

PENGEMBANGAN PANDUAN PRAKTIK KEPERAWATAN BERDASARKAN PEKA BUDAYA DAN FORMULIR ASESMEN KEPERAWATAN PASIEN MENJELANG AKHIR KEHIDUPAN

*The Development of Culturally Congruent Care Practices Guideline and Nursing
Assessment Form for The End-of-Life Patients*

Eva Winda Sarma^{1*}, Enie Novieastari², Hening Pujasari²

¹Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia,
Depok, Indonesia

²Departemen Keperawatan Dasar dan Dasar Keperawatan, Fakultas Ilmu
Keperawatan, Universitas Indonesia, Depok, Indonesia

*Email: eva.winda@ui.ac.id

ABSTRACT

Culturally congruent care practices are essential for providing holistic and meaningful care, particularly for multicultural populations and the end-of-life patients. However, national policies have not been fully implemented within hospital internal policies. This study aimed to develop a culturally congruent care practices guideline and a nursing assessment form for the end-of-life patient. A case study employing the Eight-Step Kotter Change Model was used to develop, implement, and evaluate the guideline and form at Hospital X Jakarta. Socialization was conducted with ICU nursing staff and nurse managers. Nineteen out of forty-one study participants were purposively selected to participate in the evaluation. The results demonstrated that the development of the guideline and form successfully improved nurses' knowledge related to culturally sensitive nursing, with 80% of the evaluation questions showing increased scores. Subsequently, the guideline and form were integrated into hospital policies and electronic medical records to ensure sustainability. A systematic approach using Kotter's Model effectively facilitated the development of culturally congruent care practices. Leadership support and ongoing competency development are necessary to sustain these changes and enhance the quality of care.

Keywords: *culturally congruent care, kotter change model*

ABSTRAK

Praktik keperawatan berdasarkan peka budaya sangat penting dalam memberikan asuhan yang holistik dan bermakna, terutama bagi populasi multikultural dan pasien menjelang akhir kehidupan. Namun, kebijakan nasional belum sepenuhnya diimplementasikan dalam kebijakan internal rumah sakit. Studi ini bertujuan mengembangkan panduan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya dan formulir asesmen keperawatan pasien menjelang akhir kehidupan. Metode studi kasus dengan pendekatan Model Perubahan Delapan Langkah Kotter digunakan untuk mengembangkan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi panduan serta formulir di Rumah Sakit X Jakarta. Sosialisasi dilakukan kepada staf perawat ICU dan perawat manajer. 19 dari 41 sampel studi dipilih secara purposif untuk mengikuti evaluasi. Hasilnya, pengembangan panduan dan formulir berhasil meningkatkan pengetahuan perawat terkait keperawatan peka budaya, dengan 80% soal mengalami peningkatan skor. Panduan dan formulir selanjutnya diintegrasikan ke dalam kebijakan rumah sakit dan rekam medis elektronik untuk keberlanjutan. Pendekatan sistematis menggunakan Model Kotter efektif mengembangkan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya. Dukungan kepemimpinan dan pengembangan kompetensi berkelanjutan dibutuhkan untuk mempertahankan perubahan dan meningkatkan kualitas asuhan pasien.

Kata kunci: keperawatan peka budaya, model perubahan kotter

PENDAHULUAN

Indonesia, negara kepulauan dengan lebih dari 1200 suku dan 694 bahasa daerah, merupakan salah satu negara paling beragam di dunia [1]. Keberagaman budaya masyarakat Indonesia menjadikan setiap kelompok memiliki nilai, kepercayaan, dan praktik kesehatan yang unik, yang memengaruhi persepsi kelompok terhadap penyakit dan perawatan [2]. Kondisi ini membutuhkan asuhan keperawatan berdasarkan peka budaya yang didasarkan pada Teori Perawatan Budaya Madeleine Leininger. Secara global, International Council of Nurses mengamanatkan kompetensi budaya dan bahasa sebagai standar inti keperawatan [3]. Secara nasional, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 425 Tahun 2020 secara eksplisit mengintegrasikan sensitivitas budaya dalam kompetensi keperawatan [4]. Oleh karena itu, asuhan keperawatan peka budaya tidak hanya menjadi kebutuhan mendesak untuk memenuhi standar nasional dan internasional, tetapi juga menjadi kunci asuhan yang inklusif dan efektif bagi keragaman budaya Indonesia.

Bukti empiris menunjukkan dampak asuhan keperawatan peka budaya terhadap peningkatan kualitas asuhan dan hasil pasien. Alawiah mengidentifikasi adanya hubungan positif antara asuhan keperawatan peka budaya dengan perilaku *caring* perawat [5]. Demikian pula, Berhanu menemukan bahwa keterampilan komunikasi interpersonal dan interkultural perawat memiliki hubungan signifikan dengan kompetensi kultural perawat, yang sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan peka budaya [6]. Selain itu, Narayan dan Mallinson menunjukkan bahwa integrasi kompetensi kultural dalam perencanaan asuhan keperawatan berdampak meningkatkan kepuasan dan hasil kesehatan pasien [7]. Badriah juga mengamati bahwa asuhan keperawatan peka budaya memberikan dampak positif terhadap hasil kesehatan pada pasien lansia dengan diabetes [8]. Temuan-temuan ini secara kolektif menyoroti peran penting asuhan keperawatan peka budaya dalam membina perilaku *caring*, komunikasi yang efektif, kepuasan, dan peningkatan hasil kesehatan di berbagai populasi pasien.

Rumah Sakit X Jakarta, pusat kesehatan ibu dan anak nasional yang menyelenggarakan pelayanan keperawatan, melayani klien dari latar belakang budaya yang beragam, termasuk Jawa (35%), Betawi (29%), Sunda (15%), dan etnis lainnya [9]. Antara Juni hingga Agustus 2024, salah satu ruang rawat Rumah Sakit X Jakarta melayani 40,5% pasien dari Jakarta, 27,6% dari Jawa Barat, dan 26,3% dari Banten. Hasil wawancara dengan salah satu kepala ruangan, menyatakan bahwa kasus-kasus tentang keperawatan transkultural sering ditemui dalam praktik keperawatan sehari-hari, misalnya permintaan keluarga pasien untuk memberikan air doa, pantangan untuk melaksanakan aktivitas kebersihan diri selama proses sakit, sampai pantangan menerima transfusi darah dari orang lain.

