

Masalah kesehatan tidak hanya berkaitan dengan angka kesakitan dan kematian saja melainkan juga mencakup berbagai kondisi psikososial. Eksistensi manusia meliputi dua aspek, yaitu organo-biologis (fisik atau jasmani) dan psiko-edukatif (mental emosional). Kesehatan spiritual berkaitan erat dengan dimensi lain dan dapat dicapai jika terjadi keseimbangan dengan dimensi lain (fisiologis, psikologis, sosiologis, kultural). Peran perawat adalah bagaimana perawat mampu mendorong klien untuk meningkatkan spiritualitasnya dalam berbagai kondisi. Sehingga klien mampu menghadapi, menerima dan mempersiapkan diri terhadap berbagai perubahan yang terjadi pada diri individu tersebut.

Buku ini membahas tentang:

1. KONSEP PSIKOSOSIAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN (KONSEP DIRI KONSEP SPIRITUAL).
2. KONSEP SEKSUALITAS DAN KONSEP STRESS ADAPTASI.
3. KONSEP KEHILANGAN, KEMATIAN DAN BERDUKA.
4. ANTROPOLOGI KESEHATAN DALAM KEBUDAYAAN DAN MASYARAKAT SERTA RUMAH SAKIT DAN KEBUDAYAAN.
5. TEORI *CULTURE CARE* LEININGER DAN PENGKAJIAN BUDAYA.
6. ETIOLOGI PENYAKIT DAN PERSEPSI SEHAT SAKIT.
7. PERAN DAN PERILAKU PASIEN RESPON SAKIT/NYERI PASIEN.
8. APLIKASI *TRANSKULTURAL NURSING* SEPANJANG DAUR KEHIDUPAN MANUSIA.
9. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL DALAM BERBAGAI MASALAH KESEHATAN PASIEN.
10. GLOBALISASI DAN PERSPEKTIF TRANSKULTURAL, DIVERSITY DALAM MASYARAKAT.

**PENERBIT**

CV RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA  
Jl. Batara Ugi/Griya Astra Blok C. No.18

(Yogyakarta/Makassar)

Telp/Wa: 085242065812

Email: rizmediapustaka@gmail.com

Website: rizmediapustakaindonesia.com



035/SSL/2022

BOOKCHAPTER

PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

Editor : Risnawati



# PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J

Ns. Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep

Devi Hairina Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B

Ns. Nawang Pujiastuti, M.Kep., Sp.Kom

Andi Arniyanti, S.Kep., Ns., M.Kes

Ns. Siti Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.An

Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An

Kens Napolion, SKp., M.Kep.Sp.Kep.J

# **PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN**

Ns. Sri Nyumirah., M.Kep., Sp.Kep.J.

Ns.Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep.

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep.

Devi Hairina Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B.

Ns. Nawang Pujiastuti, M.Kep., Sp.Kom.

Andi Arniyanti, S.Kep., Ns., M.Kes.

Ns. Siti Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.An.

Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An.

Kens Napolion, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J.

## **PENERBIT**



# PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

Ukuran unesco (15,5 x 23 cm )

Halaman : vi + 245

Isbn : 978-623-99453-9-8

Cetakan Pertama, Maret 2022

Penulis : Ns. Sri Nyumirah., M.Kep., Sp.Kep.J.  
Ns.Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep.  
Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep.  
Devi Hairina Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B.  
Ns. Nawang Pujiastuti, M.Kep., Sp.Kom.  
Andi Arniyanti, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Ns. Siti Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An.  
Kens Napolion, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J.

Editor : Risnawati

Layout &

Desain Cover :Tim creative Rizmedia

## PENERBIT

### Rizmedia Pustaka Indonesia

Jl. Batara Ugi/Griya Astra Blok C. No.18 (Yogyakarta/Makassar)

Telp/Wa:085242065812

IKAPI : 035/SSL/2022

Email:[rizmediapustaka@gmail.com](mailto:rizmediapustaka@gmail.com)

Website : [rizmediapustakaindonesia.com](http://rizmediapustakaindonesia.com)

Hak Cipta 2021@Rizmedia Pustaka Indonesia

*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

# KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Tuhan yang maha esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-nya kepada penulis sehingga penulis berhasil menyelesaikan buku yang berjudul **PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN** secara berkolaborasi yang ditulis beberapa penulis dari berbagai Institusi dengan latar belakang kelimuan Keperawatan.

Masalah kesehatan tidak hanya berkaitan dengan angka kesakitan dan kematian saja melainkan juga mencakup berbagai kondisi psikososial. Eksistensi manusia meliputi dua aspek, yaitu organo-biologis (fisik/ jasmani) dan psiko-edukatif (mental emosional). Kesehatan spiritual berkaitan erat dengan dimensi lain dan dapat dicapai jika terjadi keseimbangan dengan dimensi lain (fisiologis, psikologis, sosiologis, kultural).

Sedangkan Peran perawat adalah bagaimana perawat mampu mendorong klien untuk meningkatkan spiritualitasnya dalam berbagai kondisi, Sehingga klien mampu menghadapi, menerima dan mempersiapkan diri terhadap berbagai perubahan yang terjadi pada diri individu tersebut.

Buku ini membahas tentang :

1. KONSEP PSIKOSOSIAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN (KONSEP DIRI KONSEP SPIRITUAL).
2. KONSEP SEKSUALITAS DAN KONSEP STRESS ADAPTASI
3. KONSEP KEHILANGAN, KEMATIAN DAN BERDUKA.
4. ANTROPOLOGI KESEHATAN DALAM KEBUDAYAAN DAN MASYARAKAT SERTA RUMAH SAKIT DAN KEBUDAYAAN,
5. TEORI *CULTURE CARE* LEININGER DAN PENGKAJIAN BUDAYA
6. ETIOLOGI PENYAKIT DAN PERSEPSI SEHAT SAKIT.

7. PERAN DAN PERILAKU PASIEN RESPON SAKIT/NYERI PASIEN
8. APLIKASI *TRANSKULTURAL NURSING* SEPANJANG DAUR KEHIDUPAN MANUSIA.
9. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL DALAM BERBAGAI MASALAH KESEHATAN PASIEN
10. GLOBALISASI DAN PERSPEKTIF TRANSKULTURAL, DIVERSITY DALAM MASYARAKAT;

Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah Swt senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin.

**Tim Penulis**

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>v</b>
<b>BAB 1 KONSEP PSIKOSOSIAL DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN (KONSEP DIRI KONSEP SPIRITUAL).</b>	
(Ns. Sri Nyumirah., M.Kep., Sp.Kep.J) .....	1
<b>BAB 2 KONSEP SEKSUALITAS DAN KONSEP STRESS ADAPTASI</b>	
(Ns.Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep.).....	12
<b>BAB 3 KONSEP KEHILANGAN, KEMATIAN DAN BERDUKA.</b>	
(Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep).....	48
<b>BAB 4 ANTROPOLOGI KESEHATAN DALAM KEBUDAYAAN DAN MASYARAKAT SERTA RUMAH SAKIT DAN KEBUDAYAAN</b>	
(Devi Hairina Lestari, S.Kep., Ns., M.Kep).....	76
<b>BAB 5 TEORI <i>CULTURE CARE</i> LEININGER DAN PENGAJIAN BUDAYA</b>	
(Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B) .....	94
<b>BAB 6 ETIOLOGI PENYAKIT DAN PERSEPSI SEHAT SAKIT.</b>	
(Ns. Nawang Pujiastuti, M.Kep., Sp.Kom) .....	115
<b>BAB 7 PERAN DAN PERILAKU PASIEN RESPON SAKIT/NYERI PASIEN</b>	
(Andi Arniyanti,S.Kep., Ns., M.Kes.) .....	138

<b>BAB 8 APLIKASI <i>TRANSKULTURAL NURSING</i> SEPANJANG DAUR KEHIDUPAN MANUSIA.</b>	
(Ns. Siti Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.An.).....	162
<b>BAB 9 APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL DALAM BERBAGAI MASALAH KESEHATAN PASIEN</b>	
(Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An) .....	199
<b>BAB 10 GLOBALISASI DAN PERSPEKTIF TRANSKULTURAL, DIVERSITY DALAM MASYARAKAT</b>	
(Kens Napolion, SKp,. M.Kep., Sp.Kep.J).....	218
<b>PENUTUP .....</b>	<b>245</b>

# **BAB I**

## **KONSEP PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN**

### **(KONSEP DIRI DAN KONSEP SPIRITUAL)**

**(Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.I)**

Akademi Keperawatan Pasar Rebo

Jalan Tanah Merdeka no 16-18 Jakarta Timur

[sriyumirah@yahoo.co.id](mailto:sriyumirah@yahoo.co.id) [nyumirahsri@gmail.com](mailto:nyumirahsri@gmail.com)

#### **A. KONSEP PSIKOSOSIAL**

Psikososial merupakan salah satu masalah psikologis yang berkaitan dengan faktor sosial, hubungan antar sosial, kondisi lingkungan, kondisi ekonomi, pikiran seseorang, perilaku dan kesehatan mental serta kondisi fisik (PHE, 2017).

