

# TEORI KEPERAWATAN DAN APLIKASINYA

IMOGENE KING | NOLA J PENDER  
MEDELEINE LEININGER | VIRGINIA HENDERSON

PENULIS

PARLIANI, S.KEP., NERS., MNS  
TRI WAHYUNI, S.KEP., NERS., M.KEP



# TEORI KEPERAWATAN DAN APLIKASINYA

IMOGENE KING | NOLA J PENDER  
MEDELEINE LEININGER | VIRGINIA HENDERSON

Cetakan pertama: Agustus 2018

Penulis:  
PARLIANI, S.KEP., NERS., MNS  
TRI WAHYUNI, S.KEP., NERS., M.KEP

Editor: Afifa AR  
Desain Sampul: Oksana  
Penata Letak: Oksana  
Tebal: 117 hlm  
Ukuran: A5  
ISBN: 978-602-5528-65-1

Penerbit:  
OKSANA PUBLISHING | CV. KANAKA MEDIA  
Grogol RT 2 RW 1 Tulangan, Sidoarjo  
Telp: 08998028152

*All rights reserved*

# Kata Pengantar

*Bismillahirrahmanirrahim...*

*Assalamu'alaikum Wr Wb.*

**T**eringin doa dan salam kami panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Semesta alam, yang karena rahmat dan hidayah-Nya, kami bisa menyelesaikan buku ini dengan judul teori-teori keperawatan, di mana ada empat teori keperawatan yang kami paparkan dalam buku ini yakni Imogene King, Nola J Pender, Medeleide Leininger dan Virginia Henderson. Tidak lupa salawat serta salam tetap tucurahkan kepada junjungan kita, Nabi Muhammad SAW atas perjuangannya kita bisa menikmati indahnya beriman dan berislam.

Buku ini berisi teori-teori keperawatan serta aplikasinya dalam pelayanan keperawatan baik berdasarkan studi lapangan nyata maupun dari literatur-literatur yang tersedia. Buku ini dikemas dengan dua bahasa agar mudah dipahami atau dimengerti karena dikemas dengan bahasa-bahasa ilmiah yang sudah disederhanakan.

Terima kasih juga kami ucapkan untuk seluruh pihak yang mendukung dalam terbitnya buku ini terutama kepada pihak Penerbit Oksana yang telah bersedia menerbitkan buku ini hingga bisa menyebar ke pasaran, baik *online* maupun *offline*.

Tidak lupa ucapan terima kasih kepada semua pembaca yang telah bersedia membaca dan memiliki buku ini sebagai satu di antara koleksi buku untuk dikunyah dan resapi. Kami berharap buku ini bisa bermanfaat dan menjadi salah satu sumber referensi.

Pontianak, 26 Juli 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

Hlm

iii	Kata Pengantar
1	<b>BAB I</b> Teori Keperawatan Imogene King
28	<b>BAB II</b> The Health Promotion Model : Nola J Pender
55	<b>BAB III</b> Teori Keperawatan Medeleine Leininger
96	<b>BAB IV</b> Teori Keperawatan Virginia Henderson
110	Tentang Penulis



# BAB I

## TEORI KEPERAWATAN IMOGENE KING



### A. BIOGRAFI

Nama : Imogene M. King  
TTL : West Point Iowa, 30 Januari 1923  
Wafat : Petersburg, 24 Desember 2007 dan  
dikuburkan di Fort Madison Iowa

### Riwayat Pendidikan:

1. Pada 1945, King menyelesaikan Program Diploma Keperawatan di Rumah Sakit Pendidikan Keperawatan John, St Louis, Missouri.
2. Pada 1948, King menyelesaikan studi S1 pendidikan keperawatan di universitas St Louis.
3. Pada 1957, King menyelesaikan studi S2-nya dan mendapatkan gelar MSN dari Universitas St Louis.

4. Pada 1961, King menyelesaikan studi S3-nya dan mendapatkan gelar Doktor Pendidikan dari Universitas Columbia, New York.
5. Pada 1980, King mendapatkan gelar profesor dari Universitas Illinois.

#### **Riwayat pekerjaan:**

1. Pada 1947-1958, King bekerja sebagai instruktur rumah sakit di keperawatan medikal bedah dan pernah menjadi Asisten Direktur di Rumah Sakit Pendidikan Keperawatan di St Louis.
2. Pada 1972, ia mengajar mahasiswa pascasarjana di Universitas Loyola Chicago.

#### **Hasil karya King:**

1. Dr. King telah menerbitkan teori tentang keperawatan: *sistem, konsep, proses* (1981).
2. Dr. King dikenal pada 2005, dengan keikutsertaannya dalam gerakan teori keperawatan. Dr. King memiliki artikel berjudul *Perawatan Teori: Masalah dan Kemajuan* dalam jurnal yang diedit oleh Dr. Rogers.
3. Buku-buku karya King yang diterbitkan sejak 1961 sampai 1981 yaitu: *Toward a Theory for Nursing: General Concept of Human Behaviour* (1961-1966). Sebuah teori



keperawatan: Sistem, konsep, proses (1981) *Curriculum and Instruction in Nursing* (1986).

## **B. PENGEMBANGAN MODEL KONSEPTUAL (FRAMEWORK) SISTEM INTERAKSI I. KING**

Pada 1971 King memperkenalkan suatu model konseptual yang terdiri atas tiga sistem yang saling berinteraksi. Model keperawatan terakhir dari King memadukan tiga sistem interaksi yang dinamis-personal, interpersonal dan sosial yang mengarah pada perkembangan teori pencapaian tujuan.

Konsep yang ditempatkan dalam sistem personal yaitu berhubungan dengan individu, sedangkan konsep sistem interpersonal menekankan pada interaksi antara dua orang atau lebih. Konsep yang ditempatkan dalam sistem sosial yaitu menyediakan pengetahuan untuk perawat, agar berfungsi di dalam sistem yang lebih besar (Tomey & Alligood, 2006).

King mengawali model konseptual ini melalui studi literatur dalam keperawatan, ilmu-ilmu perilaku terapan, diskusi dengan beberapa teman sejawat dan menghadiri beberapa konferensi serta alasan-alasan induktif dan deduktif dari beberapa pemikiran-pemikiran kritis. Dari informasi

yang terkumpul tersebut, kemudian King memformulasikan ke dalam suatu kerangka kerja konseptual (*Conceptual Framework*) pada 1971. King mengidentifikasi kerangka kerja konseptual (*Conceptual Framework*) sebagai sebuah kerangka kerja sistem terbuka dan teori ini sebagai suatu pencapaian tujuan.

King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya (*Human Being*) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi dengan lingkungannya. Asumsi yang lain bahwa keperawatan berfokus pada interaksi manusia dengan lingkungannya dan tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu dan kelompok dalam memelihara kesehatannya.

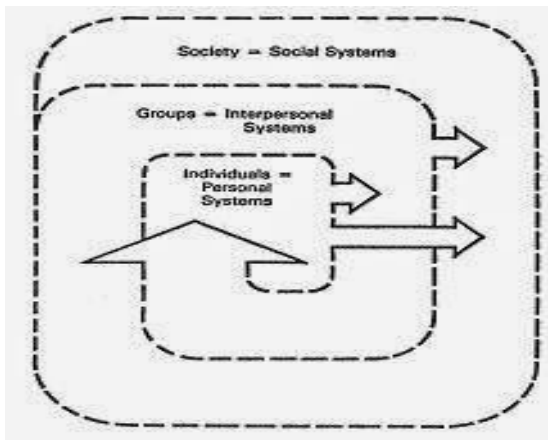


Figure 15-1 Dynamic Interacting System. (From King, I. (1981). *A theory for nursing: System, concepts, nprocess* (p.11). New York : Delmar. Used with Permission from I.King)

Berdasarkan *Framework* di atas dapat diartikan bahwa interaksi sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial saling mempengaruhi satu sama lain. King menitikberatkan kerangka konseptual ini sebagai interaksi sistem terbuka.

Sistem interaksi tersebut dapat dikelompokkan menjadi:

1. Sistem personal yang terdiri dari: persepsi, individu, tumbuh kembang, ruang, waktu, dan citra tubuh.
2. Sistem interpersonal meliputi: interaksi, komunikasi, transaksi, peran dan stres.
3. Sistem sosial meliputi: organisasi, kekuasaan, kewenangan, status dan pengambilan keputusan.

**a. Pengembangan *Middle Range* Teori *Goal Attainment* (Pencapaian Tujuan) dari Model Konseptual Sistem Interaksi**

Berdasarkan kerangka kerja konseptual (*Conceptual Framework*) dan asumsi dasar tentang *Human Being*, King menderivatnya menjadi teori pencapaian tujuan (*Theory of Goal Attainment*). King telah melakukan penelitian mengenai teori *Goal Attainment* di rumah sakit melalui pendekatan antara perawat dan pasien. Teori pencapaian tujuan adalah interpersonal systems, di mana dua orang (perawat-klien) yang tidak saling mengenal berada bersama-sama di

organisasi pelayanan kesehatan untuk membantu dan dibantu dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Dalam *interpersonal systems* perawat-klien berinteraksi dalam suatu area (*space*).

Human being mempunyai tiga dasar kebutuhan kesehatan yang fundamental:

1. Kebutuhan terhadap informasi kesehatan dan dapat dipergunakan pada saat dibutuhkan.
2. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan bertujuan untuk pencegahan penyakit.
3. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan ketika individu tidak mampu membantu dirinya sendiri.

Menurut King, intensitas dari *interpersonal systems* sangat menentukan dalam menetapkan pencapaian tujuan keperawatan. Dalam interaksi tersebut, terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama. Konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktik keperawatan meliputi:

1. *Persepsi*, diartikan sebagai gambaran seseorang tentang realita. Persepsi berhubungan dengan pengalaman yang lalu, konsep diri, sosial ekonomi, genetika dan latar belakang pendidikan.

2. *Aksi*, merupakan proses awal hubungan dua individu berperilaku untuk memahami atau mengenali kondisi yang ada dalam keperawatan dengan digambarkan hubungan antarperawat dan pasien untuk melakukan kontrak atau tujuan yang diharapkan.
3. *Reaksi*, suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat dari adanya aksi dan merupakan respon dari individu.
4. *Interaksi*, King mendefinisikan interaksi sebagai suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang dimanifestasikan sebagai perilaku verbal dan nonverbal dalam mencapai tujuan.
5. *Komunikasi* diartikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain secara langsung maupun tidak langsung.
6. *Transaksi* diartikan sebagai interaksi yang mempunyai maksud tertentu dalam pencapaian tujuan. Termasuk dalam transaksi adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.
7. *Peran* merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sistem sosial. Tolok ukurnya adalah hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya. Jika terjadi konflik dan kebingungan peran

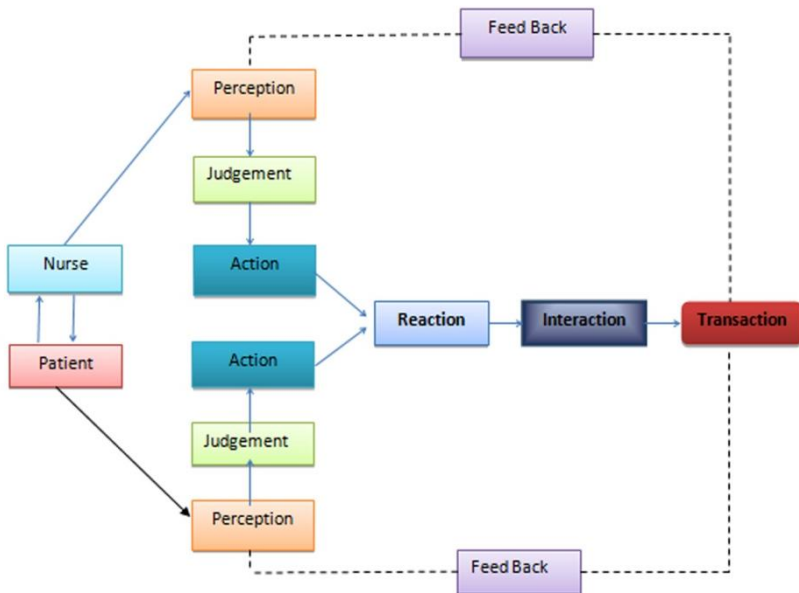
maka akan mengurangi efektivitas pelayanan keperawatan.

8. *Stres* diartikan sebagai suatu keadaan dinamis yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stres melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dengan lingkungannya untuk keseimbangan dan mengontrol *stressor*.
9. *Tumbuh kembang* adalah perubahan yang kontinyu dalam diri individu. Tumbuh kembang mencakup sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif untuk membantu individu mencapai kematangan.
10. *Waktu* diartikan sebagai urutan dari kejadian/peristiwa kemasa yang akan datang. Waktu adalah perputaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lain sebagai pengalaman yang unik dari setiap manusia.
11. *Ruang* adalah sebagai suatu hal yang ada di mana pun sama. Ruang adalah area di mana terjadi interaksi antara perawat dengan klien.

Konsep tersebut digunakan sebagai pengetahuan inti yang digunakan oleh perawat dalam situasi keperawatan yang sebenarnya. Dalam teori ini dirancang sebagai model transaksi. Proses ini menguraikan sifat dan standar interaksi perawat-pasien yang pada akhirnya mengarah pada

pencapaian tujuan, yaitu bahwa perawat memiliki tujuan berinteraksi dengan pasien dan secara bersama-sama menentukan, mengeksplorasi dan menyetujui cara-cara untuk mencapai tujuan. Pencapaian tujuan menunjukkan hasil.

Teori King memberikan daya tilik terhadap interaksi perawat dengan individu dan kelompok dalam lingkungan. Teori ini menekankan pentingnya partisipasi klien dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi asuhan dan berfokus baik pada proses interaksi perawat-klien maupun hasil asuhan keperawatan.



**FIGURE 15-2** A process of human interactions that lead to transactions: A model of transaction. (From King, I. [1981]. *A theory for nursing: Systems, concepts, process* [p. 61]. New York: Delmar. Used with permission from I. King.)

