

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Menurut Priyono (2013), beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perilaku masyarakat dalam pengelolaan sampah antara lain:

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah segenap apa yang diketahui manusia tentang sesuatu, termasuk tentang ilmu. Perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng (*long lasting*) daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi tingkat pengetahuan.

2) Peran Tokoh Masyarakat

Tokoh masyarakat mempunyai peranan yang sangat penting dalam memberikan informasi dan motivasi kepada masyarakat dalam memahami dan bertindak dalam pengelolaan lingkungan hidup termasuk pengelolaan sampah. Perilaku tidak saja ditentukan oleh sikap individu akan tetapi juga oleh norma subjektif yang ditentukan oleh pendapat tokoh atau orang yang berpengaruh tentang apakah subjek itu perlu, harus atau dilarang melakukan perilaku yang diteliti atau seberapa jauh subjek akan mengikuti pendapat orang tersebut.

Beberapa hasil penelitian tentang lingkungan hidup menemukan bahwa tokoh masyarakat berperan dalam mempengaruhi perilaku masyarakat dalam pengelolaan lingkungan hidup. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Putra (2008) yang mengatakan bahwa “Tungku Tigo Sajarangan” berperan sebagai lembaga yang dapat melakukan penyadaran bagi masyarakat dan sebagai kontrol agar ikut berpartisipasi dalam proses pembangunan lokal.

3) Komunikasi

Menurut Mulyana (2007), komunikasi yang efektif adalah komunikasi yang hasilnya sesuai dengan apa yang diharapkan oleh para pelakunya (komunikator dan komunikan). Agar komunikasi dapat mencapai sasaran sesuai dengan yang diharapkan, perlu diketahui tanda-tanda komunikasi yang efektif. Tanda-tanda komunikasi yang efektif adalah apabila terjadi persamaan persepsi antara komunikator dan komunikan. Komunikasi dapat pula dilakukan melalui media, baik

langsung maupun tak langsung. Komunikasi melalui media langsung seperti pendidikan dan pelatihan, sedangkan secara tak langsung adalah melalui tulisan / bahan panduan. Komunikasi akan lebih efektif apabila dilakukan secara langsung dan berhadapan.

2.1.4 Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap obyek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2012). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2005) pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui berkenaan dengan hal. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behaviour*).

Pengetahuan seseorang tentang suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu. Menurut teori WHO (*World Health Organization*) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012), salah satu bentuk objek kesehatan dapat dijabarkan oleh pengetahuan yang diperoleh dari pengalaman sendiri. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

2. Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2012) ada 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk juga mengingat kembali suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang telah di terima dengan cara menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dpat menginterprestasikan materi tersebut secara benar.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya. Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis merupakan suatu kemampuan untuk menjabarkan suatu materi kedalam komponen–komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut yang masih ada kaitannya antara satu dengan yang lain dapat ditunjukkan dengan menggambarkan, membedakan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merupakan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian–bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru dengan dapat menyusun formulasi yang baru.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi penelitian didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria yang sudah ada. Pengetahuan diukur dengan wawancara atau angket tentang materi yang akan diukur dari objek penelitian

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Notoatmodjo (2012), berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu :

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin

banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut .

b. Media massa / informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru sehingga mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan

c. Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbale balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman baik dari pengalaman pribadi maupun dari pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran suatu pengetahuan.

f. Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

4. Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan diatas (Nursalam, 2008) :

Tingkat pengetahuan tinggi bila skor $> 75\% - 100\%$

Tingkat pengetahuan sedang bila skor $56\% - 75\%$

Tingkat pengetahuan rendah bila skor $< 56\%$

5. Pengetahuan dan sikap perawat terhadap klien dengan budaya yang berbeda

Perawat bersikap menghargai budaya kliennya atau keluarganya. Mereka berusaha untuk memahami budaya-budaya klien yang sangat variatif, walaupun budaya sangat jauh berbeda. Menurut Leininger, manusia mempunyai hak untuk dipahami, dihargai, dimengerti,

dan digunakan budayanya dalam perawatan. Oleh karena itu, seorang perawat kesehatan seyogyanya mempunyai kemampuan untuk mengerti dan memahami pasien-pasiennya (Leininger, 2005). Ketidakmampuan perawat untuk memahami pasien bisa berakibat masalah. Sumber utama masalah dalam merawat pasien dari latar belakang budaya yang berbeda adalah adanya ketidakmengertian dan dan tidak adanya rasa toleransi. Selanjutnya ANA (*American Nursing Association*) menjelaskan bahwa perawat harus mempertimbangkan factor budaya yang mempengaruhi kliennya dan menggunakan pengetahuan tentang budayanya untuk mengembangkan atau menyusun *nursing care plan* dan mengimplementasikan tindakan keperawatan (Anonim, 2010).