Psikososial adalah hubungan yang tidak dinamis antara aspek psikologis dengan lingkungan yang akan mempengaruhi perilaku dan pikiran yang mempengaruhi kesehatan mental seseorang yaitu meliputi cemas, stres dan depresi (Hawari, 2013).

#### **B. KONSEP DIRI**

##### **1. Definisi**

Konsep diri adalah cara pandang atau cara menilai individu baik dari individu sendiri secara fisik, sosial maupun psikologis yang didapatkan dari sebuah hasil interaksi antar orang lain serta pengalaman yang telah terjadi. Konsep diri adalah sebuah ide, pikiran, sebuah kepercayaan yang

mampu mempengaruhi seorang individu yang akan menimbulkan sebuah makna atau dampak dalam berhubungan dengan orang lain.

## 2. Dimensi

Dimensi terbagi menjadi dua baik internal maupun eksternal

### 1) Dimensi Internal

- a) Identitas diri yaitu menjelaskan tentang individu tersebut terkait identitas dan kemampuan positif yang dimiliki.
- b) Perilaku individu yaitu dorongan yang dimiliki individu baik secara internal maupun eksternal dalam merespon suatu rangsangan dalam melakukan sebuah perilaku
- c) Penilai diri yaitu penilai, penentu atau sebagai standar dalam melakukan sebuah perilaku yang menyambungkan antara perilaku dan identitas masing-masing individu.

### 2) Dimensi Eksternal

Dimensi eksternal terdiri dari konsep diri positif dan negatif yang terdiri dari :

#### a) Konsep diri yang positif

Yaitu cara memandang seseorang yang positif tentang penampilannya, bentuk tubuh individu, kondisi fisik dan kesehatan individu yang dimiliki.

#### b) Konsep diri individu

Yaitu cara memandang atau menilai kemampuan yang dimiliki individu dengan melihat perasaan optimisme individu, mampu menggunakan kemampuan tersebut, mampu mengontrol diri dengan potensi yang dimiliki individu.

#### c) Konsep diri sosial

Yaitu cara menilai seseorang tentang persepsi, pikiran dalam lingkup interaksi sosial dengan orang lain atau berhubungan

dengan orang lain.

d) Konsep diri moral

Yaitu cara memandang seseorang tentang perasaan, pikiran dan suatu persepsi tentang sebuah nilai yang mengatur etika dan semua norma agama.

e) Konsep diri keluarga

Yaitu cara menilai seseorang tentang sebuah integrasi individu pada keluarga yang dimiliki.

3. Ciri-Ciri

1) Konsep diri yang positif

- ✓ Mampu menyelesaikan masalah yang dihadapi
- ✓ Percaya diri terhadap orang lain
- ✓ Mampu menerima reward dari orang lain sesuai kemampuan yang dimiliki
- ✓ Menyadari bahwa tidak semua pikiran, perilaku dan perasaan

2) Konsep diri yang negatif

- ✓ Sensitif ketika kritik oleh orang lain
- ✓ Pesimis dalam menjalani hidup
- ✓ Cenderung tidak dapat diterima oleh orang lain
- ✓ Bersikap lebih hiperkritis
- ✓ Menerima reward dari orang lain yang berlebihan.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Pembentukan Konsep Diri

1) Orang Lain

Orang lain yang dimaksud bisa orangtua atau keluarga, karena orang lain memberikan pengaruh yang sangat penting dalam menerapkan konsep diri seseorang yaitu individu mampu menerapkan pengalaman /penilaian yang didapatkan dari orang lain, dari cara memandang orang lain.

## 2) Kelompok

Manusia merupakan makhluk sosial, setiap individu mampu melakukan pembentukan diri dalam sebuah kelompok yang saling mempengaruhi dan mengikuti perilaku atau kebiasaan dalam kelompok tersebut.

## 3) Persepsi individu

Konsep diri yang positif akan terbentuk dengan melihat individu mampu beradaptasi terhadap lingkungan, memiliki kemampuan berfikir yang baik, dan kemampuan individu. Konsep diri yang negatif muncul ketika individu tidak mampu berinteraksi dengan orang lain, dan ketidakmampuan berhubungan dengan orang lain.

## 4) Teori perkembangan

Setiap tahapan individu akan mempengaruhi konsep diri seseorang mulai dari lahir sampai tahapan lansia mulai bagaimana individu mengenal diri sendiri, lingkungan dan beradaptasi terhadap orang lain.

# 5. Dimensi Konsep Diri

## 1) Konsep diri aktual

Merupakan suatu persepsi yang menggambarkan persepsi yang sesuai kondisi individu yang realistis, yang menggambarkan tentang usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.

## 2) Konsep diri ideal

Merupakan suatu persepsi individu tentang dirinya yang muncul dan kelihatan dalam kehidupan untuk memperbaiki sebuah kemampuan diri yang dimiliki.

## 3) Konsep diri pribadi

Merupakan suatu gambaran yang menunjukkan perilaku seseorang yang terlihat dari sikap individu yang kreatif, ramah,

sopan dan mampu menyelesaikan sebuah tantangan.

#### 4) Konsep diri sosial

Merupakan suatu konsep yang berkaitan dengan cara berinteraksi seseorang dengan orang lain. Cara memandang seseorang dalam suatu kelompok atau masyarakat terhadap orang lain

### 6. Ciri Kepribadian yang Sehat

Di bawah ini ciri seseorang mempunyai kepribadian yang sehat yaitu :

#### 1) Gambaran diri yang positif

Menilai suatu persepsi individu tentang penampilan, ukuran, fungsi dan potensi yang dimiliki pada dirinya sendiri, perasaan yang sekarang, maupun yang lalu. Di bawah ini hal yang perlu diperhatikan dalam mencapai gambaran diri yang positif :

- a) Objektif dalam mengenal diri
- b) Harga diri sendiri
- c) Tidak menyalahkan diri sendiri
- d) Berfikir positif dan rasional

#### 2) Ideal diri yang realistis

Menilai keinginan individu atau tujuan hidup yang akan dicapai namun sesuai realistis.

#### 3) Konsep diri yang positif

Menilai kemampuan positif yang dimiliki menuju kesuksesan yang dimiliki dalam hidupnya.

#### 4) Harga diri yang tinggi

Menilai individu tentang harga diri yang dimiliki dengan melihat cara pandang seseorang dalam memandang dirinya menjadi individu yang bermanfaat dan berguna.

5) Penampilan peran yang memuaskan

Menilai individu mampu membina interaksi sosial yang akrab dan mampu memberikan kepuasan masing individu sehingga mampu bekerjasama/membina hubungan yang interdependen.

6) Identitas diri yang jelas

Menilai individu tentang standar pencapaian jati diri yang dimiliki dalam kehidupannya.

7. Proses Pembentukan Konsep Diri

Pembentukan konsep diri muncul sejak individu lahir sampai lansia, banyak faktor yang mempengaruhi terbentuknya diantaranya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, keluarga, khususnya orang tua. Menurut Erikson yaitu terkait *reward* di lingkungan sosial, kemampuan kognitif, *reward* baik budaya maupun spiritual, interaksi antar orang lain, dan bertambahnya pengalaman.

8. Penyebab Gangguan Konsep Diri

Di bawah ini beberapa hal yang menyebabkan seseorang menjadi mengalami masalah dalam konsep dirinya :

- 1) Pola asuh
- 2) Kegagalan
- 3) Depresi
- 4) Kritik internal
- 5) Merubah konsep diri

9. Komponen Konsep Diri

Konsep diri terdiri dari beberapa komponennya diantaranya :

1) Identitas diri

Merupakan suatu penilaian yang dapat dilakukan dengan semua aspek konsep diri masing-masing individu. Penerapan perilaku dan perasaan individu yang positif terhadap identitas diri yaitu :

- a) Menilai individu secara unik
- b) Menilai setiap individu itu berbeda
- c) Menilai individu mampu bersikap otonomi
- d) Memiliki suatu persepsi tentang konsep diri, gambaran diri, dan peran.

2) Citra tubuh

Suatu perilaku dan sikap seorang individu terhadap bagian tubuh individu yang di lihat secara sadar dan tidak sadar. Persepsi tersebut meliputi bentuk tubuh, ukuran, fungsi, penampilan dan potensi tubuh masa sekarang dan sebelumnya yang berkaitan dengan pengalaman masa lalu individu.

3) Ideal diri

Suatu persepsi seseorang yang dijadikan sebagai suatu tujuan, harapan, standar dan aspirasi tentang penilaian individu tersebut.

4) Harga diri

Penilaian individu tentang pencapaian seseorang dalam menganalisa perilaku yang sesuai dengan ideal diri. Harga diri berasal dari individu itu sendiri dan dari orang lain.

5) Peran

Suatu perangkat perilaku yang diinginkan yang berhubungan dengan berbagai kelompok sosial. Tiap individu mempunyai berbagai fungsi peran yang berbeda-beda.

### **C. KONSEP SPIRITUAL**

Spiritual merupakan salah satu faktor penting yang dapat membantu seorang individu dalam memenuhi suatu keseimbangan yang sangat diperlukan dalam menjaga kondisi kesehatan dan kesejahteraan serta beradaptasi dengan suatu penyakit baik fisik maupun psikologis

(Potter & Perry, 2012).

