



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Kearifan Kesehatan Lokal: indigenous medical knowledge and practice for integrated nursing of the elderly with cardiovascular disease in Sumedang, West Java: towards transcultural nursing in Indonesia
Susanti, R.D.

Citation

Susanti, R. D. (2023, December 8). *Kearifan Kesehatan Lokal: indigenous medical knowledge and practice for integrated nursing of the elderly with cardiovascular disease in Sumedang, West Java: towards transcultural nursing in Indonesia*. *Leiden Ethnosystems and Development Programme Studies*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3666206>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3666206>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Samenvatting

Indonesië is een uniek land met 1.340 erkende etnisch-culturele groepen verspreid over ruim 17.000 eilanden. De culturele diversiteit komt tot uiting in een grote verscheidenheid aan lokale kennissystemen en levensstijlen van de bevolkingsgroepen. De verschillende culturele zienswijzen op gezondheid en ziekte houden verband met kennis, overtuigingen, waarden en praktijken, die tot uiting komen in verschillende vormen van levensstijl in Indonesië. De culturele diversiteit van de bevolking hangt samen met verschillen in gezondheidsgedrag (cf. Loredan & Prosen 2013).

Het verpleegkundige beroep zou er voor cliënten naar moeten streven om holistische zorg te krijgen en daarmee aan alle behoeften van cliënten te voldoen, ongeacht hun etnisch-culturele achtergrond en hun uiteenlopende overtuigingen en waarden over gezondheid en genezing (cf. Prosen 2003; Sharon 2008). Verpleegkundige vaardigheid om zorgdiensten te verlenen in overeenstemming met de culturele achtergrond van de cliënt is dus nodig. Verpleegkundigen moeten als strategie over competenties beschikken ten einde om te kunnen gaan met cultureel gevoelige onderwerpen zoals ongelijkheden op gezondheidsgebied om daarmee verpleegkundige resultaten voor cliënten te verbeteren (cf. Sharon 2008). Zoals Prosen (2015) aantoont, moeten verpleegkundigen de cultuur van patiënten kunnen herkennen, zodat de geboden behandeling ook cultureel gezien passend is bij hun behoeften. De kennis en vaardigheden van verpleegkundigen bij het beoordelen van een geïntegreerde cultuur, door kritisch denken, zullen worden vergroot en de basis vormen voor het verlenen van transculturele verpleegkundige zorg (cf. Andrews & Boyle 2002; Leininger & McFarland 2002).

Elke poging om deze culturele competentie bij verpleegkundigen, die voltijds werken met cliënten uit de vele etnisch-culturele bevolkingsgroepen in Indonesië te verbeteren, is een uitdaging. Eén stap die gedaan kan worden is het leren en begrijpen van de Soendanezen als de dominante etnisch-culturele groep in West Java. De Soendaneze bevolking van ruim 35,5 miljoen is zelfs aanzienlijk toegenomen, waardoor zij, ná de etnisch-culturele Javanen de op één na grootste etnisch-culturele groep in Indonesië is (cf. Ambaretnani 2012).

Dit vereist zeker een verdieping van het begrip van sociaal gedrag en de volksgezondheid, over hoe traditie en cultuur, zoals IKS ('Inheemse Kennissystemen'), *kearifan kesehatan lokal* ('traditionele medische kennis', *jamu* ('traditionele planten geneesmiddelen'), en *ubar kampung* ('Soendaneze inheemse planten geneesmiddelen') gebruikt kunnen worden bij de behandeling van ziekten. Dit onderzoek ontwikkelt dus een alomvattend begrip van hoe de Soendaneze volksgezondheidszorg in hun cultuur passen. Voorgaande studies hebben aangetoond dat het gebruik van inheemse kennissystemen de basis kan vormen voor een intercultureel model van verpleegkundig gebruik, geïntroduceerd door Slikkerveer in zijn onderzoek in de Hoorn van Afrika (1990), en verder ontwikkeld en aangepast door onder meer Agung. (2005) en Leurs (2010) op Bali; Djen Amar (2010) en Ambaretnani (2012) in Sunda; Chirangi (2013); Aiglsperger (2014) op Kreta; en De Bekker (2020) in Tanzania. Dit model plaatst het in belangrijke mate als een systeem voor het ontwikkelen van duurzaam cultureel bewustzijn bij lokale gemeenschappen (vgl. Slikkerveer & Dechering 1995).