Rumah Sakit X Jakarta sudah memiliki asesmen keperawatan yang mengkaji status psikososial, spiritual, dan budaya klien, tetapi studi dokumentasi pada 5 rekam medis menunjukkan bahwa semua asesmen diisi pilihan "tidak". Kondisi ini menunjukkan beberapa alternatif, misalnya perawat yang tidak melakukan asesmen status psikososial, spiritual, dan budaya, atau perawat yang tidak paham hal yang harus dikaji dan diisi pada bagian tersebut. Dari hasil survei kuesioner pengkajian kompetensi kultural, 54,1% staf perawat kadang-kadang merefleksikan dan mengkaji latar belakang budaya yang memengaruhi perilaku. Refleksi latar belakang budaya sendiri merupakan bagian dari *cultural awareness* yang menjadi langkah awal dalam pengembangan kompetensi kultural [10]. Perawat yang tidak melakukan refleksi latar belakang budaya sendiri mungkin gagal mengenali bias dan prasangka terhadap budaya orang lain yang memengaruhi interaksi perawat-pasien.

Salah satu domain budaya adalah spiritualitas [11]. Perawatan akhir kehidupan erat hubungannya dengan kebutuhan spiritual klien. Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan tentang asesmen pasien menjelang akhir kehidupan melalui

KMK 1128 Tahun 2022 [12]. Kebijakan tersebut mengatur tentang aspek pengkajian pasien menjelang akhir kehidupan. Rumah Sakit X memiliki Formulir Asesmen Khusus Perawatan Akhir Kehidupan, tetapi komponen pengkajiannya belum mengacu ke KMK 1128 Tahun 2022. Selain itu, isian formulir terdiri dari 4 lembar. Hal ini membuat formulir asesmen jarang terisi, dibuktikan oleh hasil studi dokumentasi pada 6 rekam medis pasien yang telah meninggal di ruang rawat kritis. Semua rekam medis yang dikaji tidak mengandung formulir asesmen khusus perawatan akhir kehidupan.

Kesenjangan implementasi asuhan keperawatan peka budaya disebabkan oleh pengelolaan yang belum optimal oleh perawat manajer. Hal ini dibuktikan oleh hasil wawancara dan observasi yang menunjukkan Rumah Sakit X Jakarta belum memiliki kebijakan internal yang spesifik tentang praktik keperawatan berdasarkan peka budaya, hanya menyediakan leaflet edukasi dalam Bahasa Indonesia, belum pernah mengadakan pelatihan kompetensi kultural bagi staf, belum pernah menyelenggarakan supervisi asuhan keperawatan peka budaya, serta belum pernah mengkaji kompetensi kultural staf.

Peningkatan asuhan keperawatan peka budaya secara efektif dimulai dari peningkatan pengelolaan oleh perawat manajer. Perawat manajer, sebagai pemangku kepentingan utama dalam implementasi kebijakan, memiliki fungsi (perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, pengendalian) untuk mengelola praktik keperawatan berdasarkan peka budaya [13]. Fungsi perencanaan sebagai tahap awal pengelolaan menjadi titik mulai yang tepat untuk meningkatkan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya di Rumah Sakit X Jakarta. Studi ini bertujuan untuk mengembangkan solusi berupa panduan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya dan formulir asesmen keperawatan pasien menjelang akhir kehidupan. Inisiasi dibuat sebagai bagian dari strategi perubahan yang terstruktur dengan menggunakan pendekatan Model Perubahan 8 Langkah Kotter, yang menyoroti pentingnya menciptakan rasa urgensi, membentuk tim pendukung, serta mengembangkan visi dan strategi yang berkelanjutan untuk mendukung perubahan dalam organisasi [13]. Model Perubahan Kotter diharapkan mampu meningkatkan kesadaran dan pengetahuan perawat tentang keperawatan peka budaya melalui peningkatan pengelolaan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya.

METODE

Studi ini menggunakan metode studi kasus yang dilaksanakan di Rumah Sakit X Jakarta dari tanggal 2 – 30 September 2024. Solusi dikembangkan melalui kerangka kerja Model Perubahan 8 Langkah Kotter yang terdiri dari, mengidentifikasi masalah dan menciptakan rasa urgensi, membentuk koalisi yang kuat, mengembangkan visi dan strategi berdasarkan analisis dan prioritas masalah, mengkomunikasikan visi perubahan melalui sosialisasi, mengatasi hambatan melalui diskusi dan refleksi kasus, mencapai kemenangan jangka pendek, mengonsolidasikan perbaikan dan menghasilkan lebih banyak perubahan berdasarkan evaluasi, serta menanamkan pendekatan baru dalam budaya organisasi [13]. Manajer Tim Kerja Pelayanan Keperawatan memilih ruangan *Intensive Care Unit* (ICU) untuk memudahkan inisiasi perubahan.

Pengumpulan data melibatkan tiga strategi utama, yaitu wawancara, observasi, dan survei. Perawat manajer diwawancarai menggunakan instrumen yang diadaptasi dari penilaian peran dan fungsi manajerial, praktik keperawatan transkultural, dan standar akreditasi rumah sakit yang ada di Indonesia [13] [14] [12]. Data observasi dikumpulkan berdasarkan instrumen pengkajian praktik transkultural organisasi [14]. Kuesioner digunakan untuk menilai kompetensi kultural staf perawat, berdasarkan penelitian sebelumnya [15]. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 2 – 11 September 2024. Wawancara dengan Kepala Ruangan ICU, Penanggung Jawab SDM dan Sarana Prasarana ICU, Komite Keperawatan, dan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan bertujuan

untuk mengkaji peran dan fungsi perawat manajer dalam pengelolaan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya. Observasi dilakukan di ruangan ICU dan area lain di Rumah Sakit X Jakarta untuk menilai pelaksanaan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya. Survei kuesioner dilakukan kepada 42 staf perawat ICU menggunakan metode *total sampling*, untuk mengkaji karakteristik demografi dan kompetensi kultural.