## Aspek Spiritual

- 1) Menemukan arti kehidupan sesuai takdir
- 2) Mengoptimalkan kekuatan diri
- 3) Melmmbina hubungan dengan unsur-unsur ghaib dalam kehidupan
- 4) Mengakui adanya Tuhan yang Maha Esa.

### 1. Dimensi Spiritual

Yaitu Suatu dimensi yang mempunyai pengaruh yang sangat besar dalam kehidupan karena merupakan suatu gabungan beberapa unsur psikologis, fisik, sosial dan spiritual yang menjadi satu kesatuan yang sangat penting dalam kehidupan.

### 2. Komponen Spiritual

- 1) Seorang manusia mempunyai arti dan suatu harapan.
- 2) Seorang manusia dalam berhubungan dengan orang dan lingkungan
- 3) Seorang manusia menjadi orang yang beragama
- 4) Seorang manusia memiliki otonomi

### 7 Kebutuhan tersebut adalah

- 1) Rasa dihormati
- 2) Keyakinan
- 3) Hal yang positif
- 4) Tujuan dan makna kehidupan
- 5) Etika dan moral
- 6) Penghargaan
- 7) Solusi masalah

3. Faktor yang mempengaruhi spiritual:
  - 1) Tahap Perkembangan
  - 2) Keluarga
  - 3) Sosial budaya
  - 4) Pengalaman hidup
  - 5) Sebuah perubahan dan krisis
  - 6) Berpisah dari spiritual
  - 7) Issue moral
  - 8) Tindakan keperawatan yang tidak sesuai

## REFERENSI

- Muhith, A. (2015). *Pendidikan Keperawatan Jiwa (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Andi.
- Potter, A & Perry, A 2012, *Buku ajar fundamental keperawatan; konsep, proses, dan praktik*, vol.2, edisi keempat, EGC, Jakarta
- Stuart, G. W. (2013). *Principle and practice of Psychiatric nursing, 10th Edition*. St. Louis. Canada: MOSBY ELSEVIER.
- Varcarolis, M Elizabeth. (2015). *Manual Psychiatric Nursing; Fith Edition*: ELSEVIER Jakarta.
- Yosep Iyus dan Sutini Titin (2019). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa dan Advance Mental Health Nursing*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Yusuf, Fitriyasaki dan Nihayati (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.

## PROFIL PENULIS

### **Ns. Sri Nyumirah, M.Kep., Sp.Kep.J**

Lahir di Rembang, 4 Mei 1983, sudah menikah mempunyai 1 anak laki-laki. Pekerjaan sebagai dosen keperawatan, mengajar di bidang keperawatan. Bidang ilmu yang ditekuni keperawatan jiwa. Riwayat pendidikan :Tahun 2006 penulis lulus S1 Profesi Ners Universitas Ngudi Waluyo Ungaran, Tahun 2013 Spesialis Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia.



Pengalaman Kerja menjadi dosen pendidik selama 13 Tahun. Penulis aktif menjadi pembicara baik dalam kegiatan seminar, pelatihan dan fasilitator kegiatan baik dalam keperawatan secara umum maupun dalam keperawatan jiwa, berperan aktif juga dalam kegiatan tri dharma perguruan tinggi. Penulis juga aktif melakukan *update* ilmu dengan mengikuti seminar dan pelatihan tentang keperawatan.

Penulis mempunyai pengalaman menjadi relawan dalam bencana banjir, gempa dengan memberikan dukungan psikososial bagi korban. Penulis juga menjadi konsulen terkait masalah psikososial yang dialami oleh individu atau keluarga. Sejumlah artikel baik telah dihasilkan oleh penulis. Buku yang ditulis ini merupakan buku kedua yang sebelumnya buku tentang komunikasi kesehatan. Motto penulis : Selalu yakin dengan apa yang mau kita lakukan dan selalu berfikir positif segala sesuatu yang terjadi. Tetap semangat.

Email : [srinyumirah@yahoo.co.id](mailto:srinyumirah@yahoo.co.id)

## **BAB 2 KONSEP SEKSUALITAS DAN KONSEP STRESS ADAPTASI**

**(Ns.Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep.)**

Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas  
Kristen Inndonesia

Jln. Letjen Soetoyo, Cawang, Jakarta Timur

[hasianleni@gmail.com](mailto:hasianleni@gmail.com)

### **A. KONSEP SEKSUALITAS**

Manusia adalah ciptaan Tuhan yang paling utama, yang terdiri dari laki-laki dan perempuan. Pemahaman dan pengetahuan tentang seks sangat penting untuk mengetahui perkembangan manusia. Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi dan perasaan. Perkembangan seksualitas pada manusia sangat kompleks. Seksualitas berkaitan dengan biologis, fisiologis, psikologis, sosial dan norma-norma yang berlaku. Adapun pembahasan konsep seksualitas terdiri dari sistem reproduksi anatomi fisiologi pria dan wanita, dan perkembangan seksualitas gangguan perilaku penyimpangan seksualitas dan masalah keperawatan seksualitas.

#### **1. Sistem Reproduksi Anatomi Fisiologi Pria**

Menurut Caroline Bunker,(2014) menjelaskan adapun sistem reproduksi pria adalah: Sistem reproduksi terdiri atas testis (menyimpan sperma), sistem duktus dan vesikula seminalis

(menyimpan dan membawa sperma), skrotum (menampung testis dan mengatur suhunya), penis (diperlukan untuk menyalurkan sperma pada wanita), dan kelenjar aksesori memproduksi hormon pria dan seksresi lainnya.

Sistem reproduksi pria mengalami perkembangan selama masa kanak-kanak dan remaja. Sistem reproduksi pria tidak dapat menjalankan fungsinya sampai hormon disekresikan saat **pubertas** (*masa pubertas*), tahap kehidupan saat organ reproduksi menjadi berfungsi secara sempurna. Pada anak laki-laki, pubertas biasanya terjadi antara usia 12 dan 16 tahun. Hormon yang berasal dari hipotalamus, kelenjar hipofisis, dan gonad memengaruhi sistem reproduksi. Sebelum pubertas (*prapubertas*), konsentrasi **androgen** (hormon pria) dalam darah dan *estrogen* (hormon wanita) sama pada setiap individu.

**Fisiologi sel sperma pada pria** Sel benih dalam perkembangan sel sperma disebut **spermatogonia** (tunggal: spermatogonium). "Sel induk" membantu membuat sel benih ini dan sel spesifik, sel Sertoli, memfasilitasi spermatogenesis. Spermatogonia membelah diri dengan mitosis dan kemudian meiosis untuk membentuk *spermatisit* (lihat Bab 15). Bentuk berikutnya disebut spermatid, yang pada akhirnya berkembang menjadi *spermatozoa* (tunggal: spermatazoon). (Setiap spermatisit primer membentuk empat gamet fungsional.) Testis memproduksi jutaan spermatozoa setiap hari. Sel sperma matur dalam waktu sekitar dua bulan, untuk selanjutnya disimpan di dalam duktus deferens.

Sel sperma sangat khusus dan tersusun atas beberapa bagian (Gbr. 28-4). Kepala sperma mengandung 23 kromosom (setengah dari materi genetik manusia). Ujung kepala sperma, *akrosom*, mengandung enzim yang dapat melarutkan dinding sel telur (ovum, sel kelamin wanita) yang

keras. *Badan* (bagian tengah) sperma mengandung mitokondria, yang memberi energi yang diperlukan untuk daya penggerak. *Ekor* sperma yang menyerupai cambuk adalah flagelum yang mendorong sperma dengan gerakan mengibas.

Setelah sperma dan semen bercampur dalam duktus ejakulatori, semen (kini juga dikenal sebagai *cairan ejakulatori*) mengandung sekitar 60-100 juta sel sperma per mililiter. Semen dengan sperma yang berjumlah kurang dari 10-20 juta per mililiter dapat mengalami kesulitan dalam membuahi ovum.

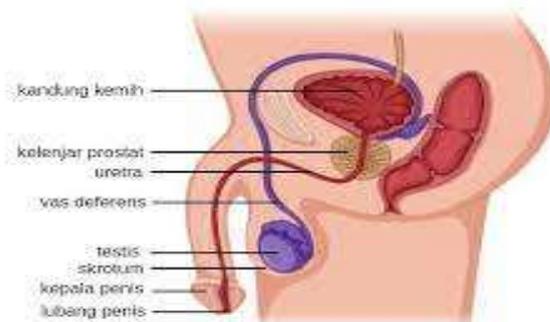
Jumlah semen yang diejakulatorikan (keluar dari tubuh) setiap pria bervariasi dari 2-5 ml. Setelah ejakulatori ke dalam vagina wanita, sel sperma dapat bertahan hingga 3 hari. Dari sekitar 250 juta sel sperma yang diejakulasi, hanya sekitar 100 sperma yang bertahan untuk kontak dengan ovum di dalam oviduk.