Één van de belangrijkste problemen in de wereld, die ook in Indonesië spelend, is de vergrijzing. Het aantal ouderen in Indonesië bedraagt ruim 7%, terwijl dit in 2012 7,56% bedroeg. Er wordt geschat dat het aantal ouderen in Indonesië in 2050 28,68% zal bedragen (vgl. Pusdatin 2013). Volgens Adioetomo & Mujahid (2014) wordt de bevolking 'een oude bevolking' genoemd als het aandeel van de oudere bevolking (leeftijd 60+ jaar) 10% of meer heeft bereikt. Indonesië is een van de landen die zullen gaan behoren tot landen met een oude bevolkingsstructuur, omdat het percentage ouderen nu al 7,6% van de totale bevolking heeft bereikt. Volgens de Population Census (BPS 2010) en UNFPA (2013) wordt verwacht dat deze in 2020-2035 zal blijven stijgen, samen met de levensverwachting van Indonesië (UHH), die naar verwachting zal blijven stijgen van 69,8 in 2010 naar 72,4 in 2035. Dit leidt tot een demografische en epidemiologische transitie in Indonesië. Epidemiologische transities zijn complexe verschuivingen in patronen van oorzaken van gezondheid en sterfte. Het treedt op bij veranderende levensstijlen, sociaal-economische omstandigheden en een stijgende levensverwachting, die met een hogere incidentie van degeneratieve ziekten, zoals

hartziekten, diabetes mellitus, hoge bloeddruk, enz. gepaard gaan. Epidemiologische transitie betekent ook, dat er verschuivingen plaatsvinden in oorzaken van sterfte, bijvoorbeeld van infectieziekten naar niet-overdraagbare chronische ziekten.

De Indonesian Hospital Association (2009) meldt dat ongeveer 74% van de ouderen in Indonesië aan een chronische ziekte lijdt, waarvoor zij levenslang medicatie moeten gebruiken. Uit rapporten van ziekenhuizen in Indonesië via het Hospital Information System (SIRS) in 2010 bleek, dat de meest voorkomende van alle poliklinisch gestelde diagnoses in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar en de 65+-jarigen essentiële hypertensie was (*cf.* Pusdatin 2013).

De resultaten van het onderzoek geven aan, dat de hoge prevalentie van chronische ziekten onder ouderen het probleem van een verminderde controle van chronische ouderenziekten weergeeft. Dit is in lijn met de resultaten van Guessous *et al.* (2012), waaruit blijkt, dat ongeveer 50% van de hypertensiepatiënten geen actie onderneemt en niet onder controle is. Op vergelijkbare wijze lieten de resultaten van Basic Health Research (Riskesdas) (2013) zien, dat de meeste (63,2%) gevallen van hypertensie in de gemeenschap niet gediagnosticeerd waren, dat 42,1% van de gevallen van beroerte in de gemeenschap niet gediagnosticeerd waren en dat zelfs 88,1% van de gevallen van reuma in de gemeenschap niet gediagnosticeerd was. De gemeenschap werd niet gediagnosticeerd (*cf.* Ministry of Health 2013). Hypertensie is de stille moordenaar en één van de oorzaken van hart- en vaatziekten, in deze studie aangeduid als Cardiovascular Diseases (CVD). Deze ziekte draagt volgens een publicatie uit 2013 bij aan ongeveer 17,3 miljoen sterfgevallen per jaar wereldwijd. Het hoogste percentage doodsoorzaken onder de ouderengroep zijn beroertes en ischemische hartziekten als gevolg van ongecontroleerde hypertensie (*cf.* Pusdatin 2013; Riskesdas 2013, 2018). In de ontwikkelingslanden zal het aantal sterfgevallen als gevolg van coronaire hartziekten tussen 1990 en 2020 naar verwachting met 13,7% bij mannen en met 12% bij vrouwen toenemen.