Data dianalisis menggunakan pendekatan *Fishbone Diagram*, yang memeriksa isu dalam enam kategori, yaitu *man, method, machine, material, measure, dan technology*. Hasil analisis masalah dipresentasikan kepada semua perawat manajer bertujuan menciptakan rasa urgensi. Setelah itu, diskusi bersama perawat manajer dilakukan untuk mengidentifikasi prioritas masalah dengan memberi bobot pada skala dari 1 (sangat rendah) hingga 5 (sangat tinggi) berdasarkan faktor-faktor seperti risiko, tingkat keparahan, potensi pelatihan, minat perawat, dan ketersediaan sumber daya untuk menentukan prioritas masalah [16]. Berdasarkan prioritas ini, rencana tindakan disusun bersama semua perawat manajer menggunakan *plan of action*. Rencana tersebut merinci kegiatan, tujuan, personel yang bertanggung jawab, indikator, target, dan jadwal waktu. Selain *plan of action*, tim kerja juga dibentuk untuk membentuk koalisi yang kuat. Tim kerja bertugas menyusun Panduan Praktik Keperawatan berdasarkan Peka Budaya dan Formulir Asesmen Keperawatan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan.

Setelah itu, tim kerja mengkomunikasikan visi perubahan melalui sosialisasi panduan dan formulir kepada perawat ICU dan perawat manajer. Hambatan yang terjadi dalam perubahan diatasi melalui diskusi refleksi kasus peka budaya untuk memastikan peningkatan kesadaran dan pengetahuan perawat tentang praktik keperawatan berdasarkan peka budaya. Kemenangan jangka pendek dirayakan melalui evaluasi yang mencakup uji pra dan pasca untuk menilai pengetahuan tentang praktik keperawatan berdasarkan peka budaya serta uji coba Formulir Asesmen Keperawatan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan sebagai umpan balik kualitatif mengenai kegunaan formulir. Instrumen yang digunakan adalah 10 pertanyaan pilihan ganda berupa konsep dan kasus asuhan keperawatan peka budaya. 19 staf perawat ICU dipilih secara purposif berdasarkan kesiapan dan ketersediaan waktu untuk mengikuti evaluasi. Revisi panduan dan formulir dilakukan oleh tim kerja berdasarkan hasil evaluasi sebagai bagian dari konsolidasi kemenangan. Rencana tindak lanjut disepakati dengan semua perawat manajer untuk memastikan keberlanjutan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya menjadi budaya organisasi.

Studi ini mematuhi prinsip-prinsip etika untuk studi kasus. Persetujuan verbal yang diinformasikan diperoleh dari semua peserta setelah penjelasan tujuan, prosedur, dan hak peserta untuk berhenti kapan saja. Persetujuan tertulis ditiadakan sesuai dengan kebijakan Rumah Sakit X Jakarta terkait studi kasus dengan risiko minimal. Protokol studi ditinjau dan disetujui oleh Tim Kerja Pelayanan Keperawatan untuk memastikan keselarasan dengan kebijakan institusional dan standar etika.

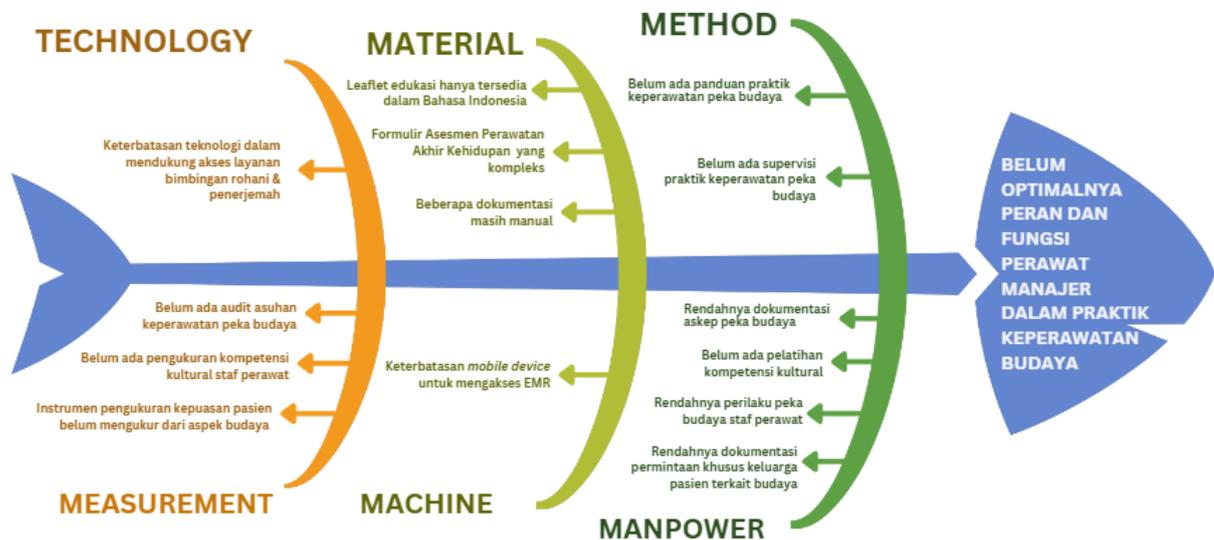
HASIL

Hasil pengembangan Panduan Praktik Keperawatan berdasarkan Peka Budaya serta Formulir Asesmen Keperawatan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan disajikan dengan mengacu pada Model Perubahan 8 Langkah Kotter. Setiap tahapan menggambarkan proses transformasi yang dilakukan untuk mengatasi kesenjangan dalam praktik keperawatan berdasarkan peka budaya, dimulai dari pembentukan rasa urgensi hingga evaluasi perubahan yang terjadi. Proses perubahan difokuskan di ruang ICU untuk memudahkan inisiasi perubahan. Distribusi karakteristik demografi sampel studi disajikan pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Demografi Staf Perawat ICU Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Level PK, Lama Bekerja, dan Sertifikasi ICU/PICU