**Hubungan seksual atau bersatunya kelamin antara pria dan wanita disebut kopulasi, *sanggama*, atau *koitus*.** Pria memasukkan penisnya yang ereksi ke dalam saluran vagina dan memasukkan semen yang mengandung sperma ketika pria tersebut mengalami ejakulatori. Zat lain di dalam semen meliputi asam sitrat, fruktosa, enzim, protein koagulasi, lipid (lemak), prostaglandin, dan sekresi lain dari vesikula seminalis dan prostat. Selama timbul gairah seksual, kelenjar Bulbouretra menyekresikan cairan jernih, pra-ejakulatori, yang membantu melumasi uretra sehingga sperma dapat melintas; cairan ini juga membilas urine atau zat asing.

Kerja alat kelamin pria merupakan rangkaian refleks yang kompleks yang terdiri dari beberapa komponen: ereksi, sekresi, emisi, dan ejakulatori. *Ereksi* terjadi ketika impuls saraf dari medula spinalis dan otak menyebabkan vasodilatasi arteri pada penis. Saat arteri dilatasi, aliran balik vena terhambat dan jaringan kavernosa pada penis menjadi

kongesti dengan darah. Darah ini hanya dapat mengalir melalui sistem vena di sekitar sisi luar korpus kavernosum. Jaringan yang mengembang menyebabkan konstiksi vena ini dan mengandung darah hingga orgasme tercapai. (Ketidak mampuan untuk mencapai ereksi disebut impotensi.) *Emisi* merupakan akumulasi sel sperma dan sekresi di dalam uretra. **Ejakulatori** merupakan pengeluaran semen yang sangat kuat dari duktus ejakulatori melalui uretra. **Orgasme** merupakan sensasi fisik, emosi, dan kepuasan yang terjadi pada saat hubungan seksual mencapai klimaks; pada pria orgasme disertai dengan ejakulatori semen. Kesulitan dalam mencapai orgasme disebut *anorgasmia*. Jumlah sperma yang rendah disebut *oligospermia*

Gambar Alat kelamin Pria



Sumber: <https://hellosehat.com/pria/penis/alat-reproduksi-pria/> diakses tanggal 01 Februari 2022.

## 2. Sistem Reproduksi Anatomi Fisiologi Wanita

Sistem reproduksi wanita terdiri atas sepasang ovarium dan oviduk, dan uterus, vagina, dan struktur genitalia eksternal. *Organ internal* uterus, vagina, dan ovarium-terletak di dalam panggul antara kandung kemih dan rektum. Struktur ini disokong oleh sekelompok ligamen, yang paling mencolok adalah *ligamentum latum meri dan*

*ligamentum teres uteri*. Struktur eksternal terdiri atas komponen vulva, mons pubis bagiannya adalah labia mayora, labia minora. Ada organ klitoris, dan perineum.

Hipotalamus menstimulasi sekresi **hormon gonado tropin**, yang mencakup hormon luteinizing (luteinizing hormone, LH) dan hormon penstimulasi folikel (follicle stimulating hormone, FSH) pada wanita. Efek utama LH dan FSH mencakup menstimulasi pembentukan ovum dan menstimulasi sekresi hormon dari organ seks. Hormon gonadotropin juga menstimulasi perkembangan karakteristik seks sekunder wanita. Ovarium mulai menyekresi estrogen. Estrogen berupa estradiol, estriol, dan estron. Setelah pubertas, korpus luteum ovarium memproduksi hormon lain, progesteron, yang berfungsi terutama selama kehamilan.

**Pada saat pubertas**, hormon menstimulasi folikel primer untuk meneruskan perkembangannya dan menjadi folikel sekunder. Folikel sekunder membesar dan membentuk gumpalan pada ovarium. Ketika matur, folikel sekunder disebut folikel graafian. Sejak pubertas hingga menstruasi berhenti selama menopause, kira-kira dalam interval bulanan, folikel graafian yang matur menyebabkan ruptur permukaan ovarium. Sekarang folikel tersebut dikenal sebagai ouum, yang dikeluarkan ke dalam rongga panggul di dekat oviduk (yang mengarah ke uterus). Ovum hidup hingga 24 jam sebelum mulai degenerasi, kecuali dibuahi oleh sperma. Jika fertilisasi dan implantasi terjadi, ovum menjadi embrio yang berkembang menjadi janin. Ketika janin telah cukup berkembang untuk bertahan di luar uterus, serviks membuka. Kontraksi uterus kemudian menyebabkan janin dikeluarkan melalui vagina (pelahiran).

Siklus menstruasi sebenarnya merupakan dua siklus kontinu yang saling berkaitan yaitu siklus ovarium dan siklus uterus (Gbr. 29-5). Kelenjar hipofisis anterior melepaskan sekresi yang mengendalikan

kedua siklus tersebut. Perubahan ini terjadi pada wanita yang tidak hamil yang sudah matur secara seksual dan mencapai puncaknya dalam menstruasi. **Menstruasi** adalah aliran darah dan bahan lain dari uterus melalui vagina.

Periode menstruasi pertama disebut **menarke** dan menandai awitan pubertas. Rangkaian perubahan ritmis ini kemudian terjadi sekitar setiap 28 hari. Proses ini dikenal sebagai periode menstruasi, mens, atau period. Akan tetapi, terdapat keragaman siklus menstruasi di antara wanita dan juga dalam siklus bulanan wanita.

**Siklus menstruasi berlanjut** selama hormon ovarium menstimulasi lapisan uterus, Antara sekitar 40 dan 55 tahun, ovarium menjadi kurang aktif karena tidak lagi berespons terhadap FSH. Oleh sebab itu, telur tidak lagi matur dan ovarium berhenti memproduksi estrogen. Penurunan pada fungsi ovarium ini terjadi secara bertahap. Hasilnya adalah kurangnya kemampuan untuk menjadi hamil dan terjadi awitan **menopause** (berhentinya menstruasi).

**Menopause, suatu proses normal**, terkadang terjadi secara tiba-tiba. Biasanya, menopause terjadi dalam waktu yang sangat bertahap sehingga tubuh wanita dapat menyesuaikan tanpa kesulitan. Akan tetapi, karena banyak perubahan hormonal yang terlibat, wanita menopause dapat mengalami beberapa gejala yang tidak menyenangkan, seperti sakit kepala, iritabilitas, insomnia, ansietas, atau depresi. Salah satu gejala yang paling sering adalah sensasi panas (hot flashes). Ketidakseimbangan hormon memengaruhi diameter pembuluh darah, menyebabkan dilatasi atau kontraksi secara mendadak. Indikator eksternal menopause terdiri atas kecenderungan untuk mengalami kenaikan berat badan, penipisan rambut, pertumbuhan rambut di bibir atas dan dagu, dan kulit kering serta gatal.

Klimakterium wanita disebut menopause (didiskusikan

sebelumnya). Beberapa kondisi fisik berhubungan dengan hilangnya estrogen. Penyakit vaskular dan penyakit jantung lebih sedikit terjadi pada wanita pramenopause dibandingkan pada laki-laki. Setelah menopause, rerata penyakit jantung antara laki-laki dan perempuan adalah sama. Osteoporosis merupakan kondisi ketika tulang menjadi rapuh dan kpong serta menjadi lebih mudah mengalami fraktur. Kondisi ini lebih sering terjadi pada wanita dan memburuk ketika hormon tidak ada

**Respon seksual pada wanita** dimulai dari adanya jalur saraf wanita yang terlibat dalam mengendalikan respons seksual sama seperti yang ditemukan pada pria. Selama gairah seksual, jaringan erektil dalam klitoris dan sekitar lubang vagina mengalami pembengkakan oleh darah. Kelenjar vestibula menyekresi mukus sebelum dan selama koitus (hubungan seksual). Jika klitoris distimulasi dengan intensitas dan durasi yang cukup, wanita akan merasa pelepasan orgasme baik secara fisik maupun psikologis. Puting payudara juga berisi jaringan erektil yang berespons terhadap gairah seksual dan orgasme. Tidak seperti laki-laki, wanita dapat mengalami orgasme secara berturut-turut dengan waktu istirahat yang minimal.

### Gambar alat kelamin wanita



Sumber: <https://www.zenius.net/blog/sistem-reproduksi-wanita-dan-gangguannya> diakses tanggal 01 februari 2022.

### 3. Siklus Respons Seksual

Adapun siklus respons seksual terdiri atas beberapa tahap berikut ini:

- 1) **Tahap Suka Cita.** Merupakan tahap awal dalam respons seksual pada wanita ditandai dengan banyaknya lendir pada daerah vagina, dinding vagina mengalami ekspansi atau menebal, meningkatnya sensitivitas klitoris, puting susu menegang, dan ukuran buah dada meningkat. Pada laki-laki ditandai dengan ketegangan atau ereksi pada penis dan penebalan atau elevasi pada skrotum.
- 2) **Tahap Kestabilan.** Pada tahap ini wanita mengalami retraksi di bawah klitoris, adanya lendir yang banyak dari vagina dan labia mayora, elevasi dari serviks dan uterus, serta meningkatnya otot-otot pernapasan. Pada laki-laki ditandai dengan meningkatnya ukuran gland penis dan tekanan otot pernapasan.
- 3) **Tahap Orgasme (Puncak).** Tahap puncak dalam siklus seksual pada wanita ditandai adanya kontraksi yang tidak disengaja dari uterus, rektal dan spinchter, uretra, dan otot-otot lainnya, terjadi hiperventilasi dan meningkatnya denyut nadi. Pada laki-laki ditandai dengan relaksasi pada spinchter kandung kencing, hiperventilasi, dan meningkatnya denyut nadi.
- 4) **Tahap Resolusi (Peredaan).** Merupakan tahap terakhir dalam siklus respons seksual, pada wanita ditandai adanya relaksasi dari dinding vagina secara berangsur-angsur, perubahan warna dari labia mayora, pernapasan, nadi, tekanan darah, otot-otot berangsur-angsur kembali normal. Pada laki-laki ditandai dengan menurunnya

denyut pernapasan dan denyut nadi serta meleemasnya penis.