De resultaten van het gezondheidsonderzoek van het Ministry of Health (2013) tonen aan, dat met de leeftijd de prevalentie van hart- en vaatziekten stijgt. De hoogste prevalentie wordt bij 65-74 jaar (0,5%) en ≥ 75 jaar (1,1%) waargenomen. De prevalentie is hoger bij vrouwen (0,2%) dan bij mannen (0,1%). Evenzo tonen de resultaten van het Health Research (Riskesdas) van 2018 aan, dat de prevalentie van hypertensie op basis van de klinische diagnose stijgt met de leeftijd, waarbij het percentage bij vrouwen wederom hoger is dan dat bij mannen, terwijl de prevalentie van hypertensie in stedelijke gebieden hoger is dan op het platteland. Tegelijkertijd met de toename van prevalentie van hart- en vaatziekten met de leeftijd, neemt de prevalentie van hart- en vaatziekten zelf ook toe. In de leeftijdsgroep van 55-64 jaar is dit 3,9%, de leeftijdsgroep van 65-74 jaar 4,6% en de groep van 75+ jaar 4,7%, met een groter percentage vrouwen, en met 1,6% in stedelijke gebieden en 1,3% in landelijke gebieden.

In geval van hart- en vaatziekten bij ouderen is de relatie met culturele achtergronden zeer sterk en dit wordt vooral duidelijk in de verpleegkundige praktijk, die erop gericht is om optimale zorg te bieden en om patiënten te helpen om met de ziekte om te gaan en deze te overwinnen. Over het algemeen heeft de huidige verpleegkundige praktijk, als onderdeel van het nationale systeem van gezondheidszorg in Indonesië, echter niet voldoende aandacht besteed aan de invloed van deze cultureel gevoelige verpleegkundige praktijken bij het bieden van de algemene verpleegkundige zorg aan ouderen in Indonesië, dat de patiënttevredenheid nadelig beïnvloed bij de geleverde diensten (*cf.* Hariyati & Sahar 2012). De verpleegkundige praktijken voor ouderen met hart- en vaatziekten in Indonesië blijven vooral gericht op het universele systeem van gezondheidszorg, namelijk de moderne geneeskunde, die vrijwel geen rekening houdt met de culturele achtergronden van patiënten.

Er bestaat dus een culturele kloof tussen aanbieders en gebruikers van medische zorg bij de behandeling van ziekten. Een op onderzoek gebaseerde aanpak in geïntegreerde verpleegkundige praktijken is dus nodig om deze beperkingen te doen afnemen om daarmee een verbetering van de gezondheid, het welzijn en een effectieve en efficiënte behandeling te bereiken. Deze studie concentreert zich op Inheemse Kennissystemen (IKS) en maakt onderscheid tussen enerzijds inheemse of traditionele kennissystemen en anderzijds moderne kennissystemen, waarbij deze laatste vaak worden geïdentificeerd als 'wetenschappelijk' in tegenstelling tot inheemse kennissystemen. Dit onderzoek gaat echter uit van de benadering, waarin kennis, geloof en praktijk van de

participanten gekoppeld worden aan hun gedrag, die de universele kenmerken vormen van alle menselijke samenlevingen, waarbij zowel traditionele als moderne kennissystemen als wetenschappelijk kennissystemen kunnen worden beschouwd.