Terkadang perawat juga perlu membiarkan keluarga pasien untuk melakukan ritual tertentu untuk kesembuhan pasiennya. Hal tersebut sesuai dengan teori Leininger. Menurut Leininger, budaya pasien perlu dipertahankan 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. Tetapi perawat juga akan bernegosiasi atau melarang keluarga atau pasien apabila mereka melakukan suatu kegiatan yang tidak terjamin keamanannya atau tidak diijinkan dokter. Negosiasi atau akomodasi perawatan cultural mengacu pada semua bantuan, fasilitas dan dukungan atau pembuatan keputusan dan tindakan profesional yang menolong masyarakat sesuai adaptasi kebudayaan mereka untuk mencapai hasil kesehatan yang menguntungkan. Selanjutnya, menurut Leininger perawat perlu

melakukan rekonstruksi budaya bila budaya yang dimilikinya merugikan status kesehatan dan apabila hal tersebut tidak berhasil, perawat akan memberikan *inform consent* yang wajib ditandatangani oleh pasien maupun keluarga.

2.1.5 Perilaku *Caring* dan Konsep Dasar *Caring*

a. Pengertian Perilaku *Caring* dan Konsep Dasar *Caring*

Caring adalah esensi dari keperawatan yang berarti juga pertanggung jawaban hubungan antara perawat-klien, dimana perawat membantu berpartisipasi, membantu memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan. *Caring* adalah esensi dari keperawatan yang merupakan fokus dan sentral dari praktik keperawatan. *Caring* dalam keperawatan adalah hal yang sangat mendasar. *Caring* merupakan “*heart*” profesi, artinya sebagai komponen yang fundamental dari fokus sentral serta unik dari keperawatan (Barnum, 2009). Terkait dengan perilaku *caring* perawat, maka Potter & Perry (2008) mendefinisikan *caring* sebagai pemberian perhatian penuh pada klien saat memberikan asuhan keperawatan.

Meskipun perkataan *caring* telah digunakan secara umum, tetapi tidak terdapat definisi dan konseptualisasi yang universal mengenai *caring* itu sendiri. Setidaknya terdapat lima perspektif atau kategori mengenai *caring*, yaitu *caring* sebagai sifat manusia *caring* sebagai intervensi terapeutik, dan *caring* sebagai bentuk kasih sayang (Swanson, dalam Leddy, 2008).

Caring sulit untuk didefinisikan karena memiliki makna banyak : sebagai kata benda atau kata kerja, sebagai sesuatu yang dapat dirasakan, sebagai sikap atau perilaku. Meskipun demikian, pakar-pakar keperawatan

banyak yang telah melakukan pendekatan-pendekatan untuk mendefinisikan dan menjabarkan perilaku *caring*. Sedangkan perilaku *caring* perawat adalah suatu perilaku yang meliputi seperti : mendengarkan penuh perhatian, hiburan, kejujuran, kesabaran, tanggung jawab, menyediakan informasi sehingga pasien dapat membuat keputusan (Simarmata, 2010).

Berbagai penelitian telah menyatakan tentang *caring* sebagai fokus sentral keperawatan. Stanizewska & Ahmed (2008) menyatakan di dalam penelitiannya bahwa harapan pasien akan asuhan keperawatan adalah asuhan keperawatan yang mencakup perilaku *caring* perawat di dalamnya (Stanizewska & Ahmed, 1998, dalam Wolf, et al., 2008).

Perilaku *caring* perawat adalah bagian dari praktik keperawatan profesional yang holistik atau menyeluruh. Di dalam penelitiannya Valentine, (1997) mengemukakan bahwa pilihan pasien dalam mencari pusat pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh pengalaman positif terhadap perilaku *caring* perawat (dikutip dari Wolf, et al., 2008).

b. Faktor-faktor Pembentuk Perilaku *Caring*

Menurut Watson (2007), fokus utama dari keperawatan adalah faktor-faktor *carative* yang bersumber dari perspektif humanistik yang dikombinasikan dengan dasar pengetahuan ilmiah. Watson kemudian mengembangkan sepuluh faktor *carative* tersebut untuk membantu kebutuhan tertentu dari pasien dengan tujuan terwujudnya integritas fungsional secara utuh dengan terpenuhinya kebutuhan biofisik, psikososial dan kebutuhan interpersonal (dikutip dari (Nurachmah, 2007).