**Beberapa bentuk penyimpangan seksual atau deviasi seksual** menurut Sulisty Andormoyo,(2012) yang dapat dijumpai di masyarakat antara lain:

- 1) **Pedofilia.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan objek anak-anak. Penyimpangan ini ditandai dengan adanya fantasi berhubungan seksual dengan anak di bawah usia pubertas. Hal tersebut dapat disebabkan oleh kelainan mental, seperti shizofrenia, sadisme organik, atau gangguan kepribadian organik.
- 2) **Eksibisionisme.** Kepuasan seksual dicapai dengan cara mempertontonkan alat kelamin di depan umum. Hal ini biasanya dilakukan secara mendadak di hadapan orang yang tidak dikenal, namun tidak ada upaya untuk melakukan hubungan seksual.
- 3) **Fetisisme.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan benda seks seperti sepatu tinggi, pakaian dalam, stocking, atau lainnya. Disfungsi ini dapat disebabkan antara lain karena eksperimen seksual yang normal dan bedah pergantian kelamin.
- 4) **Transvestisme.** Kepuasan seksual dicapai dengan memakai pakaian lawan jenis dan melakukan peran seks yang berlawanan, misalnya pria yang senang menggunakan pakaian dalam wanita.
- 5) **Transeksualisme.** Bentuk penyimpangan seksual ditandai dengan perasaan tidak senang terhadap alat kelaminnya, adanya keinginan untuk berganti kelamin.

- 6) **Voyerisme/Skopofilia.** Kepuasan seksual dicapai dengan melihat alat kelamin orang lain atau aktivitas seksual yang dilakukan orang lain.
- 7) **Masokisme.** Kepuasan seksual dicapai melalui kekerasan atau disakiti terlebih dahulu secara fisik atau psikologis.
- 8) **Sadisme.** Merupakan lawandari masokisme. Kepuasan seksual dicapai dengan menyakiti objeknya, baik secara fisik maupun psikologis (dengan menyiksa pasangan). Hal tersebut dapat disebabkan antara lain karena perkosaan dan pendidikan yang salah.
- 9) **Homoseksual dan Lesbianisme.** Penyimpangan seksual yang ditandai dengan ketertarikan secara fisik maupun emosi kepada sesama jenis. Kepuasan seksual dicapai melalui hubungan dengan orang berjenis kelamin sama.
- 10) **Zoofilia.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan objek binatang.
- 11) **Sodomi.** Kepuasan seksual dicapai dengan hubungan melalui anus.
- 12) **Nekropilia.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan objek mayat.
- 13) **Koprofilia.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan objek feses.
- 14) **Urolagnia.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan objek urine yang diminum.
- 15) **Oral Seks/Kunilingus.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan mulut pada alat kelamin wanita.
- 16) **Felaksio.** Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan mulut pada alat kelamin laki-laki.

- 17) **Froterisme/Friksionisme.** Kepuasan seksual dicapai dengan cara menggosokkan penis pada pantat wanita atau badan yang berpakaian diteinpat yang penuh sesak manusia.
- 18) **Goronto.** Kepuasan seksual dicapai melalui hubungan dengan lansia.
- 19) **Frottage.** Kepuasan seksual dicapai dengan cara meraba orang yang disenangi tanpa diketahui lawan jenis
- 20) **Pornografi.** Gambar/tulisan yang dibuat secara khusus untuk memberi rangsangan seksual (Maramis WF, 2004).

**Faktor-faktor yang mempengaruhi masalah seksualitas,** menurut Herri Zon Pieter ,(2017) diantaranya yaitu:

- 1) Tidak adanya panutan (role model).
- 2) Gangguan struktur dan fungsi tubuh, seperti adanya trauma, obat, kehamilan, atau abnormalitas anatomi genitalia.
- 3) Kurang pengetahuan atau informasi yang salah mengenai masalah seksual.
- 4) Penganiayaan secara fisik.
- 5) Adanya penyimpangan psikoseksual.
- 6) Konflik terhadap nilai.
- 7) Kehilangan pasangan karena perpisahan atau kematian.

**Masalah keperawatan** yang terjadi pada kebutuhan seksual adalah pola seksual dan perubahan disfungsi seksual. Pola seksual mengandung arti bahwa suatu kondisi seorang individu mengalami atau berisiko mengalami perubahan kesehatan seksual, sedangkan kesehatan seksual sendiri adalah integrasi dari aspek somatis, emosional, intelektual, dan

sosial dari keberadaan seksual yang dapat meningkatkan rasa cinta, komunikasi, dan kepribadian. Disfungsi seksual adalah keadaan di mana seseorang mengalami atau berisiko mengalami perubahan fungsi seksual yang negatif, yang dipandang sebagai tidak berharga dan tidak memadainya fungsi seksual.

**Tabel Masalah Keperawatan seksualitas**

Masalah kesehatan/seksualitas	Tindakan keperawatan
<p><b>Dampak diabetes mellitus:</b></p> <p><u>Laki-laki</u></p> <p>Kesulitan ereksi karena neuroparti diabetik atau <u>mikroangiopati</u></p> <p><u>Wanita</u></p> <p>Penurunan hasrat, penurunan lubrikasi vagina.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dorong untuk kontrol metabolisme yang tepat.</li> <li>2. Anjurkan penggunaan jeli pelumas larut air (pada wanita).</li> </ol>
<p><b>Dampak Penyakit Paru Obstruksi Menahun:</b></p> <p>Intoleransi akitivitas karena dispnea pada aktivitas, batuk ekspektorasi, kemudian anxietas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan cara mengontrol pernapasan, rencanakan senggama pada waktu obat puncak reaksi, hindari hubungan seksual setelah makan banyak atau melakukan aktivitas atau segera setelah bangun dari tidur dan rencanakan agar relaksasi tidak tergesa-gesa.</li> <li>2. Sarankan posisi minimal menekan dada (duduk atau tidur miring).</li> <li>3. Jelaskan tempat tidur dapat membantu. menurunkan kelelahan selama hubungan seks.</li> </ol>

<p><b>Dampak Arthritis:</b></p> <p>Terjadi nyeri, kaku sendi dan lelah, serta terjadi penurunan libido akibat obat steroid.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan bahwa arthritis tidak mempunyai efek pada aspek fisiologis dan fungsi seksual.</li> <li>2. Sarankan pasangan melakukan senggama pada saat obat mencapai puncak reaksi, tingkatkan relaksasi sendi dengan mandi atau kompres hangat dan lakukan latihan rentang gerak.</li> <li>3. Ajarkan bahwa penurunan libido atau hasrat. akibat efek samping penggunaan obat.</li> </ol>
<p><b>Dampak Hipertropi Prostat Beningna (BPH):</b></p> <p>Terjadinya ejakulasi retrograd karena kerusakan spingter kandung kemih internal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan bahwa ereksi dan orgasme akan tetap terjadi, tetapi ejakulasi akan menurun atau tidak ada, dan urine akan keruh.</li> </ol>
<p><b>Dampak Penyakit Kardiovaskular:</b></p> <p>Terjadinya kecemasan, takut tentang penampilan, takut nyeri dada, kematian, penurunan hasrat, rangsangan keputusasaan pasangan untuk menghentikan aktivitas seksual.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan bahwa infark tidak mempunyai efek langsung pada fisiologis fungsi seksual, anjurkan aktivitas seksual biasanya yang paling aman 5-8 minggu pascainfark, ajarkan untuk menghindari aktivitas seksual setelah makan banyak, minum alkohol, dan jelaskan berbagai obat yang dapat menunjukkan disfungsi seksual.</li> <li>2. Dorong melakukan sentuhan bukan seksual, sarankan posisi yang tidak banyak memerlukan energi, seperti posisi miring dan telentang atau duduk di kursi dengan pasangan di atas.</li> </ol>
<p><b>Dampak Gagal Ginjal Kronis (GGK):</b></p> <p>Terjadinya uremia kronis dan berulang dapat menyebabkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan bahwa stres adalah penyebab penurunan hasrat seksual dan dorong untuk melakukan perabaan bukan</li> </ol>

depresi atau penurunan hasrat seksual dan gagal ginjal kronis, yang tidak diobati dapat menyebabkan penghentian ovulasi dan menstruasi pada wanita dan menyebabkan atrofi testis, penurunan spermatogenesis, plasmatestosteron dan disfungsi ereksi.	seksual tanpa memaksa untuk melakukannya. 2. Jelaskan bahwa fungsi seksual dapat kembali pulih, biasanya setelah dialisis.
<b>Dampak Kolostomi/Ileostomi:</b> Terjadi perubahan konsep diri, penurunan keinginan seksual, rangsangan, dan orgasme.	1. Biarkan individu mengekspresikan perubahan penampilan tubuh, anjurkan komunikasi dengan pasangan. 2. Ajarkan cara meningkatkan ketertarikan seksual. 3. Ajarkan mengosongkan kandung kemih sebelum aktivitas seksual.
<b>Dampak Cedera Medula Spinalis:</b> Ketidakmampuan melakukan ejakulasi bila terjadi cedera neuron motorik atas.	1. Diskusikan alternatif penggunaan posisi. 2. Dorong dengan masase vibrator atau cara lain.