## **b. Hipotesis King**

Terdapat tujuh hipotesis yang dikemukakan oleh Imogene King pada teori pencapaian tujuan, yaitu:

1. Kesesuaian persepsi dalam interaksi perawat-pasien akan meningkatkan penetapan tujuan bersama.
2. Komunikasi mendukung penetapan tujuan bersama antara perawat dan pasien dan menghasilkan kepuasan.
3. Kepuasan perawat dan pasien meningkatkan pencapaian tujuan.
4. Pencapaian tujuan mengurangi stres dan kecemasan dalam situasi keperawatan.
5. Pencapaian tujuan meningkatkan pembelajaran pasien dan kemampuan coping dalam situasi keperawatan.
6. Konflik peran yang dialami oleh pasien, perawat atau keduanya mengurangi transaksi dalam interaksi perawat/pasien.
7. Kesesuaian antara peran yang diharapkan dan peran yang ditampilkan meningkatkan transaksi dalam interaksi perawat-pasien.

## **c. Prediksi Proporsi dari Teori Pencapaian Tujuan**

Dari teori pencapaian tujuan ini Imogene King telah mengembangkan delapan prediksi proporsi, yaitu :



1. Jika persepsi yang akurat ada dalam interaksi perawat-pasien, transaksi akan terjadi.
2. Jika perawat-pasien melakukan transaksi tujuan akan tercapai.
3. Jika tujuan tercapai, kepuasan akan terjadi.
4. Jika tujuan tercapai, keefektifan asuhan keperawatan akan terjadi.
5. Jika transaksi dilakukan di dalam interaksi perawat-pasien, pertumbuhan dan perkembangan akan baik.
6. Jika perawat-pasien merasakan kesesuaian antara peran yang diharapkan dan peran yang ditampilkan, transaksi akan terjadi.
7. Jika konflik peran dialami oleh perawat atau pasien atau keduanya, stres dalam interaksi perawat-pasien akan terjadi.
8. Jika perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan komunikasi informasi yang sesuai dengan pasien, penetapan dan pencapaian tujuan bersama akan terjadi.

### **C. ANALISA PARADIGMA IMOGENE KING**

Teori Keperawatan Imogene King merupakan *middle range theory* yang dikenal dengan nama teori pencapaian tujuan atau *goal attainment* yang terdiri dari beberapa elemen yaitu persepsi, aksi, reaksi, interaksi, komunikasi, dan

transaksi yang berfokus pada hubungan interpersonal perawat dan pasien.

King memperkenalkan beberapa asumsi sebagai dasar kerangka konseptualnya, yaitu:

### *1. Keperawatan*

Keperawatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi yang ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan masyarakat. Tujuan keperawatan adalah menolong individu mempertahankan kesehatannya sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Keperawatan dipandang sebagai proses interpersonal aksi, reaksi, interaksi dan transaksi sehingga model keperawatan King dikenal sebagai "*An Interaction Model*". Teori King dapat diaplikasikan di tatanan praktik keperawatan baik itu tatanan RS, komunitas, dan keluarga.

### *2. Individu*

Teori King menyatakan bahwa manusia mempunyai hak untuk mendapatkan informasi, berpartisipasi dalam pengambilan keputusan untuk mempengaruhi kehidupan, kesehatan, maupun mendapatkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hal di atas, maka kelompok menyimpulkan bahwa teori King cukup logis dipandang dari cakupan teori atau pernyataan yang dikemukakan. Teori King memberikan pandangan tentang konsep *human being*, yaitu memandang

manusia secara utuh dan kompleks, artinya dalam pendekatan sistem personal, perawat hendaknya dapat mengkaji tumbuh kembang, citra diri, persepsi, ruang dan waktu berdasarkan keunikan pasien sebagai manusia yang tidak akan sama satu dengan yang lainnya.

Asumsi spesifik King mengenai individu adalah individu sebagai makhluk sosial, individu sebagai makhluk berakal, individu sebagai makhluk rasional, individu sebagai makhluk perasa, individu sebagai makhluk pengontrol, individu sebagai makhluk yang bertujuan, individu sebagai makhluk berorientasi tindakan, dan individu sebagai makhluk berorientasi waktu. Menurut King, individu memiliki hak untuk mengetahui berbagai hal menyangkut dirinya, hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupan dan kesehatan mereka, serta hak untuk menerima atau menolak perawatan kesehatan.

### *3. Kesehatan*

Kesehatan dipandang sebagai bagian dinamis dalam lingkaran kehidupan, sedangkan penyakit merupakan bagian dalam lingkaran kehidupan tersebut. Kesehatan mempengaruhi upaya adaptasi yang terus-menerus terhadap kondisi stres, baik internal maupun eksternal melalui pemanfaatan optimum sumber daya manusia guna meraih potensi maksimal bagi kehidupan.

#### 4. Lingkungan

King menyatakan, "*Pemahaman mengenai tatacara manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan merupakan inti bagi perawat*".

Sistem terbuka berimplikasi pada terciptanya interaksi antara sistem dan lingkungan yang mempengaruhi perubahan lingkungan secara konstan.

#### **D. ANALISA KEKUATAN DAN KETERBATASAN TEORI IMOGENE KING DIPANDANG DALAM PARADIGMA KEPERAWATAN**

Kelompok menganalisa kekuatan dan keterbatasan teori King berdasarkan paradigma keperawatan, yaitu :

##### **1. Kekuatan**

###### ***a) Keperawatan***

Kelebihan dari teori King ini adalah dapat digunakan dalam tatanan praktik keperawatan secara luas, baik itu tatanan RS, komunitas, keluarga dll.

- (1) Teori ini merupakan hasil riset dan dapat dikembangkan atau dijadikan kerangka teori dalam riset keperawatan selanjutnya.
- (2) Teori ini digunakan dalam kurikulum pendidikan keperawatan, misalnya komunikasi terapeutik dalam keperawatan.

- (3) Teori ini dapat dipergunakan dan menjelaskan atau memprediksi sebagian besar fenomena dalam keperawatan.
- (4) Teori ini memberikan kesempatan kepada perawat untuk bersama dengan pasien dalam penentuan tujuan/pengambilan keputusan.
- (5) Respon pasien dapat dievaluasi dan ada *feed back* atau umpan balik yang terjadi saat proses interaksi.
- (6) Perawat dapat membina hubungan saling percaya (*trust*).

***b) Individu/manusia***

- (1) Teori King memandang manusia seutuhnya.
- (2) *Being*, yaitu individu dipandang sebagai makhluk sosial, makhluk berakal, makhluk rasional, individu makhluk perasa, makhluk pengontrol, makhluk yang bertujuan, makhluk yang berorientasi tindakan, dan individu sebagai makhluk berorientasi waktu.
- (3) Teori King sebagai sistem terbuka,y memandang manusia dapat mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungan, baik lingkungan fisik, psikologis, sosial maupun spiritual sehingga proses perubahan pada manusia akan selalu terjadi khususnya dalam pemenuhan kebutuhan dasar.

- (4) Teori ini dapat diaplikasikan sesuai dengan tumbuh kembang manusia.

***c) Kesehatan***

- (1) Teori King dapat diaplikasikan pada kelompok pasien dalam rentang sehat-sakit, yaitu dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- (2) Melalui rentang sehat-sakit dapat diketahui batasan perawat dalam melakukan praktik keperawatan.

***d) Lingkungan***

- (1) Lingkungan dapat menjadi faktor eksternal yang mempengaruhi sistem terbuka yaitu sistem personal, interpersonal dan sosial, sehingga sudut pandang perawat dalam memandang masalah pasien menjadi lebih luas.
- (2) Perawat dapat memodifikasi lingkungan karena terjadi proses aksi, interaksi, transaksi dan umpan balik antara perawat-pasien.

**2. Keterbatasan**

***a) Keperawatan***

- (1) Teori King memiliki keterbatasan, yaitu kurang efektif digunakan dalam semua situasi, misalnya: pasien yang

dalam keadaan koma, bayi, anak-anak, lansia karena tidak efektif dalam pengambilan keputusan. Dalam hal ini harus melibatkan keluarga atau orang terdekat dalam pengambilan keputusan.

- (2) Teori King tidak dapat diaplikasikan dengan tepat, jika perawat tidak memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik yang baik.
- (3) Teori King kurang efektif jika berdiri sendiri, melainkan harus dikombinasikan dengan *nursing theory* yang lain.

***b) Individu/Manusia***

- (1) Teori ini tidak secara langsung membahas kebutuhan dasar manusia yaitu biologis dan spiritual.
- (2) Pasien harus berperan aktif dalam memahami tatacara berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan dirinya.
- (3) Tidak semua pasien dapat diajak bekerjasama dalam penentuan pencapaian tujuan, melainkan harus memiliki kesadaran dalam dirinya bahwa kesehatan itu penting, sehingga dapat berperan aktif dalam mengubah prilaku hidup sehat.

***c) Kesehatan***

Teori ini tidak efektif untuk diaplikasikan pada pasien dalam rentang sakit kronis, seperti fase terminal, koma karena interaksi langsung perawat-pasien sulit terjadi. Perawat dapat melibatkan keluar gas sebagai pengambil keputusan rencana perawatan pasien.

***d) Lingkungan***

- (1) King tidak menjelaskan konsep lingkungan secara khusus melainkan secara umum.
- (2) Perawat tidak selalu dapat mengidentifikasi *stressor* yang ada di lingkungan pasien seperti lingkungan RS, Komunitas dan keluarga.

**E. CONTOH KASUS**

Tn. J Usia 50 tahun menderita Skizofrenia. Keluhan Tn. J dialami sejak kuliah S3 tidak bisa membedakan mana yang nyata dan tidak nyata. Ia merasa punya teman dalam satu kamarnya akan tetapi itu halusinasi saja. Sering melihat sesuatu yang tidak dilihat kebanyakan orang di sekitar seperti oran yang berjubah hitam. Setelah lulus DR, ia bekerja di sebuah Universitas di Amerika. Tn. J menikah dengan mahasiswi dan setelah menikah selama dua tahun mempunyai seorang putra. Halusinasi semakin bertambah



parah. Tn. J suka menyendiri. Ia juga mengerjakan sesuatu yang tidak rasional—mengumpulkan koran-koran, majalah dan dikirimkan ke pos dengan alasan bahwa di dalam presepsinya ia bekerja sama dengan pemerintah Rusia dan jika tidak melakukan apa yang dikerjakan akan diteror dan keluarganya akan dibunuh namun itu hanya halusinasi belaka. Setelah beberapa tahun menikah, istrinya pun merasa janggal dengan tingkah laku suami yang sering menyendiri, dan sering mengirim koran dan majalah. Si istri pun mengikuti gerak-gerik suami dan istri kaget dengan apa yang dilihat di kotak pos dan kesimpulannya adalah kegiatan yang dilakukan suaminya tidak rasional. Si istri pun menelepon psikiater dan Tn. J dibawa ke RSJ dan diberikan perawatan dan diagnosa dokter adalah Tn. J menderita Skizofrenia.

## F. ASUHAN KEPERAWATAN PX. J DENGAN KASUS SKIZOFRENIA

*Dx 1. Isolasi sosial b.d harga diri rendah*

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
	Tujuan	Kriteria	
Isolasi sosial b.d harga diri rendah	<p><u>Tujuan umum</u></p> <p>Klien dapat melakukan hubungan sosia lsecara bertahap</p>	-	-

	<p><b><u>Tujuan khusus 1</u></b> Klien dapat memblna hubungan saling percaya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat mengungkap-kan perawaannya</li> <li>2. Ekspresi wajah bersahabat</li> <li>3. Ada kontak mata</li> <li>4. Menunjukkan rasa senang</li> <li>5. Mau berjabat tangan</li> <li>6. Mau menjabwab salam</li> <li>7. Klien mau duduk berdampingan</li> <li>8. Klien mau mengutarakan masalah yang dihadapi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Sapa klien secara ramah baik secara verbal maupun nonverbal</li> <li>3. Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>4. Tanya nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai</li> <li>5. Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji</li> <li>6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</li> <li>7. Beri perhatian kepada klien</li> <li>8. Beri kesempatan untuk mengungkap-kan perawaannya tentang penyakit yang diderita</li> <li>9. Sediakan waktu untuk mendengarkan klien</li> <li>10. Katakan pada klien bahwa dia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong</li> </ol>
	<p><b><u>Tujuan khusus 2</u></b> Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</p>	<p>Klien mampu mempertahankan aspek yang positif</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki</li> <li>2. Saat bertemu klien, hindarkan memberi penilaian negatif</li> <li>3. Utamakan memberi pujian yang realistis</li> </ol>

	<p><b><u>Tujuan khusus 3</u></b> Klien dapat menilai kemampuan yang data digunakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebutuhan klien terpenuhi</li> <li>2. Klien dapat melakukan aktivitas terasarah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan kemampuan klien yang masih dapat digunakan selama sakit</li> <li>2. Diskusikan juga kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaan di rumah sakit dan di rumah</li> </ol>
	<p><b><u>Tujuan khusus 4</u></b> Klien dapat menetapkan dan merencanakan kegiatan sesuai kemampuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu beraktivitas sesuai kemampuan</li> <li>2. Klien mengikuti TAK</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencanakan bersama klien aktivitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan, kegiatan mandiri, kegiatan dengan bantuan minimal, kegiatan dengan bantuan total</li> <li>2. Tingkatkan kegiatan klien sesuai toleransi kondisi klien</li> <li>3. Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan (sering klien takut melaksanakannya)</li> </ol>
	<p><b><u>Tujuan khusus 5</u></b> Klien dapat melakukan kegiatan sesuai dengan kondisi sakit dan kemampuannya</p>	<p>Klien mampu beraktivitas sesuai kemampuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan kesempatan kepada klien mencoba kegiatan yang telah direncanakan</li> <li>2. Beri pujian atas usaha dan keberhasilan klien.</li> <li>3. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah</li> </ol>

	<p><b>Tujuan khusus 6</b> Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu melakukan apa yang diajarkan</li> <li>2. Klien mau memberikan dukungan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang cara merawat klien dengan isolasi sosial dan harga diri rendah</li> <li>2. Bantu keluarga memberi dukungan selama klien dirawat</li> <li>3. Bantu keluarga menyiapkan lingkungan di rumah</li> </ol>
--	--	---	--