Karakteristik	Keterangan	n	Presentase
Jenis Kelamin	Perempuan	41	97,62%
	Laki-Laki	1	2,38%
Pendidikan	S1 Ners	21	50%
	D3 Keperawatan	21	50%
Level PK	PK I	10	23,81%
	PK II	11	26,19%
	PK III	21	50%
Lama Bekerja	0 – 5 tahun	10	23,81%
	5 – 10 tahun	3	7,14%
	10 – 15 tahun	11	26,19%
	15 – 20 tahun	11	26,19%
	> 20 tahun	7	16,67%
Sertifikasi ICU/PICU	Sudah	31	73,81%
	Belum	11	26,19%

Tahap pertama perubahan dimulai dengan menciptakan rasa urgensi (*Create a Sense of Urgency*). Data yang didapatkan dari hasil wawancara, observasi, dan survei dianalisis menggunakan *Fishbone Diagram* yang disajikan pada gambar 1. Analisis masalah menunjukkan belum optimalnya semua fungsi manajemen dalam praktik keperawatan berdasarkan peka budaya. Pembobotan prioritas masalah bersama dengan perawat manajer menghasilkan dua prioritas masalah dengan masing-masing bobot 54 dan 53, yaitu (1) Belum ada Panduan Praktik keperawatan berdasarkan peka budaya, (2) Formulir Asesmen Perawatan Akhir Kehidupan yang kompleks.



Gambar 1. Fishbone Diagram Analisis Masalah Praktik Keperawatan berdasarkan Peka Budaya

Tahap kedua adalah membentuk koalisi yang kuat (*Creating a Guiding Coalition*) melalui pembentukan tim kerja. Tim kerja diketuai oleh Manajer Tim Kerja Pelayanan Keperawatan dengan beranggotakan enam orang yang terdiri atas perwakilan Komite Keperawatan, perwakilan Tim Kerja Pelayanan Keperawatan, Penanggung Jawab SDM dan Sarana Prasarana ICU, Kepala Ruang ICU, *Clinical Instructor* ICU, dan peneliti. Tim ini bertanggung jawab memimpin proses perubahan dan memastikan keterlibatan seluruh perawat dalam implementasi panduan dan formulir.

Tahap ketiga adalah mengembangkan visi dan strategi (*Create a Guiding Coalition*), melalui penyusunan rencana tindakan atau PoA (*Plan of Action*) serta naskah panduan dan formulir. Proses penyusunan naskah dimulai dengan membuat garis besar panduan berdasarkan tata naskah panduan yang berlaku di Rumah Sakit X Jakarta. Kemudian, isi panduan disusun melalui penelusuran literatur, diskusi tim, dan konsultasi dengan ahli keperawatan transkultural. Penelusuran literatur meliputi konsep keperawatan peka budaya melalui buku-buku keperawatan, hasil penelitian terbaru tentang keperawatan peka budaya dari jurnal nasional maupun internasional, kebijakan nasional dan internasional terkait keperawatan peka budaya, serta asuhan keperawatan berdasarkan metode 3S (SDKI, SIKI, dan SLKI). Kesulitan yang dihadapi adalah menyaring hasil pencarian literatur karena keperawatan peka budaya merupakan cakupan yang luas. Tim kerja melakukan diskusi dan resensi untuk menyaring hasil pencarian literatur dengan menyesuaikan kebutuhan dan karakteristik pelayanan kesehatan di Rumah Sakit X Jakarta. Selain itu, konsultasi dengan ahli keperawatan transkultural dari institusi pendidikan dilakukan guna memvalidasi kesesuaian isi panduan dan formulir. Tim kerja melakukan revisi berulang berdasarkan hasil konsultasi, diskusi, dan resensi. Hasilnya, panduan praktik keperawatan peka budaya berjumlah 71 halaman dengan garis besar yang terdapat pada tabel 2. formulir asesmen keperawatan pasien menjelang akhir kehidupan berjumlah 3 halaman dengan 14 komponen isian yang terdiri dari, informasi pasien, manajemen gejala dan respon pasien, faktor yang memperparah gejala fisik, orientasi spiritual pasien dan keluarga, keprihatinan spiritual pasien dan keluarga, status psikososial pasien dan keluarga, kebutuhan bantuan atau penundaan layanan, kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan, faktor risiko bagi yang ditinggalkan, pelibatan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, serta tanda tangan perawat.

Tabel 2. Garis Besar Panduan Praktik Keperawatan Berdasarkan Peka Budaya

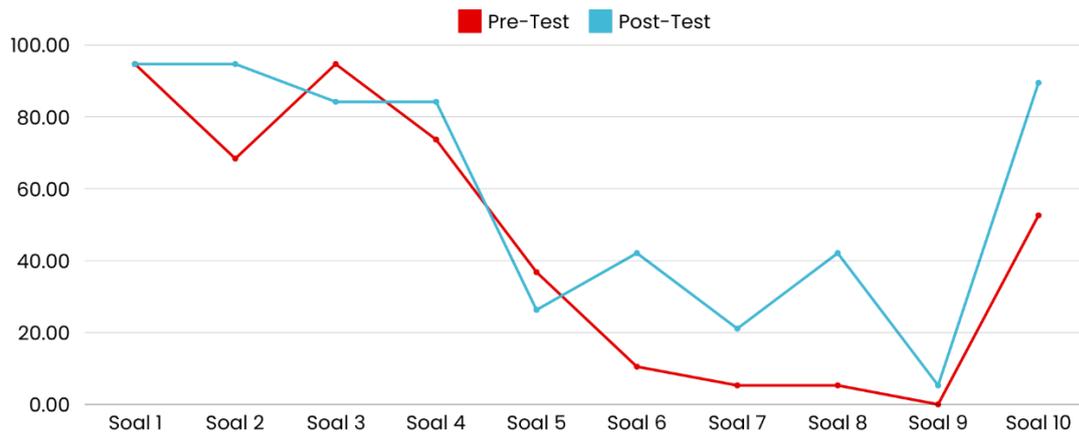
Tinjauan Teoritis
• Definisi
• Dimensi/Domain Budaya
• Kompetensi Kultural
• Asuhan Keperawatan Peka Budaya
Implikasi Praktik Keperawatan Berdasarkan Peka Budaya
• Standar Praktik
• Standar Profesi Perawat
• Hak Pasien dan Keluarga
• Asuhan Keperawatan Peka Budaya
• Asuhan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan

Tahap keempat adalah mengkomunikasikan visi perubahan (*Communicate the Vision*) melalui sosialisasi panduan dan formulir. Sosialisasi dilakukan dalam dua tahap, yaitu secara luring kepada perawat ICU dan secara daring kepada perawat manajer Rumah Sakit X Jakarta. Sosialisasi didampingi oleh Manajer Tim Kerja Pelayanan Keperawatan selaku Ketua Tim Kerja. Sosialisasi didahului dengan pemutaran video *do's and don'ts* dalam asuhan keperawatan peka budaya untuk menarik perhatian peserta. Kemudian, pemaparan singkat tentang identifikasi masalah, dilanjutkan dengan pemaparan teori keperawatan transkultural, konsep asuhan keperawatan peka budaya, serta isi panduan dan formulir.

Tahap kelima adalah mengatasi hambatan (*Remove the Obstacles*). Pada tahap ini dilakukan sesi tanya jawab untuk mengatasi kurangnya pemahaman perawat. Akan tetapi, pada sesi sosialisasi staf, tidak ada pertanyaan yang diajukan dari peserta. Sehingga, sesi dilanjutkan dengan diskusi dan refleksi kasus budaya berhubungan dengan asuhan keperawatan, yang telah disiapkan sebelumnya. Diskusi kasus tersebut

memancing pertanyaan praktis dari peserta tentang dilema budaya yang sering dihadapi oleh perawat saat memberikan asuhan. Diskusi dan refleksi kasus meningkatkan kesadaran peserta tentang pengalaman asuhan berhubungan dengan budaya.

Tahap keenam adalah mencapai kemenangan jangka pendek (*Create Short-term Wins*) dengan merayakan keberhasilan pengembangan panduan dan formulir. Pencapaian ini menjadi bukti nyata peningkatan pengelolaan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya. Selain itu, evaluasi dilakukan untuk menindaklanjuti pencapaian. Hasil evaluasi pengetahuan perawat menunjukkan 80% soal mengalami peningkatan skor, sedangkan 20% soal mengalami penurunan skor yang disajikan pada gambar 2. Berdasarkan gambar 2, soal yang mengalami penurunan skor adalah soal nomor 3 dan 5. Kedua soal tersebut merupakan pertanyaan kasus. Selain itu, meskipun mengalami peningkatan skor, soal nomor 6 sampai 9 dijawab benar oleh kurang dari 50% peserta. Soal-soal tersebut merupakan pertanyaan tentang konsep asuhan. Walaupun hasil evaluasi menunjukkan peningkatan pengetahuan, masih banyak ruang perbaikan, yaitu kemampuan berpikir kritis dalam pengambilan keputusan asuhan yang berhubungan dengan budaya serta pengetahuan tentang asuhan keperawatan peka budaya dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis pasien dan intervensi perantara budaya. Hasil uji coba formulir menunjukkan pengisian formulir hampir 100% lengkap, isian formulir sesuai dengan pertanyaan, serta bagian yang tidak diisi adalah faktor yang memengaruhi gejala fisik, kebutuhan bantuan atau penundaan layanan, dan kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan. Perawat memberikan umpan balik kualitatif, seperti “Apa maksudnya?” dan “Butuh pilihan untuk memudahkan”.



Gambar 2. Hasil Evaluasi Pengetahuan Perawat tentang Praktik Keperawatan Peka Budaya Sebelum dan Sesudah Sosialisasi

Tahap ketujuh adalah mengonsolidasikan perbaikan dan menghasilkan lebih banyak perubahan (*Consolidate Gains and Produce More Change*). Berdasarkan evaluasi, perawat membutuhkan peningkatan kemampuan pengambilan keputusan asuhan yang berhubungan dengan budaya serta pengetahuan tentang konsep asuhan keperawatan peka budaya. Hal ini dapat dikonsolidasi melalui diskusi refleksi kasus dan diseminasi ilmu yang direncanakan dalam rencana tindak lanjut. Selain itu, umpan balik kualitatif dari uji coba formulir digunakan untuk mengonsolidasikan perbaikan formulir. Beberapa komponen asesmen ditambahkan pilihan jawaban untuk memudahkan pengisian.

Tahap kedelapan adalah menanamkan pendekatan baru dalam budaya organisasi (*Anchor the Changes in Corporate Culture*). Hasil evaluasi dipresentasikan kepada perawat manajer untuk ditindaklanjuti melalui rencana tindak lanjut. Panduan dan formulir yang sudah diperbaiki, dikirim ke bagian administrasi rumah sakit untuk diterbitkan dalam kebijakan resmi dan dimasukkan dalam rekam medis elektronik. Tindakan ini dilakukan untuk menjadikan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya

menjadi bagian dari budaya organisasi. Temuan menunjukkan bahwa pendekatan yang sistematis serta partisipasi aktif staf dan perawat manajer memberikan kontribusi signifikan dalam meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang praktik keperawatan yang peka budaya. Dengan demikian, proses ini tidak hanya memperkuat pengetahuan, tetapi juga mendorong perubahan positif dalam pelayanan keperawatan di Rumah Sakit X Jakarta.

PEMBAHASAN

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan kebijakan tentang standar profesi perawat pada tahun 2021, dimana praktik keperawatan harus berdasarkan peka budaya. Akan tetapi, rumah sakit di Indonesia, termasuk Rumah Sakit X Jakarta, belum menurunkan kebijakan tersebut dalam kebijakan internal. Di sisi lain, Rumah Sakit X Jakarta melayani pasien multikultural yang menyebabkan perawat menghadapi banyak kasus asuhan yang berhubungan dengan budaya. Kondisi ini tidak dibarengi dengan pengelolaan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya oleh perawat manajer. Oleh karena itu, pengembangan Panduan Praktik Keperawatan berdasarkan Peka Budaya dan Formulir Asesmen Keperawatan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan menjadi solusi inovatif.