IKS zijn overwegend gebaseerd op ervaringen, die de bevolking opdoet in hun interacties met de natuurlijke, sociale en spirituele omgeving van hun samenleving, die mondeling van generatie op generatie worden overgedragen. IKS impliceren ontastbare sociaal-culturele aspecten, die verband houden met het wereldbeeld of de kosmovisie van bepaalde bevolkingsgroepen. Dit vormt de basis voor de besluitvorming op lokaal niveau in verschillende sectoren van de samenleving, waaronder de gezondheidszorg. IKS kunnen worden gedefinieerd als dynamische, duurzame en adaptieve kennis-, praktijk- en geloofssystemen. Daarnaast streven IKS de gedragspatronen na, die cultureel adaptief kunnen zijn aan veranderingen in lokale omstandigheden en die daarbij vormen van voortdurende menselijke interactie met de natuurlijke, sociale en spirituele omgeving omvatten (cf. Slikkerveer 1995; 1998; 1999; 2003). De integratie van inheemse kennis in de wetenschap wordt 'etnowetenschap' genoemd, omdat inheemse kennis in wezen rationeel is en geworteld in het proces van empirisch onderzoek en 'wetenschappelijk' testen van generatie op generatie. Etnowetenschap maakt gebruik van een emisch perspectief - de visie van de participanten - dat bepalend is voor het gedrag van de lokale bevolking, die dat van generatie op generatie heeft toegepast en de gemeenschap ten goede is gekomen.

Het onderzoek is uitgevoerd in vier geselecteerde dorpen in de regio van Sumedang, West-Java, Indonesië, die representatief zijn voor de kenmerken van de lokale gemeenschap: *Jayamekar* en *Cipasang* vertegenwoordigen hierbij de noordelijke hoogland gebieden, terwijl *Situ* het stedelijke zuidelijke laagland gebied vertegenwoordigt en *Jatimulya* het stedelijke zuidelijke hoogland gebied van Sumedang. De steekproef van deze studie is genomen uit gezinnen uit de vier dorpen van de geselecteerde onderzoeksgebieden van Sumedang, waaronder de ouderen, die hart- en vaatziekten hebben. Om de specifieke doelstelling van deze studie te realiseren, is in de benadering van het onderzoek gebruik gemaakt van de '*Leiden Ethnosystems Approach*' om de rol van inheemse verpleegkundige kennis en de institutionele systemen, die in de zorg voor oudere CVD-patiënten in Sumedang worden gehanteerd, te documenteren, te bestuderen en te analyseren om daarmee bij te dragen aan de ontwikkeling van transculturele verpleegkundige zorg in Sumedang en elders in Indonesië.

In de praktijk volgt de '*Leiden Ethnosystems Approach*' drie methodologische principes: (1) 'de Historical Dimension' (HD); (2) de 'Participants' View' (PV); en (3) het 'Field of Ethnological Study' (FES). In dit onderzoek wordt daarbij gebruik gemaakt van een vragenlijst, geïntroduceerd door Slikkerveer (1990) en daarna gebruikt door andere onderzoekers (waaronder Agung 2005; Ibui 2007; Djen Amar 2010; Leurs 2010; Ambaretnani 2012; Chirangi 2013; Aiglsperger 2014; Erwina 2019; Saefullah 2019; De Bekker 2020; en Febriyanti 2021). op het gebied van etnowetenschap en inheemse kennis. De onderzoeker heeft verschillende gesprekken met de participanten uit de steekproef gevoerd en de inhoud van de vragenlijst aangepast aan de focus van het onderzoek totdat deze klaar was om van september tot november 2017 in de geselecteerde vier dorpen te worden verspreid.

De in dit onderzoek toegepaste onderzoeksinstrumenten zijn specifiek ontworpen om informatie te verzamelen over het gebruik van het meervoudig verpleegkundige systeem door de respondenten, en zowel kwalitatieve als kwantitatieve vragen in de vragenlijsten op te nemen. De complementaire aanpak van gecombineerde kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken heeft tot doel, de bevindingen van beide onderzoeksmethoden vast te leggen in termen van het meten van de diepte en de spreiding van relevante factoren en het beoordelen van de interactieve processen die betrokken zijn bij het gerapporteerde differentiële gedrag van het gebruik van het plurale verpleegkundige systeem door de participanten in Sumedang.