*Dx 2. Risiko perubahan persepsi sensori : Halusinasi pendengaran b.d menarik diri*

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
	Tujuan	Kriteria	
Risiko perubahan persepsi sensori: halusinasi pendengaran b.d isolasi sosial	<p><b>Tujuan umum</b> Klien dapat berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi halusinasi</p>	-	-
	<p><b>Tujuan khusus 1</b> Klien dapat membina hubungan saling percaya</p>	<p>Klien dapat mengungkapkan perasaan dan keberadaannya secara verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mau menjawab salam</li> <li>b. Klien mau berjabat tangan</li> <li>c. Mau menjawab pertanyaan</li> <li>d. Ada kontak mata</li> <li>e. Klien mau duduk berdampingan dengan perawat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Sapa klien secara ramah baik secara verbal maupun nonverbal</li> <li>3. Perkenalkan diri dengan sopan</li> <li>4. Tanya nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai</li> <li>5. Jelaskan tujuan pertemuan, jujur dan menepati janji</li> <li>6. Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya</li> <li>7. Beri perhatian</li> </ol>

			<p>kepada klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perawannya tentang penyakit yang diderita</li> <li>9. Sediakan waktu untuk mendengarkan klien</li> <li>10. Katakan pada klien bahwa dia adalah seorang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong</li> </ol>
	<p><b><u>Tujuan khusus 2</u></b> Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri</p>	<p>Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri yang berasal dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diri sendiri</li> <li>b. Orang lain</li> <li>c. Lingkungan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya</li> <li>2. Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau tidak mau bergaul</li> <li>3. Diskusikan dengan klien tentang perilaku menarik diri, tanda dan gejala</li> <li>4. Berikan pujian tentang kemampuan klien mengungkapkan perasaannya</li> </ol>
	<p><b><u>Tujuan khusus 3</u></b> Klien dapat menyebutkan keuntungan bersosialisasi dengan orang</p>	<p>Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain, misalnya banyak teman, tidak</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan klien tentang keuntungan dan manfaat bergaul dengan orang lain</li> <li>2. Beri kesempatan kepada klien untuk</li> </ol>

	<p>lain dan kerugian todak bersosialisasi dengan orang lain</p>	<p>sendiri, bisa berdiskusi, terasa ramai, dapat bercanda</p>	<p>mengungkapkan perasaannya tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Diskusikan dengan klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain</li> <li>4. Kaji pengetahuan klien tentang kerugian bila todak bergaul dengan orang lain</li> <li>5. Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain</li> <li>6. Diskusikan dengan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain</li> <li>7. Beri <i>reinforcement</i> positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain</li> </ol>
--	---	---	---

*Dx 3. Kurang perawatan diri b/d menarik diri*

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		Intervensi
	Tujuan	Kriteria	
Kurang perawatan diri b.d menarik diri	<p><u>Tujuan umum</u></p> <p>Pasien mengungkapkan keinginan untuk melakukan kegiatan hidup sehari-hari</p>	-	-
	<p><u>Tujuan khusus 1</u></p> <p>Klien mampu melakukan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri dan mendemonstrasikan suatu keinginan untuk melakukannya</p>	Klien mampu melakukan aktivitas sehari-hari	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya kepada pasien</li> <li>2. Pasien makan sendiri tanpa bantuan.</li> <li>3. Pasien memilih pakaian yang sesuai, berpakaian merawat dirinya tanpa bantuan.</li> <li>4. Pasien mempertahankan kebersihan diri secara optimal dengan mandi setiap hari dan melakukan prosedur defekasi dan berkemih tanpa bantuan</li> </ol>

**G. HUBUNGAN ANTARA TEORI IMOGENE KING DAN KASUS SKIZOFRENIA DIBAGI MENJADI 3 SUDUT PANDANG**

1. *Personal*: Tn.J dapat mengenal dirinya sebagai penderita Skizofrenia melalui proses terapi obat dan dukungan

keluarga (istri ) dan Tn. J dapat mengatasi halusinasi dengan cara menghardik.

2. *Interpersonal*: Tn. J dapat berinteraksi dengan istri dan anaknya di lingkungan rumah.
3. *Sosial*: Tn. J dapat melakukan aktivitas sebagai penjaga perpustakaan dan sebagian teman kerja mengenal Tn.J penderita skizofrenia dan memakluminya.

#### **H. HUBUNGAN PENGEMBANGAN MIDDLE RANGE TEORI GOAL ATTAINTMENT (PENCAAIAN TUJUAN) DARI MODEL KONSEPTUAL SISTEM INTERAKSI DENGAN KASUS SKIZOFRENIA**

Stimulus yang dilakukan oleh tenaga medis dan dukungan keluarga (istri) melalui proses mendapat hasil: *Presepsi* (Tn. J dapat mengenali dirinya sebagai penderita Skizofrenia), *Jugment* (pengobatan/terapi), *Action* (Tn. J dapat mengaplikasikan teori hardik ke halusinasi), *Reaksi* (Tn. J dapat melakukan aktivitas ), *Interaksi* (Tn. J dapat berinteraksi baik dengan orang di sekelililngnya), *Transaksi* (Tn. J dapat menyalurkan ilmu pada mahasiswa dengan baik) dan adanya *feed back* (berlangsung secara berulang-ulang dan mendapatkan hasil yang baik dan pencapaian tujuan melalui proses).



## DAFTAR PUSTAKA

Alligood, Martha Raile. (2014). *Nursing Theorist and Their Work*. 8<sup>th</sup>. Ed. St. Louis: Mosby Elsevier, Inc.

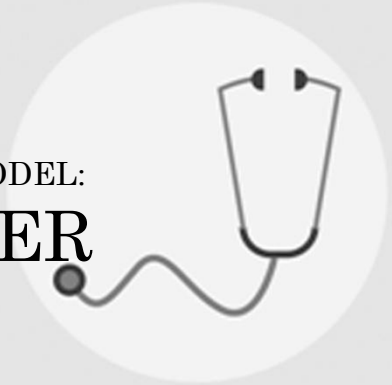
Hidayat, A. Aziz. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Mariner-tomey & Alligood. (2006). *Nursing Theorists and Their Works*. 6<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby Elsevier, Inc.

Perry dan Potter. (2009). *Fundamental keperawatan ed 7*. Jakarta: Salemba Medika.

## BAB II

# THE HEALTH PROMOTION MODEL: NOLA J PENDER



### A. Bibliography of Nola J. Pender

Name: Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN

#### Scholarly Expertise / Activity

- a. Interests: Physical activity, adolescent health behaviors, Health promotion, and health behavior counseling
- b. Overview of Nola. J Pender

Dr. Pender developed the Health Promotion Model that is used internationally for research, education, and practice. During her active research career, she conducted research testing on the Health Promotion Model with adults and adolescents. She also developed the program “Girls on the Move” with her research team and began intervention research into the usefulness of the model in helping adolescents adopt physically active lifestyles, developing a number of instruments that measure components of the

model. In retirement, she consults on health promotion research nationally and internationally.

c. Teaching

Dr. Pender has been a nurse educator for over forty years. Throughout her career, she taught baccalaureate, masters, and PhD students; she also mentored a number of postdoctoral fellows. In 1998, she received the Mae Edna Doyle Teacher of the Year Award from the University of Michigan School of Nursing. She currently serves as a Distinguished Professor at Loyola University Chicago, School of Nursing.

d. Affiliations / Service

- 1) Co-Founder, Midwest Nursing Research Society
- 2) Trustee, Midwest Nursing Research Society Foundation, 2009-present
- 3) Member, U.S. Preventive Services Task Force, 1998-2002
- 4) Member, Board of Directors, Research America, 1993-2000
- 5) President, American Academy of Nursing, 1991-1993
- 6) President, Midwest Nursing Research Society, 1985-1987
- 7) Member, American Nurses' Association, 1962-present

e. Notable Awards / Honors

- 1) Selected for Portraits of Excellence, FITNE Series, Volume II
  - 2) Lifetime Achievement Award, Midwest Nursing Research Society, 2005
  - 3) Distinguished Contributions to Nursing and Psychology, American Psychological Association, 1997
  - 4) Honorary Doctorate of Science Degree, Widener University, 1992
  - 5) Distinguished Contributions to Research, Midwest Nursing Research Society, 1988
  - 6) Distinguished Alumni Award, Michigan State University School of Nursing, 1972
- f. Education
- 1) PhD, Northwestern University, Evanston, IL, 1969
  - 2) MA, Michigan State University, East Lansing, MI, 1965
  - 3) BS, Michigan State University, East Lansing, MI, 1964
- g. Publication Highlights
- 1) Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. Health promotion in nursing practice, 6th edition. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, 2010.
  - 2) Hendricks, C., Murdaugh, C., & Pender, N. The adolescent lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Journal of National Black Nurses Association, 2006;17(2): 1-5.

- 3) Robbins, L.B., Gretebeck, K.A., Kazanis, A.S., Pender, N.J. (2006). Girls on the Move program to increase physical activity participation. *Nurs Res* 2006;55(3):206-216.
- 4) Pender, N.J., Bar-Or, O., Wilk, B. & Mitchell, S. Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nurs Res*, 2002; 5: 86-91.
- 5) Pender, N.J., Bar-Or, O., Wilk, B. & Mitchell, S. Self-efficacy and perceived exertion of girls during exercise. *Nurs Res* 2002; 51(2): 86-91.
- 6) Whitlock, E.P., Orleans, C.T., Pender, N. J., Allan, J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *Amer J Prev Med* 2002;22(4): 267-284.
- 7) Eden, K.B., Orleans, C.T., Mulrow, C.D., Pender, N.J., Teutsch, S.M. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Intern Med* 2002;137 (3):208-215.
- 8) Shin, Y.H., Jang, H.J., & Pender, N.J. Psychometric evaluation of the exercise self-efficacy scale among Korean adults with chronic diseases. *Res Nurs Health*. 2001;24: 68-76.
- 9) Robbins, L.B., Pender, N.J., Conn, V.S., Frenn, M.D., Neuberger, G.B., Nies, M.A., Topp, R.V., & Wilbur, J.E.

- Physical activity research in nursing. *J Nurs Schol* 2001;33(4): 315-321.
- 10) Wu, T.Y., & Pender, N.J. Determinants of physical activity among Taiwanese adolescents: An application of the health promotion model. *Res in Nurs Health* 2001; 25: 25-36.
  - 11) Garcia, A.W., Pender, N.J., Antonakos, C.L., & Ronis, D.L. Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. *J Adol Health*. 1998;22(5): 394-402.
  - 12) Pender, N.J. Motivation for physical activity among children and adolescents. In J.Fitzpatrick & J. S. Stevenson (Eds). *Annual Review of Nursing Research*, New York: Springer.1998; 16: 139-172.
  - 13) Pender, N.J. Health promotion: An emerging science for self care and professional care. *Qual Nurs* 1997; 3(5): 449-454.
  - 14) Pender, N.J., Sallis, J., Long, B.J., et al. Health care provider counseling to promote physical activity. In R. K. Dishman (Ed.) *Advances in Exercise Adherence* Champaign, IL: Human Kinetics, 1994; 213-235.
  - 15) Pender, N.J., Walker, S.N., Stromborg, M.F., & Sechrist, K.R. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nurs Res* 1990; 39 (6): 326-332

## **B. Pender's Health Promotion Model**

### **1. Purpose**

Nola Pender's Health Promotion Model (HPM) was created to serve as a "multivariate paradigm for explaining and predicting health promoting component of lifestyle" (Pender, 1990, p.326). The model is used to assess an individual's background and perceived perceptions of self among other factors to predict health behaviors. Before the HPM was published, another similar model had been developed which also took into account these factors to predict health behaviors. This model, the Health Belief Model (HBM), centered on the ideas that fear or threat of disease is the predictor for positive health behaviors (Peterson & Bredow, 2013). Studies support the HBM as being a disease avoidance model (Galloway, 2003).

Pender however, wanted to define health as not just being free of disease. Her definition of health includes measures taken to promote good health and includes the patient's own view of themselves and their lifestyle (Peterson & Bredow, 2013). Taking into account her expanded view of health, she first published the HPM in 1982. In response to a particular study using her model, she then revised it in 1996 (Pender, 1996; Peterson & Bredow, 2013).

Pender's model is meant to be a "guide for exploration of the complex bio-psycho-social processes that motivate individuals to engage in behaviors directed toward the enhancement of health" (Pender, 1996, p. 51). Pender created this model to be "applicable to any health behavior in which threat is not proposed as a major source of motivation for the behavior" (Pender, 1996, p. 53). Since the model does not rely on potential threat of disease as a source of motivation, it can be applicable in many more situations across the lifespan (Pender, 1996).

The purpose on health promotion model is also to assist nurses in understanding the major determinants of health behaviors as a basis for behavioral counseling to promote healthy lifestyle. To help nurses discover determinant of positive health behavior so they can counsel to promote the health behavior (Pender, 2011).

## **2. Concept**

Two theories underlie Pender's model which are important for understanding the concepts she describes. These two theories are the expectancy-value theory and the social cognitive theory. The expectancy-value theory is based on the idea that a course of action will likely lead to the desired outcome, and that this outcome will be of



positive personal value (Pender, 1996). The social cognitive theory describes the concept of perceived self-efficacy which is “a judgment of one’s ability to carry out a particular course of action” (Pender, 1996, p. 54). Pender predicts that a high confidence level will lead to greater likelihood that the behavior will be performed.

There are three major concepts in Pender’s model which are further subdivided into narrower, more specific concepts. The major concepts are individual characteristics and experiences, behavior-specific cognitions and affect, and behavioral outcome. Each concept in the model applies to a specific area of patient assessment or action. One concept that was included in the HBM that has been purposely left out of the HPM is perceived threat of disease. By not including this factor as a determinant towards behavior the HPM focuses more on health promotion and less on illness prevention as the HBM aims to do (Pender, Walker, Sechrist & Stromborg, 1990).