Sumber: Caroline Bunker, (2014) dan Irwandi,(2020)

## B. KONSEP STRESS ADAPTASI

Adaptasi fisiologi terhadap stress adalah kemampuan tubuh untuk mempertahankan keadaan relatif seimbang. Kemampuan adaptif ini adalah bentuk dinamik dari ekuilibrium lingkungan internal tubuh. Lingkungan internal secara konstan berubah, dan mekanisme adaptif tubuh secara kontinu berfungsi untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan ini dan untuk mempertahankan ekuilibrium, atau homeostasis.

Homeostasis dipertahankan oleh mekanisme fisiologis yang mengontrol fungsi tubuh dan memantau organ tubuh. Untuk sebagian besar mekanisme ini dikontrol oleh sistem saraf dan endokrin dan tidak mencakup perilaku sadar. Tubuh membuat penyesuaian dalam frekuensi

jantung, frekuensi pernapasan, tekanan darah, suhu tubuh, keseimbangan cairan dan elektrolit, sekresi hormon, dan tingkat kesadaran yang semuanya ditujukan untuk mempertahankan adaptasi.

Mekanisme fisiologis adaptasi berfungsi melalui umpan balik negatif, yaitu suatu proses di mana mekanisme kontrol merasakan suatu keadaan abnormal, seperti penurunan suhu tubuh, dan membuat suatu respons adaptif, seperti mulai menggigil untuk membangkitkan panas tubuh. Ketiga dari mekanisme utama yang digunakan dalam mengadaptasi stresor dikontrol oleh medulla oblongata, formasi retikular, dan kelenjar hipofisis.

Ketika seseorang menyadari tentang kebutuhan fisiologis yang tidak terpenuhi, seperti makanan atau kehangatan, tindakan yang akan dilakukan adalah untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Untuk sebagian besar, bagaimana pun juga, adaptasi mencakup penyesuaian yang dibuat tubuh secara otomatis untuk mempertahankan ekuilibrium. Mekanisme homeostasis ini adalah pengaturan-mandiri. Dengan kata lain, mekanisme ini adalah otomatis. Namun demikian, pada individu yang sakit atau mengalami cedera mekanisme ini mungkin tidak mampu untuk mempertahankan dan menopang homeostasis.

## **1. Penyebab Stres**

Stresor adalah faktor-faktor dalam kehidupan manusia yang mengakibatkan terjadinya respons stres. Stresor dapat berasal dari berbagai sumber, baik dari kondisi fisik, psikologis, maupun sosial dan juga muncul pada situasi kerja, di rumah, dalam kehidupan sosial, serta lingkungan luar lainnya. Secara garis besar menurut Jones & Roger,(2012), stresor bisa dikelompokkan menjadi dua, yaitu sebagai berikut.

- a. Stresor mayor, yang berupa *major live events* yang meliputi peristiwa kematian orang yang disayang, masuk sekolah untuk pertama kali, dan perpisahan.
- b. Stresor minor, yang biasanya berawal dari stimulus tentang masalah kehidupan sehari-hari, misalnya tidak senang emosional terhadap hal-hal tertentu sehingga menyebabkan munculnya stres.

Beberapa karakteristik kepedian yang berpotensi dan dinilai dapat menciptakan stress, seperti: 1) **kejadian negatif** agaknya lebih banyak menimbulkan stres daripada kejadian positif, 2) **kejadian yang tidak terkontrol** dan tidak terprediksi lebih membuat stres daripada kejadian yang terkontrol dan terprediksi, 3) **kejadian "ambigu"** sering kali dianggap lebih mengakibatkan stres daripada kejadian yang jelas, 4) manusia yang tugasnya **melebihi kapasitas (*overload*)** lebih mudah mengalami stres daripada orang yang memiliki tugas lebih sedikit.

## 2. Tahapan Stres

Gejala-gejala stres pada diri seseorang sering kali tidak disadari karena perjalanan awal tahapan stres timbul secara lambat. Selain itu, baru dirasakan bilamana tahapan gejala sudah lanjut dan mengganggu fungsi kehidupannya sehari-hari baik di rumah, di tempat kerja, ataupun di pergaulan lingkungan sosialnya. Ada enam tahapan stres antara lain sebagai berikut.

### 1) Stres Tahap I

Tahapan ini merupakan tahapan stres paling ringan, dan biasanya disertai dengan perasaan-perasaan sebagai berikut.

- a. Semangat bekerja besar, berlebihan (*overacting*),
- b. Penglihatan "tajam tidak sebagaimana biasanya.

- c. Merasa mampu menyelesaikan pekerjaan lebih dari biasanya; tetapi tanpa disadari cadangan energi dihabiskan (*all out*) disertai rasa gugup yang berlebihan pula.
- d. Merasa senang dengan pekerjaannya itu dan semakin bertambah semangat, tetapi tanpa disadari cadangan energi semakin menipis.

## 2) Stres Tahap II

Dalam tahapan ini dampak stres yang semula "menyenangkan" sebagaimana diuraikan pada tahap I di atas mulai menghilang, serta timbul keluhan-keluhan yang disebabkan karena cadangan energi tidak lagi cukup sepanjang hari karena tidak cukup waktu untuk beristirahat. Istirahat antara lain dengan tidur yang cukup bermanfaat untuk mengisi atau memulihkan cadangan energi yang mengalami defisit. Analogi dengan hal ini adalah misalnya *handphone* (HP) yang sudah lemah harus kembali diisi ulang (*di-charge*) agar dapat digunakan lagi dengan baik. Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh seseorang yang berada pada stres tahap II adalah sebagai berikut.

- a. Merasa letih sewaktu bangun pagi, yang seharusnya.
- b. Merasa mudah lelah sesudah makan siang.
- c. Lekas merasa capai menjelang sore hari, merasa segar.
- d. Sering mengelul lambung atau perut tidak nyaman (*bowel discomfort*).
- e. Detakan jantung lebih keras dari biasanya (berdebar-debar).
- f. Otot-otot punggung dan tengkuk terasa tegang.
- g. Tidak bisa santai.

### 3) Stres tahap III

Bila seseorang itu tetap memaksakan diri dalam pekerjaannya tanpa menghiraukan keluhan-keluhan sebagaimana diuraikan pada stres tahap II di atas, maka yang bersangkutan akan menunjukkan keluhan-keluhan yang semakin nyata dan mengganggu, yaitu sebagai berikut.

- a. Gangguan lambung dan usus semakin nyata, misalnya keluhan "maag" (gastritis). buang air besar tidak teratur (diare).
- b. Ketegangan otot semakin terasa.
- c. Perasaan tidak tenang dan ketegangan emosional semakin meningkat.
- d. Gangguan pola tidur (insomnia), misalnya sukar untuk mulai masuk tidur (*early insomnia*), atau terbangun tengah malam dan sukar kembali tidur (*middle insomnia*), atau bangun terlalu pagi/dini hari dan tidak dapat kembali tidur (*late insomnia*).
- e. Koordinasi tubuh terganggu (badan terasa sempoyongan dan serasa mau pingsan). Pada tahapan ini seseorang sudah harus berkonsultasi pada dokter untuk memperoleh terapi, atau bisa juga beban stres hendaknya dikurangi dan tubuh memperoleh kesempatan untuk beristirahat guna menambah suplai energi yang mengalami defisit.

### 4) Stres Tahap IV

Tidak jarang seseorang pada waktu memeriksakan diri ke dokter sehubungan dengan keluhan-keluhan stres tahap III di atas, oleh dokter dinyatakan tidak sakit karena tidak ditemakan kelainan-kelainan fisik pada organ tubuhnya. Bila hal ini terjadi, yang bersangkutan terus memaksakan diri untuk bekerja tanpa mengenal istirahat, maka gejala stres tahap IV akan muncul antara lain sebagai berikut.

- a. Untuk bertahan sepanjang hari saja sudah terasa amat sulit.
- b. Aktivitas pekerjaan yang semula menyenangkan dan mudah diselesaikan menjadi membosankan dan terasa lebih sulit.
- c. Seseorang yang semula tanggap terhadap situasi menjadi kehilangan kemampuan untuk merespons secara memadai (adequate).
- d. Ketidakmampuan untuk melaksanakan kegiatan rutin sehari-hari.
- e. Gangguan pola tidur disertai dengan mimpi-mimpi yang menegangkan.
- f. Sering kali menolak ajakan (negativism) karena tiada semangat dan gairah.
- g. Daya konsentrasi dan daya ingat menurun.
- h. Timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang tidak dapat dijelaskan apa penyebabnya.