Kesepuluh faktor *carative* tersebut adalah :

1) Pendekatan humanistik dan altruistik.

Pembentukan sistem nilai humanistik dan altruistik mulai berkembang di usia dini dengan nilai-nilai yang berasal dari orang tuanya. Sistem nilai ini menjembatani pengalaman hidup seseorang dan mengantarkan ke arah kemanusiaan. Perawatan yang berdasarkan nilai-nilai humanistik dan altruistik dapat dikembangkan melalui penilaian terhadap pandangan diri seseorang, kepercayaan, interaksi dengan berbagai kebudayaan dari pengalaman pribadi. Hal ini dianggap penting untuk pendewasaan diri perawat yang kemudian akan meningkatkan sikap altruistik. Melalui sistem nilai humanistik dan altruistik ini perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien

2) Menanamkan sikap penuh harapan.

Perawat memberikan kepercayaan dengan cara memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Dalam hubungan perawat-klien yang efektif, perawat memfasilitasi perasaan optimis, harapan, dan kepercayaan. Di samping itu, perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan.

Kepercayaan dan pengharapan sangat penting bagi proses karatif maupun kuratif. Perawat perlu memberikan alternatif-alternatif bagi pasien jika pengobatan modern tidak berhasil; berupa meditasi, penyembuhan sendiri, dan spiritual. Dengan menggunakan faktor karatif ini akan tercipta perasaan lebih baik melalui kepercayaan dan atau

keyakinan yang sangat berarti bagi seseorang secara individu (Dwidiyanti, 2008).

3) Kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

Pengembangan perasaan ini akan membawa pada aktualisasi diri melalui penerimaan diri antara perawat dan klien. Perawat belajar menghargai kesensitifan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitif dan , murni dan bersikap wajar pada orang lain. Perawat yang mampu untuk mengenali dan mengekspresikan perasaannya akan lebih mampu untuk membuat orang lain mengekspresikan perasaan mereka.

Pengembangan kepekaan terhadap diri dan orang lain, mengeksplorasi kebutuhan perawat untuk mulai merasakan suatu emosi yang muncul dengan sendirinya. Hal itu hanya dapat berkembang melalui perasaan diri seseorang yang peka dalam berinteraksi dengan orang lain. Jika perawat berusaha meningkatkan kepekaan dirinya, maka ia akan lebih autentik (tampil apa adanya). Autentik akan menambah pertumbuhan diri dan aktualisasi diri baik bagi perawat sendiri maupun bagi orang-orang yang berinteraksi dengan perawat itu (Dwidiyanti, 2008).

4) Hubungan saling percaya dan saling membantu.

Pengembangan hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah sangat krusial bagi transportasi *caring*. Hubungan saling percaya akan meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi

untuk menjalin hubungan dalam keperawatan. Karakteristik faktor ini adalah kongruen, empati, dan ramah. Kongruen berarti menyatakan apa adanya dalam berrinteraksi dan tidak menyembunyikan kesalahan. Perawat bertindak dengan cara yang terbuka dan jujur. Empati berarti perawat memahami apa yang dirasakan klien. Ramah berarti penerimaan positif terhadap orang lain yang sering diekspresikan melalui bahasa tubuh, ucapan tekanan suara, sikap terbuka, ekspresi wajah dan lain-lain.

5) Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif.

Perawat menyediakan dan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien. Berbagi perasaan merupakan pengalaman yang cukup beresiko baik bagi perawat maupun klien. Perawat harus siap untuk ekspresi perasaan positif maupun negatif bagi klien. Perawat harus menggunakan pemahaman intelektual maupun emosional pada keadaan yang berbeda.

6) Menggunakan *problem solving* dalam mengambil keputusan.

Perawat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada klien, sehingga akan mengubah gambaran tradisional perawat sebagai “pembantu” dokter. Proses keperawatan adalah proses yang sistematis dan terstruktur, seperti halnya proses penelitian.

7) Peningkatan belajar mengajar interpersonal.

Faktor ini adalah konsep yang penting dalam keperawatan, yang membedakan antara *caring* dan *curing*. Perawat memberikan informasi kepada klien. Perawat bertanggungjawab akan kesejahteraan dan

kesehatan klien. Perawat memfasilitasi proses belajar mengajar yang didesain untuk memampukan klien memenuhi kebutuhan pribadinya, memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal klien.

- 8) Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, spiritual yang mendukung.