### **3. Definitions**

Before the definitions of HPM can be fully understood, it is important to reiterate Pender’s definition of health which serves as a basis for the entire model. She states that “Health is the actualization of inherent and acquired

human potential through goal-directed behavior, competent self-care, and satisfying relationships with others while adjustments are made as needed to maintain structural integrity and harmony with relevant environments” (Pender, 2006, p. 22). Pender also offers a classification of behavioral expressions of health divided by affects, attitudes, activities, aspirations and accomplishments. It is important to note that her definition offers a holistic view of the individual and does not just focus on their illness (Peterson & Bredow, 2009).

Pender fully defines each of the concepts mentioned above in her book, *Health Promotion in Nursing Practice*. Personal factors are broken down in the model to biological, psychological, and sociocultural making it clear which personal factors are being considered. It can also be inferred that Pender is breaking down the overall “environment” into what she defines as interpersonal influences (family, peers, and providers) and situational influences. Health promotion is defined as the process of empowering people to make healthy lifestyle choices and motivating them to become better self-managers.

#### **4. Rationale for selection of theorist**

- a. We plan to practice in area of preventative care as primary care provider
- b. Promotion of optimal health is the ideal way to practice preventative medicine
- c. Patient need to be properly motivated to want to achieve optimal health
- d. The model deals directly with preventative medicine and tools used to predict a positive health behavior

#### **5. Framework of Pender's Health Promotion Model**

Pender's 1996 revised Health Promotion Model (HPM) (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006), served as the conceptual framework for this study. "The HPM attempts to depict the multidimensional nature of persons interacting in their interpersonal and physical environments as they pursue health". One of Pender's major assumptions is that individuals in all their psychosocial complexity interact with their environment, progressively transforming the environment while at the same time being transformed.

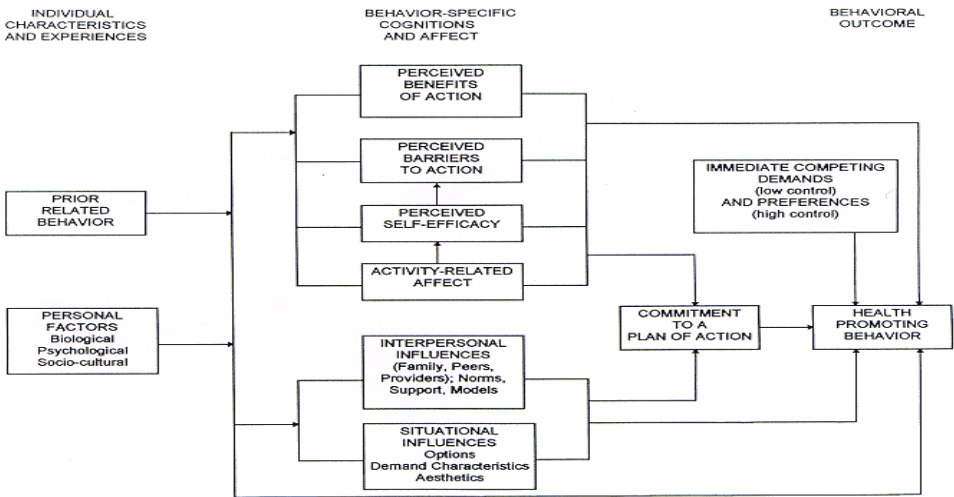
In attempting to influence health-promoting behaviors are that Pender's model advocates being cognizant of the individual's characteristics and

experiences, including biological, psychological, and sociocultural factors. Predicting of future health-promoting behavior begins with developing awareness of relevant past behavior, and then identifying behavior-specific cognitions and affects. These variables are considered to have major motivational significance because they are subject to modification. The individual variables of perceived benefits of action, personal barriers of action, perceived self-efficacy, activity-related affects, situational influences, and interpersonal influences can be modified to increase health-promoting behaviors.

Self-efficacy is defined as the judgment of personal capability to organize and carry out a particular course of action. Activity-related affect is the subjective feelings prior to, during, and following an activity. Interpersonal influences include behaviors, beliefs, and attitudes of others. Pender considers the primary sources of interpersonal behaviors to be family, peers, and health care providers. Behavior-specific cognitions and affects are influenced by immediate competing demands and preferences that can lead to a commitment to a plan of action and to health-promoting behavior, which is the desired outcome of the HPM. An important theoretical assertion of Pender's model is that families, peers, and

health care providers are important sources of interpersonal influences that can increase or decrease commitment to and engagement in health-promoting behavior.

### The framework of Pender's Health Promotion Model



Revised Health Promotion Model

<http://nursingtheories.blogspot.com/2008/07/health-promotion-model-heuristic-device.html>

## 6. Metaparadigm

### a. Person

Person is a bio-psycho-social organism that is partially shaped by the environment but also seeks to create an environment in which inherent and acquired human potential can be fully expressed. Thus, the relationship

between person and environment is reciprocal. Individual characteristics as well as life experiences shape behaviors including health behaviors.

b. Environment

Environment is the social, cultural and physical context in which the life course unfolds. The environment can be manipulated by the individual to create a positive context of cues and facilitators for health-enhancing behaviors.

c. Nursing

Nursing is collaboration with individuals, families, and communities to create the most favorable conditions for the expression of optimal health and high-level well-being.

d. Health

Health in reference to the individual is defined as the actualization of inherent and acquired human potential through goal-directed behavior, competent self-care, and satisfying relationships with others, while adjustments are made as needed to maintain structural integrity and harmony with relevant environments. Health is an evolving life experience. There are definitions for family health and community health that have been proposed by other authors.

e. Illnesses

Illnesses are discrete events throughout the life span of either short (acute) or long (chronic) duration that can hinder or facilitate one's continuing quest for health.

## **7. Assumption of theory**

The HPM is based on the following assumptions, which reflect both nursing and behavioral science perspectives:

1. Persons seek to create conditions of living through which they can express their unique human health potential.
2. Persons have the capacity for reflective self-awareness, including assessment of their own competencies.
3. Persons value growth in directions viewed as positive and attempt to achieve a personally acceptable balance between change and stability.
4. Individuals seek to actively regulate their own behavior.
5. Individuals in all their bio-psycho-social complexity interact with the environment, progressively transforming the environment and being transformed over time.
6. Health professionals constitute a part of the interpersonal environment, which exerts influence on persons throughout their lifespan.

7. Self-initiated reconfiguration of person-environment interactive patterns is essential to behavior change.

### **8. Health Promotion Model Theoretical propositions**

Theoretical statements derived from the model provide a basis for investigative work on health behaviors. The HPM is based on the following theoretical propositions:

1. Prior behavior and inherited and acquired characteristics influence beliefs, affect, and enactment of health-promoting behavior.
2. Persons commit to engaging in behaviors from which they anticipate deriving personally valued benefits.
3. Perceived barriers can constrain commitment to action, a mediator of behavior as well as actual behavior.
4. Perceived competence or self-efficacy to execute a given behavior increases the likelihood of commitment to action and actual performance of the behavior.
5. Greater perceived self-efficacy results in fewer perceived barriers to a specific health behavior.
6. Positive affect toward a behavior results in greater perceived self-efficacy.



7. When positive emotions or affect are associated with a behavior, the probability of commitment and action is increased.
8. Persons are more likely to commit to and engage in health-promoting behaviors when significant others model the behavior, expect the behavior to occur, and provide assistance and support to enable the behavior.
9. Families, peers, and health care providers are important sources of interpersonal influence that can increase or decrease commitment to and engagement in health promoting behavior.
10. Situational influences in the external environment can increase or decrease commitment to or participation in health-promoting behavior.
11. The greater the commitment to a specific plan of action, the more likely health promoting behaviors are to be maintained over time.
12. Commitment to a plan of action is less likely to result in the desired behavior when competing demands over which persons have little control require immediate attention.
13. Commitment to a plan of action is less likely to result in the desired behavior when other actions are more attractive and thus preferred over the target behavior.

14. Persons can modify cognitions, affect, interpersonal influences, and situational influences to create incentives for health promoting behavior.

## 9. Critique of theory

### a. Internal Criticism

#### **Adequacy**

The HPM adequately pulls together all of the factors that can motivate an individual to improve their health. Studies have shown that perceived self-efficacy, benefits, and barriers all play a role in predicting health behaviors (Pender, 1996). Srof & Velsor-Friedrich's (2006) analysis of the model also indicates that self-efficacy and the behavior specific cognitions are supported as a predictive variable in multiple studies. This in turn supports Pender's model as an adequate predictor of health behavior since self-efficacy is a central theme in her model. One weakness in the theory is that the model may not be completely accurate in use for communities and families as a whole since the focus is on an individual (Peterson & Bredow, 2009). According to Srof & Velsor-Friedrich (2006), the model may not be adequate for adolescents because of differences between adolescents and adults in independent decision making.

## **Clarity**

The model is easily understood and the key concepts are clear. The definitions of the concepts are in an uncomplicated language and are understood by all health professionals. Her diagram clearly represents the relationships between the many factors involved in the patient's behaviors and affects, and the outcomes/goals of health promotion. Although Pender has defined the difference between health promotion and health protection by eliminating threat of disease from her model, Peterson & Bredow (2009) point out that this may not always be easily distinguished in practice. Certain behaviors may be seen as both health-promoting and protection from disease. Threat of disease therefore may still be one motivation in certain health-promoting behaviors and it is unclear how this affects Pender's model (Peterson & Bredow, 2009). Although one of Pender's assumptions is that the health care provider can intervene in an individual's behaviors towards health promotion, it is unclear at which points on the model the provider should intervene.

### **Consistency**

The terminology and definitions are consistent throughout the model with the health promoting behavior being the end goal. Each of the other concepts in the model either directly, or indirectly lead to this end point so that although there are many relationships between concepts, the overall goal remains clear.

### **Logical development**

The model is already supported by Feather's Expectancy Value Theory and Bandura's Social Cognitive Theory which is well-established and provide the foundation for the model itself (Peterson & Bredow, 2006). Pender based her model on the HBM and "successfully addressed many of its criticism" (Montgomery, 2002). Pender's argument for removing threat from her model is also a logical step in acknowledging the modern definition of good health used by all health care providers as not being simply "disease-free". It is also important to mention that Pender addressed results of studies using her model, and revised it to be more applicable to all populations (Peterson & Bredow, 2009).

### **Level of theory development**

The HPM represents a middle range theory because it describes a specific phenomenon in healthcare practice with a concrete end goal. It also has been refined to focus on 10 determinants of behavior that can be assessed for each patient (Pender, 1996). This makes the theory less abstract than a grand theory and specific enough to use for research and healthcare settings.

**b. External criticism**

**Complexity**

The model is limited to 11 key, clearly defined, concepts which keeps it from becoming too cluttered and complex. There are many relationships between each concept, many of them both directly and indirectly affecting the ultimate endpoint of health promoting behavior. The overall framework however is linear, and it is easy to distinguish the progression from personal backgrounds to cognitions and affect and finally to health promoting behavior. One possible weakness however in this linear approach is that it does not incorporate reciprocal relationships Bandura (creator of the social cognitive theory on which the HPM is founded) describes in his work (Srof & Velsor-Friedrich, 2006).

## **Discrimination**

Health promotion is a unique role of nurses but it does have similarities with other models such as the HBM discussed previously. Galloway (2003) puts forth other theoretical models that describe health promotion including the Trans-theoretical Model (TTM) and the Theory of Reasoned Action (TRA). The TTM however focuses mostly on the process of change and less on the factors that influence it. The TRA focuses more on behavioral intent and their attitudes towards performing a certain behavior. One study analyzed by Srof & Velsor-Friedrich (2006) used an approach combining the HPM with the TTM in adolescents. The study concluded that both models used together may have been more adequate at predicting dietary behaviors in adolescents than either model used alone (Srof & Velsor-Friedrich, 2006). It is clear that more work needs to be done in testing the HPM in different populations.

Although similarities to these other models exist, in general the HPM is unique in that it distinguishes itself from other models by not counting threats or avoidance as a motivator for health promotion (Peterson & Bredow, 2009).

### **Reality Convergence**

Not only are the concepts in the HPM well known to the health care field, health promotion has captured the attention of the general public as well. A particular concern in America is rising obesity in children and adolescents leaving them at risk for cardiovascular disease, type II diabetes, and premature morbidity and mortality (Brown, 2008). This signifies a need for health promotion education for adolescents and their care providers.

### **Pragmatic**

Peterson & Bredow (2009) state: “Although the model identifies foci for nursing interventions, it does not explicitly describe how nurses can effect changes in client perceptions” (p. 296). They are correct in that the model itself does not do this, but Pender’s book describes specific interventions to tailor plans to their patients including, reinforcing and identifying strengths in the individual, reiterating benefits of change, and identifying and setting specific goals. Pender also discusses using contracts with the nurse or “self-contracts” so the patient can be independent in rewarding themselves when they choose certain actions. In this case the patient that “serves as the

source of rewards” instead of the nurse allowing the patient to be self-sufficient (Pender, 1996).

The model does not outline specific ways to assess the patient to determine likelihood of action towards a behavior, but many instruments have been developed to do this using the HPM as a basis. Most of these, including the Health Promoting Lifestyles Profile (HPLP) that Pender recommends, are intended for adults rather than adolescents (Galloway, 2003). The HPLP is a 52 point questionnaire. This can be a problem in the adolescent population because of the comprehension needed and possibly large amounts of time needed to fill the questionnaire out accurately (Galloway, 2003). Pender does mention other instruments more appropriate to use for adolescents including Ryan-Wegner’s Schoolager’s Coping Strategies Inventory which measures stress-coping strategies, the Adolescent Life Change Scale, and the Adolescent Perceived Events Scale (Pender, 1996).

### **Scope**

The scope of the theory is limited to predicting and identifying health promoting behaviors without including disease avoidance as a motivator for health behavior. The model does not limit itself to a specific type of health



behavior performed, and therefore can be applied in a broad sense to many different settings. Pender (1996) discusses many different settings the theory can be used in including the workplace, schools, and hospitals but also in a broader scale including health promotion within families and in the community. Pender also outlines specific strategies in her book for constructing plans for individuals for health promotion. Specifics include nutrition information for individuals of all ages, exercise programs, and stress management.