#### 5) Stres Tahap V

Bila keadaan berlanjut, maka seseorang itu akan jatuh dalam stres tahap V yang ditandai dengan hal-hal berikut.

- a. Kelelahan fisik dan mental yang semakin mendalam (physical and psychological exhaustion).
- b. Ketidakmampuan untuk menyelesaikan pekerjaan sehari-hari yang ringan dan sederhana.
- c. Gangguan sistem pencernaan semakin berat (gastrointestinal disorder).
- d. Timbul perasaan ketakutan dan kecemasan yang semakin meningkat, mudah bingung, dan panik.

#### 6) Stres Tahap VI

Tahapan ini merupakan tahapan klimaks, yaitu seseorang mengalami serangan panik (panic attack) dan perasaan takut mati. Tidak jarang orang yang mengalami stres tahap VI ini

berulang-kali dibawa ke Unit Gawat Darurat bahkan ke ICCU, meskipun pada akhirnya dipulangkan karena tidak ditemukan kelainan fisik organ tubuh. Gambaran stres tahap VI ini adalah sebagai berikut.

- a. Debaran jantung teramat keras.
- b. Susah bernapas (sesak dan megap-megap).
- c. Sekujur badan terasa gemetar, dingin, dan keringat bercucuran.
- d. Ketiadaan tenaga untuk hal-hal yang ringan.
- e. Pingsan atau kolaps.

Bila dikaji maka keluhan atau gejala-gejala sebagaimana digambarkan di atas lebih didominasi oleh keluhan-keluhan fisik yang disebabkan oleh gangguan faal (fungsional) organ tubuh sebagai akibat stresor psikososial yang melebihi kemampuan seseorang untuk mengatasinya.

**Tabel Reaksi Psikologis Terhadap Stres**

<i>Local Adaptation Syndrome (LAS)</i>	<i>General Adaptation Syndrome (GAS).</i>
<p>Reaksi manifestasi radang pada lokasi infeksi menunjukkan perubahan) fisiologis yang disertai dengan gejala-gejala yang khas, seperti merah, bengkak, nyeri, panas, dan keterbatasan anggota gerak (<i>function laesa</i>).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respons yang terjadi hanya setempat dan tidak melibatkan semua sistem.</li> <li>2. Respons bersifat adaptif; diperlukan stresor untuk menstimulasikannya.</li> </ol>	<p>Tubuh menghasilkan banyak respons setempat terhadap stres. Respons setempat ini termasuk pembekuan darah dan penyembuhan luka, akomodasi mata terhadap cahaya, serta lain sebagainya. Responsnya berjangka pendek.</p> <p>Adaptasi ini terjadi jika individu mengalami stres dalam waktu yang lama. Kondisi tersebut ditandai</p>

3. Respons bersifat jangka pendek dan tidak terus-menerus.	dengan pelepasan hormon adaptif di dalam tubuh manusia. Saat seseorang mengalami stres, sebuah pesan akan dikirimkan oleh tubuh ke otak (hipotalamus).
4. Respons bersifat restoratif	

Sumber: Stuart, G.W. (2013).

### 3. Manajemen Stres

Manajemen stres adalah usaha seseorang untuk mencari cara yang paling sesuai dengan kondisinya guna mengurangi stres yang dialaminya. Jadi, semuanya bergantung pada kondisi masing-masing individu, tingkatan stres yang ada, dan kejadian yang melatarbelakangi stres. Sering kali stres didefinisikan dengan hanya melihat dari stimulus atau respons yang dialami seseorang.

Definisi stres dari stimulus terfokus pada kejadian di lingkungan seperti misalnya bencana alam, kondisi berbahaya, penyakit, atau berhenti dari kerja. Sementara itu, definisi stres dari respons mengacu pada keadaan stres, reaksi seseorang terhadap stres, atau berada dalam keadaan di bawah stres. Definisi stres dengan hanya melihat dari stimulus yang dialami seseorang memiliki keterbatasan karena tidak memperhatikan adanya perbedaan individual yang memengaruhi asumsi mengenai stresor, sedangkan jika stres didefinisikan dari respons, maka tidak ada cara yang sistematis untuk mengenali mana yang akan jadi stresor dan mana yang tidak. Untuk mengenalinya, perlu dilihat terlebih dahulu reaksi yang terjadi. Selain itu, banyak respons dapat mengidentifikasi stres psikologis yang padahal sebenarnya bukan merupakan stres psikologis. Oleh karena itu, stres merupakan hubungan antara individu dengan lingkungan yang oleh individu

dinilai membebani atau melebihi kekuatannya dan mengancam kesehatannya.

Manajemen stres kemungkinan melihat promosi kesehatan sebagai aktivitas atau intervensi atau mengubah pertukaran respons terhadap penyakit. Fokusnya bergantung pada tujuan dari intervensi keperawatan berdasarkan keperluan klien. Perawat bertanggung jawab pada implementasi pemikiran yang dikeluarkan pada beberapa daerah perawatan.

#### 4. Strategi Menangani Stres

Untuk mencegah mengalami stres, setidaknya ada tiga cara, yaitu pencegahan primer (*primary prevention*), pencegahan sekunder (*secondary prevention*), dan pencegahan tersier (*tertiary prevention*).

1) Pencegahan primer (*primary prevention*). Dengan cara mengubah cara melakukan sesuatu. Untuk keperluan ini, memerlukan kemampuan yang relevan, misalnya, kemampuan mengatur waktu, kemampuan menyalurkan, kemampuan mendelegasikan, kemampuan mengorganisasikan, menata, dan seterusnya.

2) Pencegahan sekunder (*secondary prevention*). Strateginya dengan menyiapkan diri menghadapi stresor, dengan cara latihan, diet, rekreasi, istirahat, meditasi, dan seterusnya.

3) Pencegahan tersier (*tertiary prevention*). Strateginya kita menangani dampak stres yang terlanjur ada. Kalau diperlukan, meminta bantuan jaringan dukungan (*jaringan sosial/ social network*) ataupun bantuan profesional.

#### 5. Cara Penyesuaian Diri Untuk Mengatasi Stres

Bila seseorang mengalami stres, maka segera ada usaha untuk mengatasinya. Hal ini dikenal sebagai homeostasis yaitu usaha

organisme yang terus-menerus melakukan pertahanan agar keadaan keseimbangan selalu tercapai. Stres dapat terjadi pada bidang badani (stres fisik atau somatik), misalnya, bila terjadi infeksi atau penyakit, menggerakkan mekanisme penyesuaian somatik, terjadi reaksi berikut.

- 1) Pembentukan zat antikuman, zat antiracun.
- 2) Mobilisasi leukosit ke tempat-tempat invasi kuman
- 3) Lebih banyak melepaskan kortisol, adrenalin, dan lainnya sebagai upaya tubuh untuk mencapai keseimbangan kembali.

Adapun manajemen stres menurut Pieter (2017) & Stuart.GW (2013) yang dapat dilakukan untuk klien adalah sebagai berikut.

a. Olahraga Teratur (*regular exercise*)

Di masa sekarang ini, kebutuhan melakukan olahraga semakin diperlukan disebabkan kegandrungan memforsir pekerjaan. Oleh karenanya, program jalan kaki harian selama satu jam dapat menurunkan kadar kolesterol dan menambah keidealan tubuh. Sebagaimana olahraga jalan kaki juga dapat diandalkan untuk memperbaiki kualitas hidup seseorang, dan menimbulkan kegembiraan, serta vitalitas kepada setiap anggota tubuh. Bahkan manfaat jalan kaki dapat melebihi sebagian obat-obatan sebagaimana yang dinyatakan oleh para ilmuwan medis. Olahraga yang teratur, khususnya olahraga jalan kaki, memiliki manfaat-manfaat yang baik bagi kesehatan jiwa manusia, seperti mengurangi stres, menambah vitalitas, menambah kreativitas, menambah kepercayaan diri, memperbaiki kondisi temperamental, memperbaiki citra diri, mengusir perasaan jenuh, menjauhkan perhatian dari masalah-masalah tertentu, dan memperdalam perasaan mampu untuk sukses.

Melakukan olahraga dan relaksasi secara teratur dapat membantu mengurangi stres, karena kedua cara ini memiliki peran yang besar dalam mengatur sistem kerja otak dan seluruh anggota tubuh. Olahraga-olahraga yang dapat dilakukan di antaranya jalan kaki sejauh mungkin, berenang, atau beberapa latihan sederhana.