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan dan kondisi penyakit klien. Konsep yang relevan terhadap lingkungan internal yang mencakup kesejahteraan mental dan spiritual, dan kepercayaan sosiokultural bagi seorang individu. Sedangkan lingkungan eksternal mencakup variabel epidemiologi, kenyamanan, privasi, keselamatan, kebersihan dan lingkungan yang estetis. Karena klien bisa saja mengalami perubahan baik dari lingkungan internal maupun eksternal, maka perawat harus mengkaji dan memfasilitasi kemampuan klien untuk beradaptasi dengan perubahan fisik, mental, dan emosional.

- 9) Memberi bantuan dalam pemenuhan kebutuhan manusia.

Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif yaitu kebutuhan biofisik, psikososial, psikofisikal dan interpersonal klien. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat yang selanjutnya. Nutrisi, eliminasi, dan ventilasi adalah contoh dari kebutuhan biofisik yang paling rendah. Pencapaian dan hubungan merupakan kebutuhan psikososial yang tinggi, dan aktualisasi diri merupakan kebutuhan interpersonal yang paling tinggi.

10) Terbuka pada eksistensial fenomenologikal dan dimensi spiritual penyembuhan.

Faktor ini bertujuan agar penyembuhan diri dan kematangan diri dan jiwa klien dapat dicapai. Terkadang klien perlu dihadapkan pada pengalaman /pemikiran yang bersifat proaktif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri.

Faktor karatif ini dalam ilmu keperawatan membantu perawat untuk memahami jalan hidup seseorang dalam menemukan arti kesulitan hidup. Karena adanya dasar yang irrasional tentang kehidupan, penyakit dan kematian, perawat menggunakan faktor karatif ini untuk membantu memperoleh kekuatan atau daya untuk menghadapi kehidupan atau kematian (Dwidiyanti, 2008).

c. Klasifikasi Perilaku *Caring*

Banyak penelitian mendefinisikan dan menjabarkan bentuk nyata perilaku *caring* perawat. Christopher dan Hegedus (2010) dalam penelitiannya, merangkum beberapa literatur tentang perilaku *caring* perawat, dan mengelompokan perilaku *caring* perawat kedalam dua kelompok besar yaitu perilaku afektif dan instrumental.

1) Perilaku Afektif *Caring* Perawat

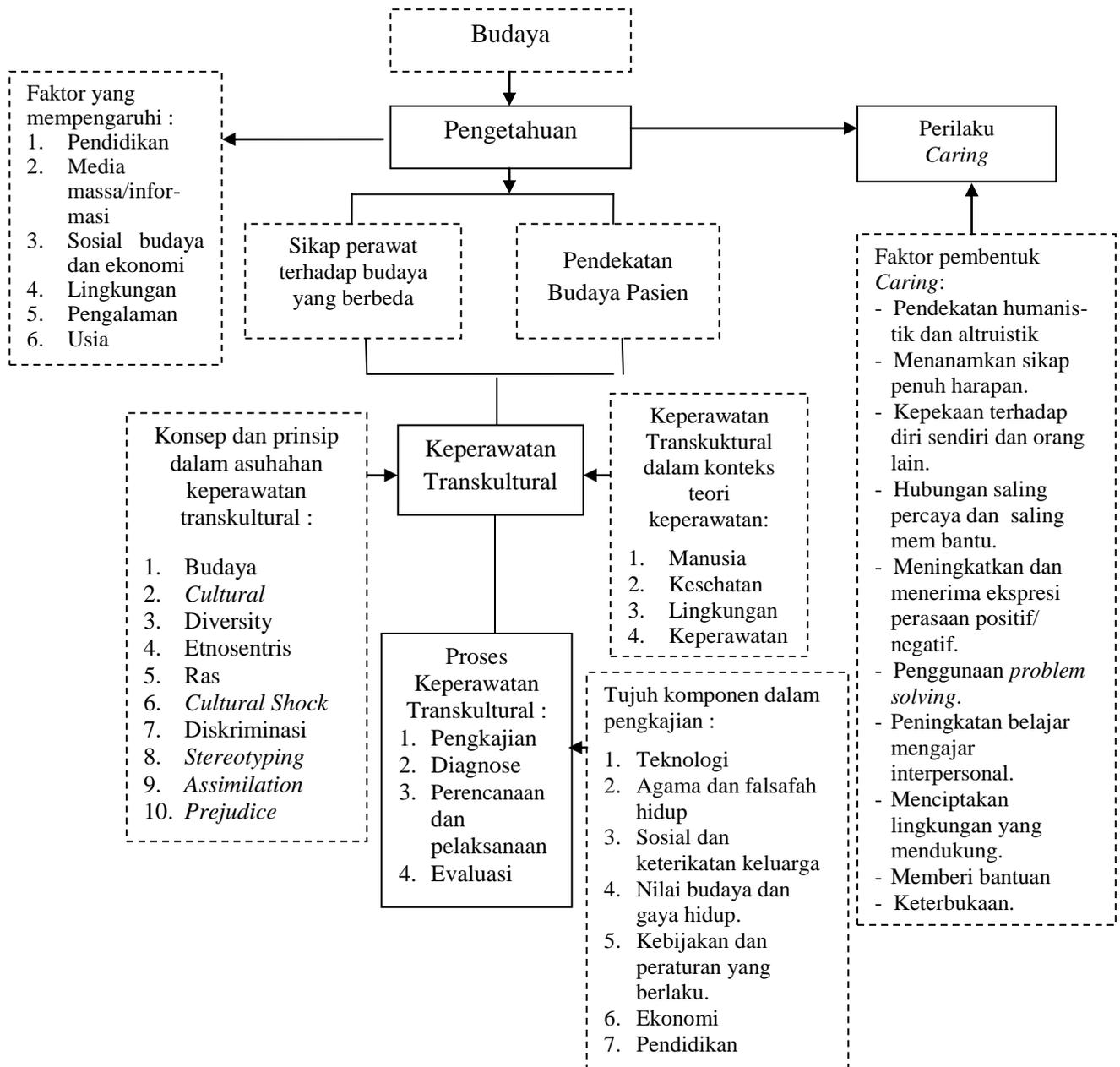
Perilaku afektif *caring* perawat adalah sikap perawat yang mencerminkan nilai-nilai *caring* yaitu nilai kemanusiaan, hormat, kepedulian, empati, dan hubungan saling percaya dan membantu (Christopher & Hegedus (2010). Perilaku *caring* perawat yang termasuk kedalam perilaku afektif meliputi semua aktivitas perawat dalam