Daarnaast zijn andere ondersteunende gegevens over Sumedang verkregen uit beschikbare openbare informatie, tekstnotities, digitale bronnen, afbeeldingen, geluiden of combinaties, een profiel van Sumedang en voorbereidende onderzoeken met gemeenschapsleiders.

De dataset vormt de basis voor de opeenvolgende statistische analyses, die in dit onderzoek worden uitgevoerd, gebaseerd op het aantal huishoudens in de steekproef, waarbij het aantal (N) gelijk is aan 232. De database van deze 'huishoudens' vormt de basis voor de kwantitatieve analyse van de vier dorpsgemeenschappen omtrent o.m. hun kennis, geloof, achtergrond, ervaringen, en omstandigheden m.b.t. het gerapporteerde gebruik van het plurale verpleegkundige systeem over de voorafgaande 12 maanden., *i.c.* het gebruik van traditionele verpleegkundige instituties, en transitionele en moderne verpleegkundige organisaties. Dit onderzoek maakt gebruik van een stapsgewijze 'bivariate', 'mutual relations', 'multivariate' en het 'multiple regressie' analytisch model op basis van de kwantitatieve gegevens, die in de vier dorpen in de steekproef zijn verzameld, waarbij de significante correlaties tussen de verschillende variabelen worden gemeten en onderzocht. Het model identificeert daarbij de significante correlaties in de interacties tussen onafhankelijke, interveniërende en afhankelijke variabelen utilisatiegedrag, zoals hieronder nader aangegeven:

Onafhankelijke variabelen:

- predisponerende variabelen: sociaal-demografische en psychosociale variabelen,
- waargenomen morbiditeitsvariabelen,
- faciliterende variabelen,
- institutionele variabelen en
- omgevingsvariabelen;

Interveniërende variabelen

- gouvernementele/openbare regulerende variabelen
- gouvernementele/openbare promotie variabelen

Afhankelijke variabelen

- utilisatie variabelen van traditionele verpleegkundige instituties
- utilisatie variabelen van transitionele verpleegkundige organisaties
- utilisatie variabelen van moderne verpleegkundige organisaties

Gebaseerd op de data-analyse van de kwantitatieve onderzoeken van de 232 huishoudens uit de steekproef wordt de mate van significantie van de correlaties tussen de onafhankelijke en de interveniërende variabelen in relatie tot de afhankelijke variabelen van gerapporteerd gebruik van het plurale verpleegkundige systeem door de geselecteerde 267 patiënten in de vier dorpen gemeten. Uit de 263 'actie-patiënten' uit de steekproef hebben 54 één stap in hun zoektocht naar behandeling hebben gezet, en 209 een tweede stap en 114 nog een derde stap gezet.

De verschillende stappen die de 263 patiënten hebben genomen om behandeling te verkrijgen, hebben geresulteerd in een totaal van 586 contacten met het plurale verpleegkundige systeem, benoemd als utilisatie scores. De verdeling van de gecalculeerde 586 utilisatiescores over het plurale verpleegkundige systeem omvat ruim één-vierde (26.8%, n= 157) bij de traditionele verpleegkundige instituties, bijna één-vijfde (16.9%, n= 99) bij de transitionele verpleegkundige organisaties, en ruim de helft (56.3%, n=330) bij de moderne verpleegkundige organisaties.

De bivariate analyse, gevolgd door de wederzijdse relatie analyse, de multivariate analyse en de wederzijdse regressie analyse geven de mate van significante correlaties tussen de geselecteerde variabelen weer in relatie tot de variabelen van de utilisatie van de traditionele verpleegkundige instituties, en transitionele en moderne verpleegkundige organisaties.