### **Utility**

The model is very useful in that it takes into account each individual's behavior and preferences. This allows the nurse to develop a unique care plan that takes these behaviors into account.

Pender (1996) recommends using the nursing process including using nursing diagnoses and model-based assessments such as the Health Promoting Lifestyles Profile II. She outlines a multi-step process in developing a plan of care based on client's strengths and preferences. Peterson & Bredow (2009) draw from various studies to note that "tailoring interventions has been found to increase intervention effectiveness" (p. 297). Many other

studies have also proved useful in explaining variances in behavior in health promotion (Peterson & Bredow, 2009).

The HPM has been also adapted to be more useful in adolescents. Brown (2009) reviews studies that have used the Physical Activity Lifestyle Model (or PALM) which is similar to the HPM but has been more useful in the needs of adolescents. Although many studies exist using the HPM in adults, Srof & Velsor-Friedrich (2006) state that “little work has been done to apply and explore the HPM in relation to the adolescent population” (p. 366).

### **Significance**

Peterson & Bredow (2009) accurately note that this model has changed the focus of the role of the nurse from simply disease prevention to health promotion. Pender’s model is useful to the nurse because it helps expand their role to promote good health as opposed to just decreasing their risk for becoming ill. The nurse’s goals are now aimed at “strengthening resources, potentials, and capabilities” for each patient and providing resources and education to promote improved health and a better quality of life (Peterson & Bredow, 2009, p. 292). Not only does the model expand the role of the nurse, by focusing on self-efficacy, it also puts the patient’s health in their hands,

allowing them to be agents of change. This model allows the patient and the nurse to work together towards a goal of a better quality of life.

### References:

- George, J. (2011) *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. (6th ed.) New Jersey: Pearson.
- McGuire, A. M., Anderson, D. J., (2012 ). Lifestyle risk factor modification in midlife women with type II diabetes: theoretical modeling of perceived behaviours. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 49-57.
- Esposito, E. M., Fitzpatrick, J. J., (2011) Registered nurses beliefs of the benefits of exercise behavior and their patient teaching regarding exercise. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 351-356. doi:10.1111/j.1440-172x.2011.01951.x
- FITNEinc (2011, October 10). *The Nurse Theorists V2 - Nola Pender Promo*. Retrieved November 3, 2013 from
- Montgomery, K.S. (2002). Health promotion with adolescents: Examining theoretical perspectives to guide research. *Research and Theory for Nursing Practice*, 16(2), 119-134.

- Pender, N. J., Walker, S.N., Sechrist K.R., & Stromberg M.F. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research* 39(6), 326-332.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange Stanford. (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Pender, N. J. (2008). Portraits of excellence, 2. Available from [http://www.fitne.net/vlrc4/nurse\\_theorists2.jsp](http://www.fitne.net/vlrc4/nurse_theorists2.jsp)
- Pender, N. (2001). Nursing Theory. Retrieved from <http://nursing-theory.org/nursing>
- Peterson, S.J., & Bredow, T.S. (2013). Middle range theories: Application to nursing research (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Srof, B. J., Velsor-Friederich, B. (2006). Health promotion in adolescents: A review of Pender's health promotion model. *Nursing Science Quarterly* 19(4), 366-373. DOI: 10.1177/0894318406292831
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2006) Nursing theorists and their work. (6th Ed.) St. Louis: Mosby

## BAB III

# TEORI KEPERAWATAN MEDELEINE LEININGER



### A. Sejarah Dan Biografi Madeleine Leininger

Madeleine M. Leininger lahir di Sutton, Nebraska tahun 1925. Memulai karir keperawatannya setelah menamatkan program diploma keperawatan di St. Anthony's school of nursing di Denver Colorado. Pada tahun 1950 ia meraih gelar sarjana dari St. Scholastica (Benedictine Collade) di Atchison Kansas, dan pada tahun 1954 Leininger mendapatkan gelar MSN pada keperawatan psikiatrik dan kesehatan mental di Catholic University of Amerika Washington DC. Pada tahun 1965 leininger meraih gelar doktor (Ph.D) yang berfokus pada kebudayaan dan sosial antropologi dari University of Washington, Seattle.

Pada awal karirnya sebagai perawat, Madeleine M. Leininger mengakui pentingnya konsep merawat dengan

*caring*. Pada tahun 1950, saat Leininger bekerja di rumah bimbingan anak. Ia menemukan sebuah pengalaman yang ia sebut sebagai kejutan budaya (*culture shock*). Saat itu ia menyadari bahwa pola-pola perilaku berulang pada anak-anak ternyata memiliki sebuah budaya dasar. Ia mengidentifikasi kurangnya budaya dan peduli terhadap pengetahuan sebagai kehilangan arah terhadap pemahaman keperawatan dari berbagai variasi yang diperlukan dalam perawatan pasien untuk mendukung kepatuhan, penyembuhan dan kesehatan. Wawasan yang ia dapat pada tahun 1950 merupakan awal dari suatu konstruksi baru dan fenomena yang terkait dengan perawatan yang disebut keperawatan transkultural.

Leininger pertama menggunakan istilah "keperawatan transkultural," "*ethnonursing*," dan "keperawatan lintas budaya" di tahun 1960-an. Pada 1966, di University of Colorado, dia menawarkan kursus pertama keperawatan transkultural dengan pengalaman lapangan dan telah berperan dalam pengembangan program serupa di sejumlah lembaga lainnya. Pada tahun 1979, Leininger mendefinisikan keperawatan transkultural sebagai sebuah *subfield* belajar atau cabang keperawatan yang berfokus pada studi banding dan analisis budaya sehubungan dengan keperawatan dan kesehatan bertujuan untuk memberikan layanan perawatan

sesuai dengan nilai-nilai budaya mereka dan konteks kesehatan penyakit.

Pada 1950 dan 1960 Leininger mengidentifikasi suatu area ilmu pengetahuan dan tertarik melakukan penelitian antara ilmu keperawatan dan ilmu antropologi. Beliau mendefinisikan bahwa *transcultural nursing* merupakan suatu area keperawatan dan beliau fokus pada studi komparatif serta menganalisis dari berbagai aspek kultural dan subkultural yang ada di dunia dan menghargai nilai-nilai keperawatan, ekspresi, dan keyakinan akan sehat-sakit dan kebiasaan serta perilaku yang dianut oleh individu, keluarga dan kelompok.

Teori ini menghubungkan berbagai perawatan individu, hubungan secara universal, *social cultural* dan dimensi lain, dan mencakup perawatan individu berbeda maupun sama, dalam mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraan, kesehatan dan dalam menghadapi kematian. Leininger percaya bahwa dalam hal tersebut tetap akan dipengaruhi oleh *culture* atau budaya.

Tujuan dari teori Leininger ini adalah meningkatkan dan mempertimbangkan aspek budaya yang dianut oleh klien, keluarga dan kelompok dalam upaya mempertahankan kesehatannya. Konsep dasar teori Leininger berawal dari pandangan dunia tentang budaya dan dimensi sosial di mana

komponen budaya yang dimiliki pasien antara lain faktor teknologi, religius dan faktor filosofi, prinsip dan faktor sosial, nilai budaya, kepercayaan dan cara hidup, faktor holistik dan legal, faktor ekonomi serta pendidikan di mana faktor-faktor tersebut saling berhubungan dan mempengaruhi kesehatan, sakit dan kematian yang berfokus pada individu, keluarga, kelompok dan komunitas dalam konteks kesehatan dan perawatan, praktik pelayanan keperawatan yang akan mempengaruhi keputusan dan tindakan perawatan sehingga akan mengakomodasi perawatan lintas budaya untuk kesehatan, kesejahteraan dan kematian.

Leininger mengembangkan *Theory Of Culture Care Diversity And Universality* berdasarkan keyakinan akan perbedaan budaya dan keyakinan individu. Hal ini akan memberikan suatu informasi dan secara profesional, perawat dapat memberikan panduan atau cara yang terbaik bagi setiap individu atau antara satu individu dengan individu yang lain.

Teori ini bukan merupakan *middle range theory* atau *macro theory*, akan tetapi harus dilihat secara menyeluruh dengan spesifik dari setiap domain. Leininger meyakini dan mengembangkan suatu teori keperawatan yang berbeda dari teori-teori keperawatan pada umumnya. Teori ini juga didefinisikan berdasarkan hubungan logis dari berbagai konsep serta hipotesis yang dapat diuji dalam menjelaskan



atau memprediksi suatu kejadian atau fenomena/situasi tertentu. Teori ini membahas secara dalam dan menyeluruh serta berkesinambungan tentang pengaruh budaya terhadap perawatan individu, keluarga, dan kelompok. Teori ini dapat digunakan di budaya barat maupun budaya timur, sebab berbagai faktor budaya akan berpengaruh atau mempengaruhi secara universal.

## **B. Prinsip Dasar Konsep Utama dari *Theory Of Culture Care Diversity And Universality***

### *1. Care*

Membantu orang lain mengantisipasi kebutuhan dan upaya meningkatkan kondisi kesehatan serta menghadapi kematian. Mengekpresikan bagaimana suatu fenomena membantu, mendukung dan memfasilitasi individu atau orang lain dalam mengantisipasi kebutuhan dalam upaya meningkatkan kesehatan.

### *2. Caring*

Suatu tindakan atau kegiatan yang diarahkan untuk menyediakan perawatan.

### *3. Culture*

*Culture* merupakan suatu pola hidup, keyakinan, nilai-nilai, norma, simbol, yang dianut atau dijalankan oleh individu, kelompok atau institusi, dipelajari dan disebarkan dan

selalu diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya.

#### 4. *Culture Care*

Merupakan bagian dari budaya yang membantu, mendukung, serta digunakan atau dapat memfasilitasi tindakan keperawatan individu secara mandiri serta terhadap orang lain, berfokus pada kenyataan, atau mengantisipasi suatu pemenuhan kebutuhan kesehatan klien atau peningkatan kesejahteraan, memfasilitasi suatu ketergantungan, kematian, atau berbagai kondisi manusia/individu.

#### 5. *Culture Care Diversity*

Berbagi budaya dan nilai-nilai yang dianut, adanya perbedaan nilai, keyakinan diantara budaya yang ada, dan dalam kehidupan manusia.

#### 6. *Culture Care Universality*

Kesamaan antar budaya, nilai dan keyakinan yang dimiliki dalam merefleksikan perawatan kesehatan di masyarakat.

#### 7. *Nursing*

Keperawatan adalah profesi belajar dengan disiplin yang difokuskan pada fenomena perawatan.

### *8. Worldview*

Bagaimana individu atau kelompok melihat dunia berdasarkan budaya, nilai dan keyakinan yang dianut oleh individu atau kelompok tersebut.

### *9. Culture And Social Structure Dimensions*

Berdasarkan suatu kedinamisan, keseluruhan (menyeluruh), hubungan antardimensi dari budaya dan struktur sosial di masyarakat, baik politik, ekonomi, pendidikan, teknologi, agama, sejarah dan bahasa.

### *10. Health*

Merupakan suatu kesejahteraan manusia, kemampuan dalam menjalankan budaya secara terus-menerus, menjelaskan nilai-nilai, serta mampu mempraktikkan dalam melakukan kehidupan sehari-hari.

### *11. Culture Care Preservation Or Maintenance*

Bagaimana membantu, memfasilitasi, sebagai suatu tindakan profesional bagi individu atau kelompok dalam mengambil suatu keputusan perawatan dan membantu memberikan pengetahuan atau mengubah pola pikir individu dan kelompok dalam perawatan kesehatan.

### *12. Culture Care Accommodation Or Negotiation*

Mengacu pada tindakan keperawatan kreatif yang membantu orang dari budaya tertentu untuk beradaptasi atau bernegosiasi dengan yang lainnya dalam komunitas

kesehatan dalam upaya untuk mencapai tujuan bersama dari hasil kesehatan yang optimal untuk klien.

*13. Culture Care Repeating Or Restructuring*

Mengacu pada tindakan terapeutik yang diambil oleh perawat atau keluarga yang kompeten secara budaya. Tindakan ini memungkinkan untuk membantu klien dalam memodifikasi kesehatan pribadi dan bermanfaat dalam menghormati nilai budaya klien.

*14. Environmental Context*

Merujuk kepada lingkungan fisik, psikososial, dan sosiokultural, dan hubungannya bagaimana manusia memandang dan berpikir tentang hubungan lingkungan dengan kondisi kesehatan.

*15. Ethnohistory*

Merujuk kepada kejadian-kejadian yang lalu, perkembangan dari waktu ke waktu, atau dokumentasi dari suatu budaya yang dianut.

*16. Emic*

Merupakan hal lokal dan bagaimana memandang suatu fenomena.

*17. Etic*

Etik lebih dari bagaimana memandang atau keyakinan terhadap suatu fenomena secara global atau menyeluruh.

*18. Transcultural Nursing*

Merupakan suatu area yang berfokus kepada *humanistic*, berdasarkan ilmu pengetahuan, dan praktik. Secara menyeluruh membantu individu atau kelompok dalam mempertahankan kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan.

*19. Culturally Competent Nursing Care*

Perawatan kesehatan yang berdasarkan budaya dan peningkatan pengetahuan, mengubah pola pikir tentang kesehatan yang terkait dengan budaya, dalam upaya peningkatan kesehatan individu dan kelompok.

**C. Paradigma Utama Teori Leininger's *Culture Care Theory of Diversity and Universality***

**a. Keperawatan**

1. *Care* merupakan hal yang pokok, pusat, dan merupakan domain dalam keperawatan.
2. Keperawatan yang berdasarkan budaya sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan, kesehatan, pertumbuhan, mempertahankan hidup, atau menyikapi suatu keadaan yang tidak baik.
3. Keperawatan yang berdasarkan budaya perlu diketahui secara komprehensif dan holistik, serta dapat menjelaskan, menginterpretasikan serta memprediksi

suatu fenomena dalam keperawatan dan membantu perawat dalam mengambil keputusan atau bertindak.