membentuk hubungan dengan pasien yang berkualitas yang didasari hubungan saling percaya, sensitif dan empati. Aktivitas lain yang mencerminkan perilaku afektif yaitu memberikan dukungan terhadap pasien seperti pengawasan pasien, memberikan kenyamanan dan menghormati privasi pasien (Watson, Christopher & Hegedus, 2010).

2) Perilaku Instrumental *Caring* Perawat

Perilaku instrumental *caring* perawat adalah perilaku yang menunjukkan keterampilan dan kemampuan perawat secara kognitif dan psikomotor (Christopher & Hegedus, 2010). Aktivitas perawat yang mencerminkan perilaku *caring* instrumental diantaranya yaitu aktivitas fisik atau tindakan perawat seperti pemberian obat-obatan, perawatan kebersihan pasien, pemenuhan kebutuhan dasar pasien dan penggunaan alat-alat kesehatan. Perilaku lain yang mencerminkan perilaku instrumental dari *caring* perawat adalah aktivitas yang berorientasi pada kemampuan kognitif seperti program pembelajaran, pendidikan kesehatan dan pemecahan masalah dengan metode asuhan keperawatan yang sistematis (Watson, dalam Christopher & Hegedus, 2010).

2.2 Kerangka Teori



Keterangan :

———— : Yang diteliti

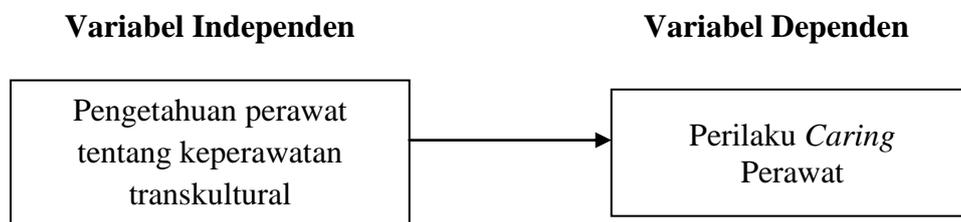
----- : Yang tidak diteliti

Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber: Andrew dan Boyle (2007), Notoatmodjo (2012), Giger dan Davidhizar (2009), (Nurachmah, 2010).

2.3 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan landasan berfikir yang dikembangkan berdasarkan teori yang ada. Kerangka konsep memberikan gambaran sederhana tentang landasan berfikir penelitian dengan menunjukkan variable variabel penelitian dan keterkaitan antar variabel (Sopiyudin, 2008). Kerangka konsep penelitian ini terdiri dari variable independent dan variable dependent.



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara pengetahuan perawat tentang keperawatan transkultural (*transcultural nursing*) dengan perilaku *caring* perawat di ruang rawat inap RSUD Murjani.