Proses pengembangan panduan dan formulir menggunakan pendekatan Model Perubahan 8 Langkah Kotter, yang terbukti efektif dalam konteks perubahan manajemen di institusi kesehatan [17]. Tahap pertama, yaitu menciptakan rasa urgensi melalui presentasi masalah. Presentasi data visual dalam bentuk *Fishbone Diagram* membuat masalah terlihat nyata dan signifikan, sehingga memicu kesadaran perawat manajer akan keberlangsungan operasional [18]. Di sisi lain, kompleksitas masalah yang meliputi *aspek man, method, machine, material, measure, dan technology* seringkali menyebabkan fokus perawat manajer terpecah, sehingga diperlukan pembobotan prioritas masalah untuk memfokuskan penyelesaian pada akar masalah kritis. Pendekatan ini sejalan dengan strategi manajemen perubahan yang menekankan pentingnya identifikasi dan prioritas masalah sebagai langkah awal dalam menciptakan urgensi perubahan [17]. Pada kasus ini, masalah prioritas termasuk dalam fungsi perencanaan. Proses perubahan yang dimulai dari fungsi perencanaan merupakan langkah yang sangat tepat untuk memastikan bahwa perubahan selanjutnya bersifat terstruktur dan efektif [19].

Tahap selanjutnya adalah membentuk koalisi yang kuat. Tim kerja yang memimpin perubahan melibatkan khususnya pihak internal rumah sakit. Selain itu, pihak internal yang terlibat juga tidak hanya berasal dari ICU saja, tetapi juga dari Komite dan Bidang Keperawatan. Pelibatan pihak internal tersebut, terutama perawat manajer dengan jabatan strategis, sangat mendukung efektivitas proses perubahan karena pengaruh langsung dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan kebijakan di unit masing-masing [20]. Keterlibatan manajer yang memegang posisi strategis juga memperkuat legitimasi perubahan serta memfasilitasi komunikasi lintas departemen, sehingga mempercepat adaptasi dan penerimaan perubahan oleh seluruh staf [21]. Koalisi internal yang solid dan inklusif, yang melibatkan pemimpin kunci dari berbagai unit, merupakan faktor kunci keberhasilan dalam implementasi perubahan di institusi kesehatan.

Pembuatan panduan dan formulir merupakan tahap mengembangkan visi dan strategi. Panduan ini berperan sebagai acuan yang sistematis dan terstruktur, yang menjembatani kesenjangan antara kebijakan nasional yang sudah ada dengan praktik nyata di lapangan yang selama ini belum memiliki pedoman khusus. Populasi pasien yang multikultural dan kompleksitas kasus budaya yang sering muncul dalam asuhan keperawatan, menjadikan keberadaan panduan ini sangat krusial untuk memastikan bahwa perawat dapat memberikan pelayanan yang sensitif dan sesuai dengan

kebutuhan budaya pasien [22]. Selain itu, formulir asesmen keperawatan pasien menjelang akhir kehidupan yang dikembangkan secara khusus bertujuan untuk menyederhanakan proses pengisian dan memastikan kesesuaian dengan kebijakan yang berlaku, mengatasi masalah formulir yang sebelumnya kompleks dan sering tidak terisi [23]. Dengan demikian, pengembangan panduan dan formulir ini tidak hanya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, tetapi juga memperkuat konsistensi dan kepatuhan terhadap standar nasional, yang pada akhirnya mendukung keberlanjutan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya.

Setelah disusun, panduan dan formulir ini disosialisasikan kepada staf dan perawat manajer sebagai bagian dari tahap mengkomunikasikan visi perubahan. Peran Manajer Tim Kerja Pelayanan Keperawatan sebagai Ketua Tim Kerja dalam mendampingi sosialisasi sangat penting untuk membantu memperkuat komitmen peserta dan mengurangi resistensi terhadap perubahan [20]. Penggunaan video edukatif yang menampilkan *do's and don'ts* dalam asuhan keperawatan peka budaya sebagai pembuka sosialisasi merupakan strategi efektif untuk menarik perhatian dan meningkatkan keterlibatan peserta [24]. Selanjutnya, pemaparan mengenai teori keperawatan transkultural dilakukan untuk mengingatkan kembali pengetahuan tentang konsep keperawatan peka budaya. Akhirnya, isi panduan dan formulir dipaparkan untuk memastikan perawat terinformasi mengenai panduan dan formulir baru.

Setelah pemaparan, dilanjutkan sesi tanya jawab. Sayangnya, pada sesi ini tidak ada pertanyaan spontan dari staf perawat. Fenomena ini dapat dipahami mengingat karakteristik demografi peserta yang mayoritas adalah perawat perempuan dengan tingkat pendidikan S1 dan D3 yang seimbang, serta pengalaman dan sertifikasi ICU yang tinggi, yang sering kali membuat perawat merasa cukup percaya diri dengan pengetahuan yang dimiliki sehingga enggan mengajukan pertanyaan secara terbuka dalam forum formal [25]. Untuk mengatasi hambatan tersebut, kegiatan dilanjutkan dengan diskusi dan refleksi kasus budaya yang telah disiapkan sebelumnya. Pendekatan pembelajaran berbasis kasus ini terbukti efektif dalam meningkatkan keterlibatan peserta dan memancing pertanyaan praktis yang relevan dengan dilema budaya yang sering dihadapi dalam praktik keperawatan [26]. Studi menunjukkan bahwa pembelajaran berbasis kasus tidak hanya memperdalam pemahaman konseptual, tetapi juga meningkatkan kesadaran kritis dan kemampuan reflektif peserta terhadap isu-isu budaya dalam asuhan keperawatan [27].