4. *Transcultural nursing* merupakan hal yang humanistik dan saintifik dari profesi keperawatan dalam memberikan pelayanan kepada individu, kelompok, dan masyarakat.
5. Budaya merupakan hal yang penting dalam perawatan dan penyembuhan.
6. *Culture care consepts*, memiliki makna bahwa proses dan bentuk struktur keperawatan transkultural bervariasi dan beragam.

**b. Orang/Individu**

1. Setiap budaya dari individu/manusia merupakan dasar pengetahuan perawatan, termasuk keperawatan secara profesional.
2. Nilai budaya, keyakinan, praktik individu, merupakan bagian dari budaya, dunia, bahasa, filosofi, agama dan lain-lain.

**c. Kesehatan**

1. Keuntungan, kesehatan, dan dasar budaya merupakan hal yang penting dalam meningkatkan kesejahteraan individu, kelompok dan masyarakat.

2. *Culturaly care* dan *beneficial nursing* dapat tercapai jika perawat memperhatikan nilai-nilai budaya, mengekspresikannya dalam praktik keperawatan.
3. Perbedaan dan persamaan antara profesional dan perawatan dasar klien hanya didasarkan pada perbedaan budaya.

#### **d. Lingkungan**

1. Konflik budaya, stres, ketidakmampuan mengekspresikan budaya, hanya akan menimbulkan masalah pengetahuan dalam memberikan pelayanan dalam keperawatan.
2. Dalam melakukan penelitian keperawatan berdasarkan budaya, perlu pengetahuan secara baik dan benar dan kemampuan *interpretasi emic, etnic* dan *diverse culture care data*.

#### **D. Theoretical Assertions**

*Cultural nursing* yang dikemukakan oleh Leinengers memiliki 4 konsep dan formula besar, yaitu :

1. *Culture care expresions*, memiliki makna pola dan praktik yang beragam dan belum merupakan satu bagian, akan tetapi masih sangat universal.
2. Pandangan global dari berbagai struktur sosial, seperti agama, nilai-nilai budaya, ekonomi, lingkungan, bahasa dan lain-lain, merupakan elemen yang kritikal dari

*culture care* untuk dapat memprediksi kesehatan, kesejahteraan, sakit, penyembuhan, ketergantungan/ketidakmampuan, serta kematian.

3. Perbedaan budaya atau pengaruh budaya lokal serta lingkungan sangat membantu profesional dalam mengambil keputusan perawatan dalam meningkatkan kesehatan dan proses penyembuhan.
4. Analisis mengatakan bahwa *theory cultural nursing* dalam mengambil keputusan dan bertindak berdasarkan 3 faktor utama, yaitu :
  - a. *culture care preservation or maintainance*
  - b. *culture care accomodation or negotiation*
  - c. *culture care reppaterning or restructuring.*

### **E. Logical Form**

Theori Leinenggers lahir dari gabungan ilmu anthropologi dan keperawatan yang diformulasi ulang untuk menghasilkan teori *Transcultural Nursing with Human Care Perspective*. Leinenggers mengembangkan penelitian *ethnonursing* dan studi ini melakukan penekanan-penekanan yaitu pada pengaruh budaya lokal, pengetahuan lokal, pengalaman dan dihubungkan dengan keyakinan dan praktik/tindakan. Metode penelitian yang dilakukan adalah metode kualitatif.



## FRAME WORK

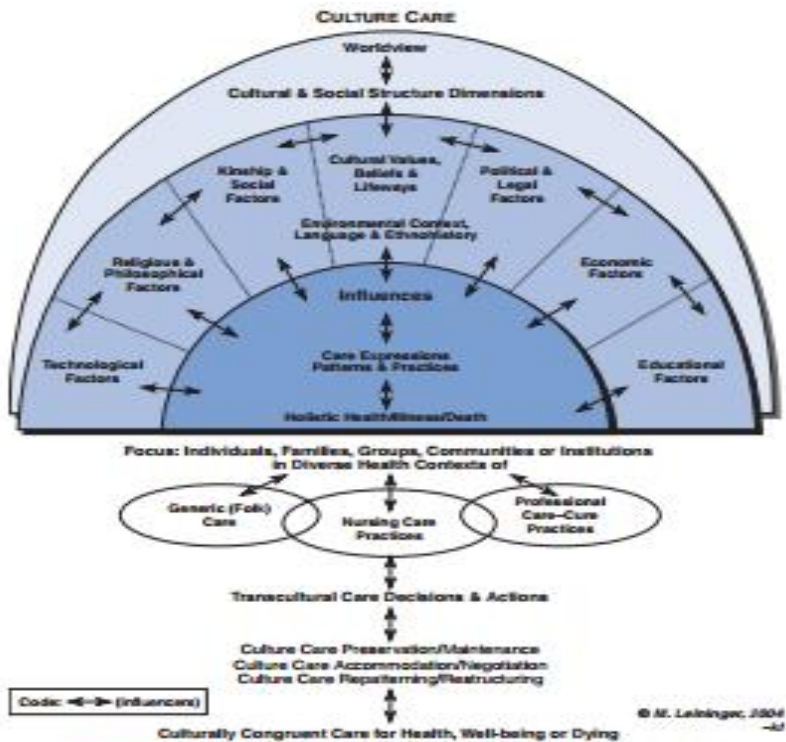


FIGURE 22-3 Leininger's Sunrise Model. (Copyright/ Madeleine Leininger, 2004. Used by permission.)

## F. Penerapan *Culture Care Nursing*

### Praktik

Teori ini dapat dikembangkan dan diaplikasikan di semua area keperawatan, namun pada awalnya diaplikasikan oleh *Nursing Community. Statement* Leinenggers pada aplikasi dalam praktik keperawatan: “*We are entering a new phase of nursing are as we value and use transcultural nursing knowledge with a focus on human caring, health, and illness*”

*behavior. With the migration of many cultural groups and the rise of the consumer cultural identity, and demands in culturally based care, nurses are realizing the need for culturally sensitive and competent practices. Most countries and communities of the world are multicultural today, and so health personnel are expected to understand and respon to client of divers or similar cultures. Immigrants and people from unfamiliar cultures expect nurses to respect and respond to values, beliefs, lifeways, and needs. No longer can nurses practice unicultural nursing.”*

Artinya kita memasuki suatu fase keperawatan seperti kita menghargai dan menggunakan pengetahuan keperawatan transkultural dengan fokus merawat manusia, kesehatan dan perilaku sakit. Dengan migrasi dari berbagai kelompok budaya, kebangkitan identitas budaya konsumen dan tergantung dari keperawatan berdasarkan budaya, perawat menyadari dalam memberikan praktik yang kompeten dibutuhkan sensitivitas terhadap budaya.

Saat ini sebagian besar negara dan masyarakat dunia adalah multikultural dan tenaga kesehatan diharapkan dapat memahami dan merespon keberagaman atau persamaan budaya dari klien. Imigran dan orang-orang dari budaya asing berharap perawat dapat menghormati dan menanggapi nilai-nilai, keyakinan, cara hidup dan kebutuhan klien. Perawat

tidak bisa bertahan lama dengan praktik keperawatan yang *unicultural*.

### **Pendidikan**

Theori ini pada tahun 1966 di Universitas of Colorado telah menjadi bagian kurikulum dan Leinengers merupakan salah satu pengajarnya. Pada 1988 dalam pengembangan pendidikan keperawatan dan adanya perbedaan budaya, maka *transcultural nursing* dan *human care* menjadi bagian dari kurikulum.

Fokus dari teori ini di dalam kurikulum adalah menemukan keragaman perawatan dan universalitas untuk memberikan keperawatan budaya, dengan cara menempatkan teori ini ke dalam kurikulum agar dapat mempersiapkan siswa untuk memberikan perawatan budaya. Kurikulum etnosentris yang ada, terutama didasarkan pada nilai-nilai budaya Amerika Eropa sehingga akan membuat jalan bagi kurikulum yang mencerminkan tidak hanya biomedis tetapi juga perspektif sosial budaya yang terkait. Hal ini disebabkan teori keperawatan ini mempengaruhi semua tahapan kurikulum.

## G. Kekuatan

1. Teori ini bersifat komprehensif dan holistik yang dapat memberikan pengetahuan kepada perawat dalam pemberian asuhan dengan latar belakang budaya yang berbeda.
2. Teori ini sangat berguna pada setiap kondisi perawatan untuk memaksimalkan pelaksanaan model-model teori lainnya (teori Orem, King, Roy, dll).
3. Penggunaan teori ini dapat mengatasi hambatan faktor budaya yang akan berdampak terhadap pasien, staf keperawatan dan terhadap rumah sakit.
4. Penggunaan teori transkultural dapat membantu perawat untuk membuat keputusan yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan.
5. Teori ini banyak digunakan sebagai acuan dalam penelitian dan pengembangan praktik keperawatan.
6. Mengembangkan *Sunrise model* dalam urutan logis dan menunjukkan hubungan timbal balik konsep keperawatan dengan keanekaragaman budaya dalam universalitas.

## H. Keterbatasan

1. Teori transkultural bersifat sangat luas sehingga tidak bisa berdiri sendiri dan hanya digunakan sebagai

pendamping dari berbagai macam konseptual model lainnya.

2. Teori transkultural ini tidak mempunyai intervensi spesifik dalam mengatasi masalah keperawatan sehingga perlu dipadukan dengan model teori lainnya.
3. Bukan model yang sederhana akan tetapi perawat dapat menanamkan ide baru dalam budaya klien.
4. Budaya merupakan warisan turun-temurun sehingga sulit untuk ditembus.
5. Perawat membutuhkan waktu yang lama untuk mempelajari budaya klien.

### **1. Proses Keperawatan Lintas Budaya**

Model konseptual yang dikembangkan oleh Leininger dalam menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks lintas budaya yang digambarkan dalam bentuk *Sunrise Model* seperti yang tergambar dalam *Frame Work* di atas. Geisser (1991) dalam Andrew and Boyle, 1995, menyatakan bahwa proses keperawatan ini digunakan oleh perawat sebagai landasan untuk berfikir dan memberikan solusi terhadap klien. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 2. Pengkajian Keperawatan Lintas Budaya

Pengkajian adalah proses mengumpulkan data untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya klien ( Giger and Davidhizar, 1995). Perawat harus memberikan perawatan yang sensitif dan kompeten secara kultural kepada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas. Satu cara untuk mengembangkan sensitivitas dan penghargaan terhadap individu, keluarga, kelompok, komunitas tertentu adalah ketika perawat keluar dan menyaksikan kehidupan sehari-hari dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tersebut. Peran perawat dalam *transcultural nursing* yaitu menjembatani antara sistem perawatan yang dilakukan masyarakat awam dengan sistem perawatan melalui asuhan keperawatan.

Tujuan dari pengkajian keperawatan lintas budaya adalah menetapkan data dasar tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman yang berkaitan, praktek kesehatan, nilai dan gaya hidup yang dilakukan klien dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada *Sunrise Model* antara lain :

### 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 ini.

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

Agama adalah suatu simbol yang mengakibatkan pandangan yang amat realistik bagi para pemeluknya. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk mendapatkan 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.

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 lifeways*)

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, dan 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 di antaranya: 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 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 sedikitnya sehingga tidak terulang kembali

### **3. Diagnosa Keperawatan Lintas Budaya**

Pengkajian memberdayakan perawat untuk mengelompokkan data guna mengembangkan diagnosa keperawatan potensial dan aktual yang berhubungan dengan kebutuhan kultural dan etnik klien. Selain itu, diagnosa keperawatan harus menyatakan penyebab yang mungkin. Identifikasi terhadap penyebab masalah lebih jauh

mengindividualisasikan rencana asuhan keperawatan dan mendorong pemilihan intervensi yang sesuai. 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.

#### **4. Intervensi Keperawatan Lintas Budaya**

Perencanaan dan pelaksanaan dalam keperawatan transkultural adalah kategori dari perilaku keperawatan yang tujuannya berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan adalah suatu proses memilih strategi yang tepat. Ada 3 komponen dalam perencanaan keperawatan yaitu:

##### *a. Cultural care preservation/maintenance*

Mempertahankan budaya 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 yaitu dengan cara (1) identifikasi perbedaan konsep antara klien dan perawat; (2) bersikap tenang dan tidak terburu-buru saat berinteraksi dengan klien; dan (3) mendiskusikan kesenjangan budaya yang dimiliki klien dan perawat.

*b. Cultural care accommodation/negotiation*

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 dengan cara: (1) gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh klien; (2) libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan; (3) apabila konflik tidak terselesaikan, lakukan negosiasi di mana kesepakatan berdasarkan pengetahuan biomedis, pandangan klien dan standar etik.

*c. Cultural care repartening/reconstruction*

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 dengan cara: (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 orangtua; (5) Berikan informasi pada klien tentang sistem pelayanan kesehatan.

## **5. Implementasi Keperawatan Lintas Budaya**

Pelaksanaan adalah melaksanakan tindakan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien (Giger and Davidhizar, 1995). Ketika menetapkan tujuan dan hasil yang diharapkan perawatan dan merencanakan intervensi spesifik, perawat sekali lagi mempertimbangkan variabel kultural karena variabel ini berkaitan dengan klien. Keluarga besar harus dilibatkan dalam perawatan, misalnya jika keluarga merupakan kelompok pendukung terkuat klien. Praktik dan

keyakinan kultural, seperti penggunaan doa khusus dan jimat, dapat diterapkan kedalam terapi (berg & berg, 1989).

Warisan budaya kultural klien, tingkat pendidikan, dan keterampilan berbahasa harus dipertimbangkan ketika merencanakan aktivitas penyuluhan. Untuk menghindari kebingungan, kesalahpahaman atau konflik kultural, penjelasan aspek asuhan yang biasanya tidak dinyatakan oleh klien yang menyesuaikan diri mungkin perlu bagi klien yang tidak berbicara dalam bahasa perawat atau bagi mereka yang dapat menyesuaikan diri (DeSantis, Thomas, 1990).

## **6. Evaluasi Keperawatan Lintas Budaya**

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.