Op deze manier worden de resultaten van de multivariate analyse 'OVERALS' gebruikt om de specifieke determinanten van het utilisatiegedrag van de respondenten van het plurale verpleegkundige systeem te identificeren en te verklaren. Daarbij worden de resultaten aangegeven van het significantieniveau van de correlaties tussen de onafhankelijke, de interveniërende en de afhankelijke variabelen. In het onderstaande overzicht wordt een samenvatting van deze resultaten gegeven in termen van de mate van significantie van de correlaties tussen de onafhankelijke en interveniërende variabelen in relatie tot de afhankelijke variabelen uit het model.

Het niveau van significantie is berekend met behulp van de Pearson's Chi-square (X^2) en de Cramers's Value (V.) De uitkomst van de berekening van de verdeling van het utilisatiepatroon van de 586 scores van 351 patiënten van het plurale verpleegkundige systeem omvat respectievelijk bijna twee-derde deel (59.9%, n=351) in de traditionele verpleegkundige instituties, ruim een-derde deel (33.8%, n=198) in de transitionele verpleegkundige organisaties en minder dan een-tiende deel (6.3%, n=37) in de moderne verpleegkundige organisaties.

Het niveau van significantie van de correlaties tussen de onafhankelijke en interveniërende variabelen in relatie tot de afhankelijke variabelen uit het analytisch model scoort het hoogst in de socio-demografische variabelen van het gerapporteerde utilisatiegedrag van oudere patiënten met CVD, gevolgd door enkele psycho-sociale, institutionele, omgevingsvariabelen, alsmede enkele interveniërende variabelen, zoals in onderstaand overzicht samengevat.

Onafhankelijke variabelen	Plurale Verpleegkundige Systeem Niveau van Significantie
<i>Blok 1: Socio-demografische variabelen</i>	
- Huishoud relaties	meest sterke significante correlatie
- Geslacht	meest sterke significante correlatie
- Leeftijd	meest sterke significante correlatie
- Burgerlijke staat	meest sterke significante correlatie
- Beroep	meest sterke significante correlatie
- Vaccinatie geschiedenis	zeer sterke significante correlatie
- Duur van CVD	meest sterke significante correlatie
<i>Blok 2: Psycho-sociale variabelen</i>	
- Kennis van CVD	meest sterke significante correlatie
- Kennis van traditionele verpleegkundige instituties	significante correlatie
- Kennis van traditionele verpleegkundige instituties voor CVDs	sterke significante correlatie
- Kennis van transitionele verpleegkundige organisaties	sterke significante correlatie
- Kennis van transitionele verpleegkundige organisaties voor CVD	significante correlatie
- Geloof in traditionele verpleegkundige organisaties voor preventie van CVD	sterke significante correlatie
- Geloof in traditionele verpleegkundige organisaties voor behandeling van CVD	sterke significante correlatie
<i>Blok 3: Gepercipieerde morbiditeitsvariabelen</i>	
- Gepercipieerde algemene gezondheidstoestand	zeer sterke significante correlatie
<i>Blok 4: Socio-economische variabelenzorg</i>	
- Maandinkomen van het hoofd van het huishouden	sterke significante correlatie
- Kosten van behandeling in transitionele verpleegkundige organisaties	sterke significante correlatie
- Transportkosten voor moderne verpleegkundige organisaties	sterke significante correlatie
- Bezit van een zorgverzekering	sterke significante correlatie
<i>Blok 5: Institutionele variabelen</i>	
- Beschikbaarheid van transitionele verpleegkundige organisaties	significante correlatie
- Geografische afstand van moderne verpleegkundige organisaties	meest sterke significante correlatie
<i>Blok 6: Omgevingsvariabelen</i>	
- Locatie van de zone van de gemeenschap	meest sterke significante correlatie
<i>Blok 7: Intervenierende variabelen</i>	