Pencapaian kemenangan jangka pendek tercermin melalui peningkatan skor pengetahuan perawat pada 80% soal evaluasi. Namun, hasil evaluasi juga mengungkapkan adanya penurunan skor pada soal-soal kasus (nomor 3 dan 5) serta rendahnya persentase jawaban benar pada soal konsep asuhan (nomor 6 sampai 9), yang menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan belum sepenuhnya merambah pada kemampuan berpikir kritis dan penerapan konsep dalam situasi nyata. Hal ini sejalan dengan temuan dari Singh et al. yang menegaskan bahwa peningkatan pengetahuan teoritis tidak selalu berbanding lurus dengan kemampuan pengambilan keputusan klinis, terutama dalam konteks keperawatan peka budaya yang kompleks [28]. Selain itu, pola pikir perawat yang berfokus pada kebutuhan fisik pasien juga menyebabkan perawat mengenyampingkan aspek budaya dari asuhan keperawatan sehari-hari [29]. Hal ini membuat perawat tidak memahami hubungan budaya dengan masalah fisiologis serta tidak mengenal intervensi perantara budaya. Evaluasi terhadap formulir asesmen menunjukkan tingkat pengisian yang hampir lengkap dan kesesuaian isian dengan pertanyaan, menandakan keberhasilan implementasi awal formulir. Namun, umpan balik kualitatif dari perawat yang menyatakan kebingungan terhadap beberapa istilah dan kebutuhan opsi yang lebih memudahkan menunjukkan adanya hambatan dalam penggunaan praktis formulir ini.

Oleh karena itu, meskipun kemenangan jangka pendek penting, tahapan mengonsolidasikan perbaikan dan menghasilkan lebih banyak perubahan penting untuk keberhasilan jangka panjang. Pendekatan pembelajaran berkelanjutan yang mengintegrasikan diskusi refleksi kasus sebagai strategi efektif untuk meningkatkan kesadaran dan keterampilan berpikir kritis penting dimasukkan dalam rencana tindak lanjut. Selain itu, diseminasi ilmu dalam rencana tindak lanjut berperan penting untuk memastikan bahwa pengetahuan dan praktik keperawatan peka budaya terus berkembang dan tersebar luas di antara staf perawat lain [22]. Penambahan pilihan jawaban pada beberapa komponen asesmen bertujuan untuk memudahkan pengisian dan meningkatkan kepatuhan pengguna, yang merupakan faktor kunci dalam keberhasilan implementasi formulir asesmen [23].

Hasil evaluasi kepada perawat manajer untuk ditindaklanjuti melalui rencana tindak lanjut menunjukkan upaya penguatan komitmen kepemimpinan dalam mempertahankan perubahan tersebut. Pengiriman panduan dan formulir yang telah diperbaiki ke bagian administrasi rumah sakit untuk diterbitkan sebagai kebijakan resmi dan integrasi ke dalam rekam medis elektronik merupakan strategi efektif untuk menjadikan perubahan sebagai budaya organisasi [30]. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa keberhasilan perubahan jangka panjang sangat bergantung pada kemampuan organisasi untuk menginternalisasi nilai-nilai baru ke dalam struktur dan proses kerja sehari-hari [17]. Dengan demikian, langkah-langkah yang diambil dalam tahap ini tidak hanya memperkuat keberlanjutan perubahan, tetapi juga menciptakan fondasi yang kokoh bagi praktik keperawatan berdasarkan peka budaya menjadi bagian tak terpisahkan dari budaya organisasi Rumah Sakit X Jakarta, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan asuhan pasien secara berkelanjutan.

SIMPULAN

Pengembangan Panduan Praktik Keperawatan berdasarkan Peka Budaya dan Formulir Asesmen Keperawatan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan telah berhasil dilaksanakan melalui Model Perubahan Delapan Langkah Kotter. Perubahan ini meningkatkan pemahaman dan pengelolaan praktik keperawatan berdasarkan peka budaya di Rumah Sakit X Jakarta. Namun, studi ini memiliki keterbatasan, antara lain sampel yang hanya berasal dari satu ruang rawat, periode evaluasi yang relatif singkat, serta ketergantungan pada data penilaian diri perawat tanpa pengukuran langsung terhadap hasil pasien. Tantangan seperti rendahnya partisipasi aktif dalam sesi tanya jawab dan kebutuhan peningkatan kemampuan pengambilan keputusan klinis juga perlu menjadi perhatian.

Oleh karena itu, disarankan agar rumah sakit melaksanakan sosialisasi lanjutan dan diskusi reflektif kepada semua perawat untuk memastikan perubahan terjadi pada semua anggota organisasi. Pengelolaan perlu terus dilanjutkan sampai kepada fungsi pengendalian untuk meningkatkan implementasi praktik keperawatan berdasarkan peka budaya. Studi lanjutan dengan periode evaluasi lebih panjang juga penting untuk menguatkan bukti efektivitas dan dampak jangka panjang.

UCAPAN TERIMAKASIH

Penelitian ini tidak memiliki penyandang dana penelitian. Para penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada Rumah Sakit X Jakarta atas dukungan dan kontribusi yang tak ternilai untuk penelitian ini.

DAFTAR RUJUKAN

- [1] Badan Pusat Statistik Indonesia, "Profil Suku dan Keragaman Bahasa Daerah Hasil Long Form Sensus Penduduk 2020," 2024. Accessed: May 08, 2025. [Online]. Available:

- <https://www.bps.go.id/en/publication/2024/12/12/6feb932e24186429686fb57b/profil-suku-dan-keragaman-bahasa-daerah-hasil-long-form-sensus-penduduk-2020.html>
- [2] Kementerian Kesehatan RI, “Profil Kesehatan Indonesia 2019,” 2023.
 - [3] International Council of Nurses, “Cultural and linguistic competence ,” 2013.
 - [4] Kementerian Kesehatan RI, “Standar Profesi Perawat : Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01/07/MENKES/425/2020,” 2021.
 - [5] T. Alawiah, “Hubungan efikasi diri dalam pemberian asuhan keperawatan peka budaya terhadap perilaku caring mahasiswa profesi ners ,” Universitas Indonesia, 2022.
 - [6] R. D. Berhanu, E. A. Golja, T. A. Gudeta, J. W. Feyisa, D. H. Rikitu, and Y. B. Bayane, “Cultural sensitivity and associated factors among nurses in southwest Ethiopia: a cross-sectional study,” *BMC Nurs*, vol. 23, no. 1, p. 182, 2024, doi: 10.1186/s12912-024-01838-8.
 - [7] M. C. Narayan and R. K. Mallinson, “Transcultural Nurse Views on Culture-Sensitive/Patient-Centered Assessment and Care Planning: A Descriptive Study,” *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 33, no. 2, pp. 150–160, Oct. 2021, doi: 10.1177/10436596211046986.
 - [8] S. Badriah, “Efektifitas model keperawatan keluarga peka budaya Sunda meningkatkan perilaku dan dukungan keluarga dalam pengendalian gula darah lansia DM di Jawa Barat,” Universitas Indonesia, 2019.
 - [9] A. J. Pitoyo and H. Triwahyudi, “Dinamika Perkembangan Etnis di Indonesia dalam Konteks Persatuan Negara. Populasi,” *Jurnal UGM*, vol. 25, no. 1, p. 64, 2018, Accessed: Sep. 09, 2025. [Online]. Available: <https://doi.org/10.22146/jp.32416>
 - [10] J. Campinha-Bacote, “The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care,” *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 13, no. 3, pp. 181–184, Jul. 2002, doi: 10.1177/10459602013003003.
 - [11] L. Purnell, “Update: The Purnell Theory and Model for Culturally Competent Health Care,” *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 30, no. 2, pp. 98–105, Mar. 2019, doi: 10.1177/1043659618817587.
 - [12] Kementerian Kesehatan RI, “Kepmenkes Nomor 1128 Tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit,” 2022.
 - [13] Carol J and Huston, *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*, 11th ed. Wolters Kluwer, 2024.
 - [14] M. Andrews and J. Boyle, *Transcultural concepts in nursing care. (7th ed.)*, 7th ed. Wolters Kluwer, 2016.
 - [15] A. E. Aboshaiqah, R. B. Tumala, E. P. Inocian, A. F. Almutairi, and M. Atallah, “Enhancing culturally competent nursing care in Saudia Arabia,” *J Cult Divers*, vol. 24, no. 1, pp. 20–26, 2017.
 - [16] R. T. S. Hariyati, *Perencanaan, Pengembangan, dan Utilisasi Tenaga Keperawatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada, 2014.
 - [17] R. Harrison *et al.*, “Where Do Models for Change Management, Improvement and Implementation Meet? A Systematic Review of the Applications of Change Management Models in Healthcare,” *J Healthc Leadersh*, vol. Volume 13, pp. 85–108, Mar. 2021, doi: 10.2147/JHL.S289176.
 - [18] J. Lin, X. Fang, Y. Zhang, and Y. Lian, “Application of Plan-Do-Check-Action cycle and fishbone diagram analysis in optimizing surgical procedures to improve satisfaction degree of doctor-nurse-patient,” *Ann Eye Sci*, vol. 5, pp. 2–2, Mar. 2020, doi: 10.21037/aes.2019.09.04.

- [19] J. Phillips and J. D. Klein, "Change Management: From Theory to Practice," *TechTrends*, vol. 67, no. 1, pp. 189–197, Jan. 2023, doi: 10.1007/s11528-022-00775-0.
- [20] G. Mahmoudirad and A. Akbari, "Strategies Employed by Nursing Managers Within a Transformational Approach: A Qualitative Study," *Nurs Res Pract*, vol. 2025, no. 1, Jan. 2025, doi: 10.1155/nrp/9309685.
- [21] E. Cadmus, C. Dempsey, K. Boston-Leary, and M. Bates, "Nursing Leadership Scope and Standards and Pathway to Excellence," *Nurs Manage*, vol. 55, no. 6, pp. 7–12, Jun. 2024, doi: 10.1097/nmg.000000000000139.
- [22] L. Mihi, R. M. D. Marques, and P. Pontifice Sousa, "Strategies for nursing care of critically ill multicultural patients: A scoping review," *J Clin Nurs*, vol. 33, no. 9, pp. 3468–3476, Sep. 2024, doi: 10.1111/jocn.17156.
- [23] Y. Choi *et al.*, "Understanding Unmet Needs and Opportunities for Digital Transformation in Nursing Admission Assessment: A Qualitative Study," May 07, 2025. doi: 10.1101/2025.05.06.25327049.
- [24] J. Natarajan *et al.*, "Effectiveness of an Interactive Educational Video on Knowledge, Skill and Satisfaction of Nursing Students," *Sultan Qaboos Univ Med J*, vol. 22, no. 4, pp. 546–553, Jul. 2022, doi: 10.18295/squmj.2.2022.013.
- [25] A. Dadich *et al.*, "What constitutes brilliant aged care? A qualitative study of practices that exceed expectation," *J Clin Nurs*, vol. 32, no. 19–20, pp. 7425–7441, Oct. 2023, doi: 10.1111/jocn.16789.
- [26] B. T. Svendsen, L. F. Petersen, A. Skjelsager, A. Lippert, and D. Østergaard, "Using simulation scenarios and a debriefing structure to promote feedback skills among interprofessional team members in clinical practice," *Advances in Simulation*, vol. 9, no. 1, p. 39, Sep. 2024, doi: 10.1186/s41077-024-00303-5.
- [27] S. Shin, I. Lee, J. Kim, E. Oh, and E. Hong, "Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: a pilot study," *BMC Nurs*, vol. 22, no. 1, p. 69, Mar. 2023, doi: 10.1186/s12912-023-01236-6.
- [28] K. Singh *et al.*, "Barriers and Solutions to the Gap between Theory and Practice in Nursing Services: A Systematic Review of Qualitative Evidence," *Nurs Forum (Auckl)*, vol. 2024, no. 1, Jan. 2024, doi: 10.1155/2024/7522900.
- [29] A. F. H. Mohamed and S. Modanloo, "Re-thinking the Concept of Cultural Competency in Nursing Care of Older Adults," *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 57, no. 1, pp. 140–146, Mar. 2025, doi: 10.1177/08445621241272673.
- [30] D. Bhati, M. S. Deogade, and D. Kanyal, "Improving Patient Outcomes Through Effective Hospital Administration: A Comprehensive Review," *Cureus*, vol. 15, no. 10, pp. e47731, Oct. 2023, doi: 10.7759/cureus.47731.