## **7. Contoh Kasus**

Ny. T, umur 29 tahun, Klien *post partum* hari pertama klien melahirkan anak kedua di Rumah Sakit pukul 10.30 WIB

dengan usia kehamilan 39 minggu. Klien mulai merasakan mulas sejak pukul 18.30 lepas magrib, berharap dapat melahirkan di dukun beranak dekat rumahnya. Pukul 19.00 tetapi belum ada pembukaan jalan lahir selama 15 Jam. Klien merasakan tidak adanya pergerakan bayi maka dari itu dibawa ke bidan dan bidan menyarankan segera di bawa ke rumah sakit. Setelah sampai dirumaah sakit dokter menyarankan segera dilakukan operasi cesaro section.

Setelah bayi keluar pukul 10.30 di Rumah Sakit. Keluarga memaksa membawa pulang bayi dan ibu yang baru melahirkan karena menurutnya bayi tidak boleh berada terlalu lama di luar rumah. Menurut keyakinan klien setelah melahirkan pantang makan-makanan yang berbau amis seperti ikan, daging dan telur karena akan menyebabkan proses penyembuhan pada alat kelamin akan lama (sulit kering) dan gatal-gatal. Ibu diwajibkan menggunakan kain panjang (stagen) agar perut ibu dapat kembali seperti keadaan semula. Bagi bayi, sebelum berusia 40 hari bayi tidak diperbolehkan keluar rumah karena masih berbau amis dan mengundang makhluk halus untuk menculik (*gendolwewe* atau *kalongwewe*).

## Pengkajian

Pengkajian pada model *transcultural nursing* meliputi:

### 1. Faktor Teknologi (*Technological Factors*)

Perawat perlu mengkaji tentang 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 ini.

- a. Persepsi klien tentang sehat sakit adalah klien mengatakan bahwa kalau kita masih bisa beraktivitas sehari-hari itu yang dinamakan sehat dan sakit adalah jika tidak bisa beraktivitas sehari-hari.
- b. Klien memeriksakan kehamilannya kepada dukun beranak, sebelum hamil klien tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi .
- c. Klien mengatakan biasa berobat ke dukun tersebut karena sudah dipercaya oleh warga sekitar bisa menyembuhkan segala macam penyakit tanpa perlu minum obat. Hanya minum ramuan-ramuan atau jamu-jamu buatannya bisa sembuh dan bisa beraktivitas seperti semula.

## 2. Faktor Agama dan Falsafah Hidup (*Religious and Phylosophical Factors*)

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.

- a. Agama yang dianut: Islam
- b. Status pernikahan: Kawin
- c. Klien mengatakan kalau ada anggota keluarga yang sakit itu berarti bahwa anggota keluarga ada yang melanggar adat (tidak patuh terhadap aturan/aturan adat di desa tersebut). Klien percaya kepada ilmu sihir dan hal-hal gaib. Klien percaya bila bayinya terlalu lama di luar rumah maka bayinya akan hilang dibawa *gendolwewe* atau *kalongwewe*). Biasanya bayi tersebut akan dibawa selepas magrib, karena menurut mereka bayi masih berbau amis dan makhluk gaib sangat menyukai hal-hal yang berbau amis..
- d. Kebiasaan yang berdampak positif terhadap kesehatan: klien mengatakan mempunyai kebiasaan mencuci tangan sebelum makan.
- e. Berikhtiar untuk sembuh tanpa mengenal putus asa: klien mengatakan selalu berikhtiar untuk mencari



kesembuhan jika ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke dukun tersebut.

- f. Klien menyatakan beragama Islam dan melakukan solat lima waktu.

### 3. Faktor Sosial dan Keterikatan Kekeluargaan (*Khinsip 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.

- a. Nama lengkap: Ny. T
- b. Umur: 29 tahun
- c. Jenis kelamin: Perempuan
- d. Tipe keluarga: keluarga inti
- e. Pengambilan keputusan dalam anggota keluarga: Suami
- f. Hubungan klien dengan kepala keluarga: Istri
- g. Hubungan kekerabatan masih sangat kuat terutama dari keluarga perempuan. Ibu dari pihak laki-laki, Mertua akan menginap dan mendukung menantu nya yang baru saja melahirkan sampai bayi berusia 40 hari. Keputusan dalam keluarga dipegang oleh suami. Biasanya pasangan akan menanyakan terlebih dahulu kepada orangtua

masing-masing bagaimana yang terbaik, tetapi keputusan tetap diambil oleh suami. Selama proses setelah melahirkan sampai dengan empat puluh hari biasanya akan tinggal di pihak suami.

4. Faktor Nilai-Nilai Budaya dan Gaya Hidup (*Cultural Values and Lifeways*)

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.

- a. Posisi dan jabatan : Klien mengatakan suaminya bekerja sebagai pekerja swasta
- b. Bahasa yang digunakan: bahasa jawa dan bahasa indonesia
- c. Kebiasaan membersihkan diri: mandi dua kali sehari
- d. Kebiasaan makan: makan tiga kali dalam sehari kadang-kadang sehari dua kali, lauk seadanya yang penting ada nasi. Kepercayaan klien dan keluarga jika habis melahirkan tidak boleh makan telur, nanti bisa menyebabkan gatal-gatal.

- e. Keluarga memaksa membawa pulang bayi dan ibu yang baru melahirkan karena menurutnya bayi tidak boleh berada terlalu lama di luar rumah.
- f. Bahasa yang digunakan adalah bahasa jawa.

5. Faktor Kebijakan dan Peraturan Rumah Sakit yang Berlaku  
(*Pollitical and Legal Factors*)

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.

- a. Peraturan dan kebijakan berkenaan dengan jam berkunjung : -
- b. Jumlah anggota keluarga yang boleh menunggu: satu orang
- c. Cara pembayaran untuk klien yang dirawat:BPJS
- d. Dukun beranak adalah wanita yang sangat dihormati oleh masyarakat setempat. Pada saat proses kehamilan dan melahirkan, wanita di daerah tersebut diwajibkan untuk berobat hanya pada dukun tersebut, bila berobat ke petugas kesehatan meskipun dekat akan dikucilkan oleh warga setempat.

e. Faktor Ekonomi (*Economical Factors*)

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.

- a. Pekerjaan Klien: Ibu Rumah Tangga
- b. Sumber biaya oleh klien: Suami
- c. Tabungan yang dimiliki oleh keluarga : keluarga mengatakan tidak pernah menabung

6. Faktor Pendidikan (*Educational Factors*)

Hal yang perlu dikaji pada tahap ini adalah: tingkat pendidikan klien, jenis pendidikan serta kemampuannya untuk belajar secara aktif mandiri tentang pengalaman sedikitnya sehingga tidak terulang kembali.

- a. Latar belakang pendidikan klien: klien mengatakan tidak sekolah/tidak tamat SD
- b. Tingkat pendidikan keluarga : klien mengatakan suaminya hanya tamat SMP
- c. Kemampuan klien belajar secara aktif mandiri tentang pengalaman sakitnya sehingga tidak terulang kembali: klien mengatakan ini anak kedua, pada saat melahirkan anak pertamanya klien dibantu dukun beranak.

## **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus ini adalah: risiko ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

## **Perencanaan dan Pelaksanaan**

Perencanaan yang diperlukan untuk kasus di atas adalah sebagai berikut.

### *a) Cultural care preservation/maintenance*

- Identifikasi perbedaan konsep antara klien dan perawat tentang proses melahirkan dan perawatan bayi
- Bersikap tenang dan tidak terburu-buru saat berinteraksi dengan klien
- Mendiskusikan kesenjangan budaya yang dimiliki klien dan perawat

### *b) Cultural care accomodation/negotiation*

- Gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh klien
- Jelaskan tentang pentingnya makan-makanan yang mengandung protein. Ikan dan telur boleh saja tidak dimakan tetapi harus diganti dengan tempe dan tahu, kalau bisa sekali-kali makan daging ayam untuk memenuhi kebutuhan protein hewani baik kepada orang tua maupun keluarga klien.
- Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan

*c) Cultural care repartening/reconstruction*

- Beri kesempatan pada klien untuk memahami informasi yang diberikan dan melaksanakannya
- Tentukan tingkat perbedaan pasien melihat dirinya dari budaya kelompok
- Gunakan pihak ketiga misalnya keluarga yang sekolah sampai ke tahap SMA atau pada saat menjelaskan juga menghadirkan kepala desa sebagai pemimpin di daerah tersebut
- Terjemahkan terminologi gejala pasien ke dalam bahasa kesehatan yang dapat dipahami oleh klien dan orang tua
- Berikan informasi pada klien tentang sarana kesehatan yang dapat digunakan misalnya imunisasi di Puskesmas untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit mematikan.

**Evaluasi**

- a) Evaluasi dilakukan terhadap peningkatan pemahaman klien tentang : Makan-makan protein nabati seperti tempe dan tahu dan makan protein hewani selain ikan,daging dan telur.

## PEMBAHASAN

Pearson (1996) menyatakan konsep proses keperawatan dalam konteks budaya mendefinisikan sebagai siklus, ada saling keterkaitan antarelemen proses keperawatan dan bersifat dinamis (Royal College Nursing, 2006). Keperawatan transkultural adalah suatu proses pemberian asuhan keperawatan yang difokuskan kepada individu dan kelompok untuk mempertahankan, meningkatkan perilaku sehat sesuai dengan latar belakang budaya sehingga didapatkan kesinambungan antara proses keperawatan dengan keperawatan transkultural.

Kasus yang dibahas pada makalah ini adalah kasus pada ibu *post partum*. Kasus ini pada umumnya menggunakan format pengkajian pada maternitas. Penggunaan pengkajian aspek budaya pada saat ini dianggap penting karena bila perawat tidak melihat konteks budaya maka klien mungkin saja mengikuti apa yang dianjurkan oleh perawat tetapi hanya pada saat dirawat di Rumah Sakit, setelah kembali ke rumah karena kuatnya pengaruh budaya maka klien akan kembali kepada budayanya sendiri. Bila hal ini terjadi maka tujuan dari asuhan keperawatan tidak akan tercapai.

Pendekatan asuhan keperawatan yang digunakan adalah pendekatan dengan latar belakang budaya klien. Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada

pada *Sunrise Model* yaitu faktor teknologi, agama dan filosofi, sosial dan kekerabatan keluarga, nilai budaya dan gaya hidup, ekonomi, pendidikan dan faktor politik dan peraturan yang berlaku.

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. Diagnosa Keperawatan yang dapat ditegakkan pada kasus ini adalah: resiko ketidakpatuhan dalam pengobatan berhubungan dengan sistem nilai yang diyakini.

Diagnosa ini diangkat berdasarkan data hasil pengkajian sebagai berikut keluarga memaksa membawa pulang bayi dan ibu yang baru melahirkan karena menurutnya bayi tidak boleh berada terlalu lama di luar rumah. Menurut keyakinan klien setelah melahirkan pantang makan-makanan yang berbau amis seperti ikan, telur karena akan menyebabkan proses penyembuhan lama (sulit kering). Ibu diwajibkan menggunakan kain panjang (stagen) agar perut ibu dapat kembali seperti keadaan semua sebelum hamil. Bagi bayi, sebelum berusia 40 hari bayi tidak boleh



keluar rumah karena takut diculik (*gendolwewe* atau *kalongwewe*).

*Cultural care preservation/maintenance*

- Identifikasi perbedaan konsep antara klien dan perawat tentang proses melahirkan dan perawatan bayi
- Bersikap tenang dan tidak terburu-buru saat berinteraksi dengan klien
- Mendiskusikan kesenjangan budaya yang dimiliki klien dan perawat

*d) Cultural care accomodation/negotiation*

- Gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh klien
- Jelaskan tentang pentingnya makan-makanan yang mengandung protein. Ikan dan telur boleh saja tidak dimakan tetapi harus diganti dengan tempe dan tahu, kalau bisa sekali-kali makan daging untuk memenuhi kebutuhan protein hewani baik kepada orang tua maupun keluarga klien.
- Libatkan keluarga dalam perencanaan perawatan

*e) Cultural care repartening/reconstruction*

- Beri kesempatan pada klien untuk memahami informasi yang diberikan dan melaksanakannya
- Tentukan tingkat perbedaan pasien melihat dirinya dari budaya kelompok

- Gunakan pihak ketiga misalnya keluarga yang sekolah sampai ke tahap SMA atau pada saat menjelaskan juga menghadirkan kepala desa sebagai pemimpin di daerah tersebut
- Terjemahkan terminologi gejala pasien ke dalam bahasa kesehatan yang dapat dipahami oleh klien dan orang tua
- Berikan informasi pada klien tentang sarana kesehatan yang dapat digunakan misalnya imunisasi di Puskesmas untuk melindungi bayi dari berbagai penyakit mematikan.

### **Evaluasi**

- a) Evaluasi dilakukan terhadap peningkatan pemahaman klien tentang : Makan-makan protein nabati seperti tempe dan tahu dan makan protein hewani selain ikan, daging dan telur.

### **Kekuatan**

Kekuatan yang ada pada kasus ini adalah:

1. Sebagai perawat harus mampu menguasai teori *Sunrise Model* ini yang bersifat komprehensif dan holistik yang dapat memberikan pengetahuan kepada perawat dalam pemberian asuhan dengan latar belakang budaya yang berbeda.

2. Perawat dapat mengaplikasikan teori ini pada setiap kondisi perawatan untuk memaksimalkan pelaksanaan model-model teori lainnya (teori Orem, King, Roy, dll)
3. Perawat dapat mengaplikasikan teori ini dengan tujuan untuk mengatasi hambatan faktor budaya yang akan berdampak terhadap pasien, staf keperawatan dan terhadap rumah sakit.
4. Penggunaan teori transkultural dapat membantu perawat untuk membuat keputusan yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan.
5. Perawat dapat menggunakan teori ini sebagai acuan dalam penelitian dan pengembangan praktik keperawatan. Mengembangkan *Sunrise Model* dalam urutan logis dan menunjukkan hubungan timbal balik konsep keperawatan dengan keanekaragaman budaya dalam universalitas.

### **Keterbatasan**

Keterbatasan yang ada pada teori ini adalah:

1. Perawat mempunyai keterbatasan dalam mengembangkan teori transkultural ini yang bersifat sangat luas sehingga tidak bisa berdiri sendiri dan perlu referensi tambahan sebagai pendamping dari berbagai macam konseptual model lainnya.