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| - Invloed van openbare/publieke regelgeving op het gebruik van moderne verpleegkundige organisaties | sterke significante correlatie |
| - Invloed van openbare/publieke promotie op het gebruik van thuiszorg | sterke significante correlatie |
| - Invloed van openbare/publieke promotie op het gebruik van moderne verpleegkundige organisaties | zeer sterke significante correlatie |
| - Invloed van openbare/publieke promotie op het gebruik van moderne verpleegkundige organisaties voor preventie van CVD | sterke significante correlatie |
| - Invloed van openbare/publieke promotie op het gebruik van moderne verpleegkundige organisaties voor de behandeling van CVD | sterke significante correlatie |

De invloed van IKS bij de verpleegkundige preventie en behandeling van CVD bij ouderen in de lokale gemeenschappen komt specifiek tot uitdrukking in het gebruik van *kearifan kesehatan lokal*, *jamu* en *ubar kampung*, alsmede in traditionele massagetechnieken om CVD te behandelen.

Ubar kampung in de Soenda regio omvat tevens uitgebreide lokale kennis van meer dan 45 soorten Medicinale, Aromatische en Cosmetische (MAC) planten, die in de omgeving van het huis worden verzameld. Het selecteren en bereiden van medicijnen uit de lokale MAC planten vindt plaats d.m.v. speciale voorbereiding en praktijken in samenhang met het geloof door het reciteren van mantra's of gebeden die worden uitgesproken om genezing te verkrijgen. Dit is ook belangrijk als een activiteit om de bio-culturele diversiteit van de Soenda regio te behouden. Teneinde de zorg voor ouderen met CVD te verbeteren dienen de verpleegkundigen ook over speciale competenties beschikken, die aansluiten op de lokale cultuur en tradities van gezondheid en ziekte..

Op basis van de uitkomsten van dit ethnomedisch onderzoek in Sumedang is het van belang, dat de verpleegkundigen bekend zijn met traditionale kennis en praktijken van gebruik van *kearifan kesehatan lokal*, *jamu* en *ubar kampung* voor preventie en behandeling van CVD, en daarmee hun zorg voor de ouderen te integreren in een nieuw systeem van verpleging voor ouderen met CVD in de Soendanese samenleving, zodat zij niet alleen als zorgverleners gezondheidsvoorlichters kunnen optreden, maar ook als bemiddelaars tussen bestaande verpleegkundige instellingen en ouderen met CVD als pleitbezorgers kunnen optreden voor cliënten en patiënten die behoefte hebben aan primaire, secundaire en tertiaire verpleegkundige voorzieningen die aansluiten op hun socio-culturele levenswijze en verwachtingen voor geïntegreerde ouderenzorg.

Deze geïntegreerde strategie wordt vervolgens als een modelschema gebruikt dat wordt voorgesteld als een Geïntegreerd Verpleegkundig Instellingsmodel. Er wordt verwacht dat op deze wijze misverstanden als gevolg van culturele misverstanden tussen patienten en gezondheidswerkers en tussen zorgverleners onderling tot een minimum worden beperkt en ij gevolg de tevredenheid van ouderen met CVD kan worden verhoogd, waardoor hun genezing wordt verbeterd en de gezondheidsfuncties worden geoptimaliseerd. Vandaar, dat culturele competentie in het curriculum van de verpleegkundige opleiding met speciale aandacht voor traditionele geneeskundige instituties wordt bepleit, zodat studenten hun verpleegkundige praktijken kunnen toepassen in een geïntegreerd nationaal systeem van transitionele geneeskundige zorg voor ouderen met CVD. Bovendien zal de erkenning en integratie van traditionele medische kennis, geloof en praktijken van *kearifan kesehatan lokal*, *jamu* en *ubar kampung* als de voorgestelde transitionele verpleegkundige zorg voor ouderen met CVD ook aanzienlijk bijdragen aan de bevordering van duurzame verpleegkundige zorg als onderdeel van een nationaal systeem van gezondheidszorg voor de gehele bevolking van Indonesië in de toekomst.