2. Perawat dapat menanamkan ide baru dalam budaya klien melalui pendekatan (bina hubungan saling percaya) yang baik terhadap klien dan keluar sehingga akan memudahkan perawat dalam melakukan intervensi terhadap klien dan keluarga.
3. Keyakinan klien terhadap budaya merupakan warisan turun temurun sehingga cukup sulit untuk ditembus, dan perawat membutuhkan waktu yang lama untuk mempelajari budaya klien.

## DAFTAR PUSTAKA

Alligood, Martha Raile. (2014). *Nursing Theorist and Their Work*. 8<sup>th</sup>. Ed. St. Louis: Mosby Elsevier, Inc.

Hidayat, A. Aziz. (2008). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Mariner-tomey & Alligood. (2006). *Nursing Theorists and Their Works*. 6<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Mosby Elsevier, Inc.

Perry dan Potter. (2009). *Fundamental keperawatan ed 7*. Jakarta: Salemba Medika.

## BAB IV

# TEORI KEPERAWATAN VIRGINIA HENDERSON



### A. Bibliografi

Virginia Henderson was born in 1897 in Kansas City, Missouri, she is fifth of eight children in her family. During World War I Henderson's interest in nursing and in 1918 she entered Army School of Washington. In 1921 she graduated and has been accepted as staff nursing in Henry Street Visiting Service in New York. Henderson began teaching nursing in Norfolk Protestant Hospital, Virginia in 1922. In 1927 she continued her education level in Teachers' College at Columbia University and got her B.S and M.A degrees in nursing education from this University. She in 1929 being supervisor teacher in the clinics of Strong Memorial Hospital in Rochester, New York. Return as Teacher College in 1930 as

faculty member, teaching courses in the nursing analytical proses and clinical practice until 1948.

Henderson has been associated with Yale University and In early 1950, has done a lot of research through this association, she also directed the Nursing Studies Index Project sponsored by this University. Forward Henderson being author and co author for many tittles book of nursing. Henderson's achievements and influence in the nursing proffesion have brought her more than nine honorary doctoral degrees and the first Christane Reimann Award through 1980s. At 1988 American Nurse Association Convention, she received a special citation of honor for her lifelong contributions to nursing research, education, and professionalism.

Her first published her definition of nursing in the 1955 revision of Harmer and henderson's *The Principle and Practices of Nursing*. There here three major influences on Henderson's decision to syntetize her own definition of nursing. She revised *Text Book Of Priciples And Practice Of Nursing* in 1939. She identifies her work " the necessity of being clear about the function of the nurse". The second is her involvement as a commite memeber in regional conference of the National Nursing Council In 1946. Finally the American Nurse Association's 5 - year investigation of the function of

the nurse interested Henderson, who was not fully satisfied with the definition adopted by the ANA in 1955. Henderson labels her work a definition rather than a theory because the theory was not vague at the time.

## **B. Component of theory**

### **1. Nursing**

The sentences of “ The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will, or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible.” Are definition of nursing in functionally.

### **2. Health**

Henderson doesn't state her own definitions about health. But she was equate that health is an independence. She also viewing health in term of person ability to perform an unaided the 14 component of nursing care.

### **3. Environment**

Environment was not clearly defined by Henderson, she use Webster's New Collegiate Dictionary “the aggregate of all the external conditions and influences affecting the life and development of an organism”



#### 4. Person / patient

Patients as an individual who requires assistance to achieve health and independence or peaceful death. Family viewed as a unit of the patient it self.

#### 5. Needs

Henderson was identifies 14 basic need of the patient :

- 1) Breathe normally
- 2) Eat and drink adequately
- 3) Eliminate body wastes
- 4) Move and maintain body desirable position
- 5) Sleep and rest
- 6) Select suitable clothes – dress and undress
- 7) Maintain body temperature within normal range by adjusting clothing and modifying the environment
- 8) Keep the body clean and well groomed and protect the integument
- 9) Avoid dangers in the environment and avoid injuring others
- 10) Communicate with others in expressing emotions, needs, fears, or opinions
- 11) Worship according one faith
- 12) Work in such a way that there is a sense of accomplishment
- 13) Play or participate in various form of recreation

- 14) Learn, discover, or satisfy the curiosity that leads to normal development and health use the available health facilities.

### **C. Assumption**

#### **1. Nursing**

- 1) The nurse has unique function to help well or sick individuals
- 2) The nurse functions as a member of a medical team
- 3) The nurse functions independently
- 4) The nurse knowledgeable in both biological and social sciences
- 5) The nurse can assess basic human needs

#### **2. Person (Patient)**

- 1) The person must maintain physiological and emotional
- 2) The mind and the body of the person are inseparable
- 3) The patient requires help toward independence
- 4) The patient and his family are a unit
- 5) The patient's needs are encompassed by the 14 components of nursing

#### **3. Health**

- 1) Health is quality of life
- 2) Health is basic to human functioning
- 3) Health requires independence and interdependence

- 4) Promotion of health is more important than care of the sick
  - 5) Individuals will achieve or maintain health if they have necessary strength, will, or knowledge.
4. Environment
- 1) Healthy individual may be able to control their environment, but illness may interfere with that ability
  - 2) Nurse should have safety education
  - 3) Nurse should protect the patients from mechanical injury
  - 4) Nurses should minimize the chances of injury through recommendations regarding construction of buildings, purchase of equipment, and maintenance.
  - 5) Doctors use nurse observations and judgements upon which to base prescriptions for protective devices
  - 6) Nurses must know about social customs and religious practices to assess danger

#### **D. Strength and Weakness**

##### ***1. Strengths/Weaknesses***

Henderson's work is relatively simple yet generalizable with some limitations. Her work can be applied to the health of individuals of all ages. Limited in a

way that it can generally be applied to fully functional individuals.

Each of the 14 activities can be the basis for research. Although the statements are not written in testable terms, they may be reformulated into researchable questions.

a. Strength

The concept of nursing formulated by Henderson in her definition of nursing and the 14 components of basic nursing is uncomplicated and self-explanatory. Therefore, it can be used without difficulty as a guide for nursing practice by most nurses.

b. Weakness

A major shortcoming in her work is the lack of a conceptual linkage between physiological and other human characteristics.

## **E. Analysis**

One cannot say that every individual who has similar needs indicated in the 14 activities by Henderson are the only things that human beings need in attaining health and for survival. With the progress of today's time, there may be added needs that humans are entitled to be provided with by nurses.

The prioritization of the 14 Activities was not clearly explained whether the first one is prerequisite to the other. But still, it is remarkable that Henderson was able to specify and characterize some of the needs of individuals based on Abraham Maslow's hierarchy of needs.

Some of the activities listed in Henderson's concepts can only be applied to fully functional individuals indicating that there would always be patients who always require aided care which is in contrary to the goal of nursing indicated in the definition of nursing by Henderson.

Because of the absence of a conceptual diagram, interconnections between the concepts and subconcepts of Henderson's principle are not clearly delineated

## **F. Critic**

### **1) Simplicity**

Henderson's definition of nursing and the basic needs are simply stated and clear, yet broad in scope attempting to include the function of all nurses and all patients.

### **2) Generality**

Henderson's definition has the potential to include the whole person.

### 3) Empirical precise

Henderson did not intend to develop a theory of nursing, she did not develop the interrelated theoretical statements or operational definitions necessary to provide theory testability.

### 4) Consequences

Henderson's definition of nursing and 14 nursing functions were aimed at explaining the totality of nursing behaviour rather than the development of a nursing theory. Her ideas have continued to be useful in promoting further conceptual development among nursing nurse theorists. Henderson's has also been influential in nursing curriculum development, in clinical nursing practice, and in the promotion of clinical nursing research.

## **G. Application**

### **Application of Virginia Henderson Theory in Nursing Practice in the Hospital**

#### **1. Case**

Patient A 38 years old, he is farmer came to hospital on 10 November 2014 at 3 pm with complaints of dizziness, difficult to breath, and weakness shortness felt since November 7, 2014 and felt heavier when the patient sitting in bed. Shortnessof breathis feltdiminishedwhen the clientlying on

the bed, but the tightness is not lost. Tightness felt to make the client is unable to stand or walk on the bed. Tightness felt in the whole field, but did not experience chest during breathing, anorexia, nausea, vomitus and dizzy. From physical examination of Blood Pressure: 130/90 mmHg, pulse: 130 X/minutes, Heart Rate: 30 X/minutes, Body weight 50 Kg, Body Height: 160 cm, ketone breath odor, dietary pattern is  $\frac{1}{4}$  portion from based on those recommended dietary Diabetes, bowel elimination is 1x per day, urine elimination is using bedpans (pispot) with urine 1400cc/24 hours and with gangrenous of lower examination.

### **History Family Disease**

Patient's family told they don't have heart disease, lung, mumps, however clients suffering from diabetes and known since the age of 40 years (ten years ago) and the usual treatment (control) at the primary health center. Client had also gangrenous since about 4 years ago. Pain can be experienced by the client just ordinary fever or colds are usually cured by buying drugs from drug store. Family said that they have Diabetes history.

## Laboratory Result

At November, 10, 2014

Hb	: 15,6 mg%	
PCV	: 0,48	( 0,38 – 0,42)
Leukosit	: 4.5000	(< 100.000)
Trombosit	: 387	
Glucosa	: 651 mmol	
SGOT	: 31	
Kreatinin	: 1,56	

Blood analysis

pH	: 7,429	(7,35 – 7,54)
pCO <sub>2</sub>	: 18,9 mmol	(25 – 45 mmol)
pO <sub>2</sub>	: 10,8 mmol	( 80 – 104 mmol)
HCO <sub>3</sub>	: 12,2 mmol	(21 – 25 mmol)
O <sub>2</sub> sat	: 98,3 %	

Elektrolite

K	: 6,45 mEq	(3,8 – 5,0 mEq)
Na	: 115 mEq	(136 – 144 mEq)
Cl	: 105 mEq	(105 – 120 mEq)

Urinalisis

Eritrosit 3 – 4, Leukosit 5 – 6, Epitel 9 – 11, Kristal -, Kuman (+)

## 2. Seven Elements Based on Virginia Henderson in Nursing Process

### a. Nursing Process

- Patient can normal breathing 12-16 X/minutes
- Patient can drink and eat enough
- Patient can do activities without fell weak and dizzy
- Patient can make body hygiene and comfort to the integrity of skin disorders (gangrene)



b. Patient

- Patient A, 38 years old as farmer with Senior High School Background and has 2 children.
- Patient is holistic and independent that has 14 basic needs

1) Normal Breathing

Patient experiencing shortness since 3 days ago with RR 30x/min and bad breath ketones, shortness felt heavier when the client sitting up in bed, shortness of making the client is no tableto walk from the bed

2) Eating and drinking

Patient Experiencing nausea and vomiting and decreased appetite, diet, namely  $\frac{1}{4}$  serving clients recommended by the diet DM, client glucose level sare 650 mmol

3) Elimination

Patient do bowel elimination is 1x andurine elimination is 2x by using the potty with aurine output of 1400cc/24 hours

4) Moving and exercise to maintain posture

Patient experiencing shortness Bed rest total due if walking or standing on the bed, and Klien suffered gangrenein lower extremities so as to

make the limitation in movement and maintaining posture

5) Sleep and rest

Patient complain disturbed sleep due to tightness experienced by clients

6) Choose clothes that fit

Patient use the shirt and wear a sarong

7) Temperature

Patient's temperature is 36 degree Celsius

8) Keeping the body to keep clean and well maintained and protect the integument

The client does not have a fever and chills, with well-maintained body hygiene, but the client integument system disorder that is the gangrene in the extremities

9) Communication with other in expressing emotions, needs fear or opinions

Patient are less able to meet the need to express his opinion, so that the client DM disease known since the age of 38 years

10) Worship according to beliefs

Patient is muslim

11) Work well in order to perform certain achievement

During the ill of patient is unable weeks to work

12) Play and Recreation

When patient is he can't do recreation

13) Avoiding danger or harm others

14) Learn, discover or satisfycuriosity and use of health facilities

Patient usually only goes to primary health center for treatment or only buy drugs in the drug store

c. Nurse Roles

Nurses are as substitute role, helper and partner in maintaining or restoring the independence of the fourteen basic needs fulfillment.

d. Nursing diagnose

1) Inability of patientin thenormalbreathing

2) Inability to drink and eat enough

3) Intolerance activity

4) Inability to protect integument system



## Tentang Penulis

Penulis pertama bernama lengkap Parliani, dengan sapaan dekatnya lia. Ia memiliki nama pena Parliani Stargirl sebagai nama dalam karya-karya sastra yang ditulisnya. Ia juga aktif diranah public sebagai dosen disalah satu perguruan swasta di kotanya. Ia merupakan lulusan dari STIK Muhammadiyah Pontianak (S1) dan Khon Kaen University, Thailand (S2). Ia saat ini berstatus menikah dengan satu anak usia 11 bulan. Ia juga pernah memiliki pengalaman mengajar sebagai guru bahasa Indonesia di negeri gajah putih (Thailand) untuk mahasiswa di salah satu universitas negeri di Thailand. Buku ini merupakan buku ke-4 yang ia tulis bersama rekan kerjanya setelah heart of journey, The principal of research and nursing process, dan Lentera Pena. Beliau memiliki hobi menulis, membaca dan trevelling. Penulis bisa di contact via email : [simple\\_writer90@yahoo.com](mailto:simple_writer90@yahoo.com) atau Facebook dan Instagram @Parliani\_Stargirl.

Penulis kedua memiliki nama lengkap Tri Wahyuni, dengan sapaan Tri. Ia memiliki nama sehari-hari di rumah mami yang artinya seorang ibu. Ia aktif di ranah public sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di kotanya. Ia berstatus menikah dengan 2 anak, usia anak pertama usia 6 tahun dan anak kedua usia 1 bulan. Ia punya pengalaman sekolah S1 di Universitas Muhammadiyah Malang dan S2 di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis bisa di kontak via email [fandisofyan@rocketmail.com](mailto:fandisofyan@rocketmail.com) atau facebook Tri Wahyuni