Olahraga juga dapat membantu produksi sebuah unsur kimiawi (beta-endorphin) di otak yang dapat meningkatkan semangat, setelah melakukan latihan olahraga selama tiga puluh menit. Semakin bertambah waktu olahraga, maka semakin bertambah pula pengaruh unsur ini dalam meningkatkan semangat. Olahraga jalan kaki bagi orang yang sehat merupakan terapi efektif yang dapat membantunya untuk membebaskan diri dari kecemasan dan stres, serta menambah pengaruh obat-obatan dan efektivitasnya bagi klien yang mengidap penyakit kejiwaan. Olahraga tersebut juga dapat membantu seseorang dalam meluangkan energinya daripada mengarahkannya kepada pertengkaran dan ketegangan sehingga pikirannya jernih dan jiwanya tenang

Jalan kaki cepat mencegah penyakit lupa dan kekacauan ingatan di masa tua, atau minimal dapat memperlambat terjadinya dan meminimalkan pengaruhnya. Oleh karena jalan kaki dapat memperlancar aliran darah di otak dan tubuh secara umum, sehingga darah dapat sampai ke otak dalam jumlah yang cukup sambil membawa oksigen, glukosa, dan unsur-unsur gizi ke organ saraf jalan kaki adalah olahraga yang harus dijalankan seseorang dalam berbagai fase usianya supaya ia dapat menghadapi tekanan kejiwaan dan dampak-dampak kehidupan modern, serta melawan penyakit-penyakit fisik dan psikologis.

Bahkan jalan kaki terkadang berhasil menyembuhkan sebagian penyakit yang tidak berhasil disembuhkan dengan obat-obatan.

b. Diet Dan Nutrisi

Stres adalah tekanan yang membebani tubuh karena perubahan suasana dalam kehidupan sehari-hari. Stres dapat menghalangi ekspresi fisik dan tenaga jiwa kita secara keseluruhan. Ini mengakibatkan kelelahan yang dihasilkan melalui berlebihan kerja. jiwa (kegelisahan), istirahat yang tidak cukup, keresahan, susah tidur, lekas marah, dan perasaan depresi. Semua ini mempunyai efek yang merugikan tubuh yang sehat, apa lagi pada tubuh yang melemah karena infeksi kronis.

Hubungan antara stres, perasaan depresi, dan timbulnya penyakit melalui perubahan dalam sistem kekebalan. Pembuatan limfosit sel-T pembunuh alami menurun dan jumlah zat racun yang berlebihan berkumpul dalam tubuh bila seseorang berada dalam stres kronis. Setiap kali mengalami keadaan baru, tubuh membuat lebih banyak adrenalin yang memberikan tenaga tambahan untuk mengatasi tantangan yang dihadapi. Tenaga ini memakai gizi yang disimpan dalam tubuh. Terlalu banyak stres akan menghabiskan persediaan gizi dan meninggalkan sedikit sisa untuk keperluan tenaga sehari-hari. Ini mengarah kepada kelelahan, kelemahan, susah tidur, sehingga stres akan bertambah.

Makanan dikenal memengaruhi fungsi otak. Beberapa unsur makanan memengaruhi kimia otak yang disebut pemancar saraf (neurotransmitter), yang penting untuk kesiapan jiwa dan fisik, menyebabkan tidur tenang, dan mengurangi perasaan depresi. Sehubungan dengan makan untuk mengurangi stres, langkah yang penting adalah menghindari makanan yang

memperburuk stres dan memakan apapun yang akan mengubah suasana hati, meningkatkan perasaan santai, dan menambah persediaan gizi dalam tubuh yang diperlukan untuk mengatasi stres. Makanan atau minuman dan kebiasaan lain yang dapat mengubah perasaan antara lain sebagai berikut.

- 1) **Alkohol.** Alkohol dapat mengurangi kegelisahan. Alkohol bekerja sebagai obat penenang atau depresan. Namun, efek kronis alkohol dapat menyebabkan depresi. Alkohol diserap langsung oleh perut dan mencapai sel otak: selaput lendir sel meluas dan berubah sehingga komunikasi dalam sel otak menjadi: buruk. Ketergantungan terhadap alkohol dalam jangka panjang dapat mengubah fungsi jiwa, dan gejala lepas zat (sakaw) dapat menyebabkan halusinasi. Alkohol memperlambat produksi enzim yang diperlukan untuk mencerna makanan, terutama lemak. Alkohol menghabiskan persediaan vitamin C, asam folat, vitamin B-lain, zat seng, dan vitamin A dalam tubuh. Alkohol memperberat kerja hati untuk bisa berfungsi sebagaimana mestinya. Satu gelas minuman beralkohol sekali-kali untuk meringankan perasaan dan meningkatkan selera makan mungkin tidak terlalu berbahaya. Namun, kebiasaan minum tentu membahayakan kemampuan tubuh untuk menanggulangi stres.
- 2) **Kafein.** Kafein ditemukan dalam kopi, teh, minuman kola, coklat, dan beberapa obat. Berlebihan kafein berdampak sama seperti berlebihan stres; bahkan dapat membuat stres semakin buruk. Kafein adalah perangsang dan dapat meningkatkan pengeluaran asam lambung dan hormon tiroid yang dapat menimbulkan kegelisahan serta dapat menyebabkan ginjal bekerja lebih keras karena bertindak sebagai diuretik

(menyebabkan sering buang air kecil). Kafein menghalangi penyerapan zat besi jika dikonsumsi dengan makanan atau dalam satu jam setelah makan. Ini penting diingat oleh orang yang memakai AZT, yang sering mengalami kekurangan zat besi (anemia) sebagai efek samping. Sering orang minum kafein untuk "menambah tenaga secara cepat. Ini adalah pandangan yang keliru; sebenarnya kafein meletihkan kelenjar adrenalin dan akhirnya akan melelahkan. Sakaw kafein dapat menyebabkan sakit kepala, jadi kurangi secara berangsur-angsur. Jika kita hanya ingin merasakan kopi, pilih yang dikeringkan dengan uap tanpa kafein (steam-dried decaffeinated).

- 3) **Minuman ringan.** Minuman ringan mengandung fosfor agar tidak hambar. Ini mengganggu keseimbangan kalsium fosfor dalam tubuh dan mengeluarkan kalsium dari tulang, meningkatkan risiko osteoporosis, terutama pada perempuan. Fosfor juga menetralisasi asam hidroklorik dalam lambung; asam ini diperlukan untuk mencerna makanan dengan baik. Jika kita mempunyai kecenderungan sering buang air besar dan diare, berarti asam hidroklorik telah berkurang dan minuman ringan yang mengandung fosfor dapat memperparah keadaan. Air mineral tidak mengandung fosfor.
- 4) **Aditif dan bahan pengawet.** Daging babi yang diasinkan, daging olahan, sosis, daging kornet, dan ikan yang diasap menggunakan nitrat/nitrit agar tidak busuk dan untuk memberi warna segar. Nitrat/nitrit yang dipadukan dengan zat kimia lain dalam tubuh akan membentuk nitrosamin yang dianggap dapat menyebabkan kanker. Dosis tinggi vitamin C

mencegah pembentukan nitrosamin. MSG ditambahkan sebagai cita rasa dan untuk memperkuat warna dalam sayuran yang dikalengkan, makanan yang dibakar dan daging olahan, serta lazim dipakai dalam masakan Asia. Pada beberapa kasus, MSG dikaitkan dengan sakit kepala, reaksi alergi kulit, dan perasaan terbakar pada belakang leher. Aturan yang baik adalah menghindari makanan yang dibubuhi zat kimia.

**5) Karbohidrat.** Serotonin, suatu pemancar saraf yang penting dalam otak, jika dikurangi dapat menyebabkan susah tidur, kelesuan, kehilangan tenaga, ketidakmampuan untuk konsentrasi, dan depresi. Triptofan, suatu asam amino esensial, diubah menjadi serotonin dalam sel otak. Asam amino lain dalam protein makanan bersaing untuk masuk ke otak melalui pembuluh darah otak, dan tidak membiarkan triptofan lewat. Karbohidrat dalam diet merangsang pembuatan insulin (suatu hormon). yang menarik asam amino lain sehingga triptofan mendapat kesempatan untuk masuk ke otak untuk kemudian diubah menjadi serotonin. Vitamin B6 diperlukan untuk membuat serotonin. Oleh karena itu, karbohidrat menyebabkan rasa santai (karena serotonin) dan proteina menyebabkan ketajaman penglihatan. Sejumlah kecil protein diperlukan untuk menjaga keseimbangan. Sebagian besar sereal yang biasa digunakan pada waktu sarapan dan sumber karbohidrat kompleks (zat tepung) mempunyai cukup protein untuk mengurangi stres sepanjang hari. Agar tidur tenang di malam hari, makanan kecil yang mengandung zai tepung sebelum tidur, dan

sejumlah kecil protein, misalnya roti dan susu atau jus dapat membantu.

- 6) **Gula.** Gula dapat menyebabkan reaksi pada beberapa orang seperti lekas marah. Serotonin dapat membantu kita untuk santai dan tidur di malam hari, tetapi pada siang hari seseorang dapat merasa lelah atau lekas marah setelah memakan sejumlah besar karbohidrat sederhana yang meningkatkan kadar serotonin, seperti gula, donat, kue, dan pastel. Penambahan protein dapat menghalangi efek buruk ini.
- 7) **Makanan yang mengandung vitamin C.** Adrenalin dibuat pada waktu stres, sakit, atau kecelakaan yang menggunakan vitamin C. Stres kronis dapat menghabiskan persediaan vitamin C dalam tubuh dan mengakibatkan seseorang kurang mampu menanggulangi stres. Sebaiknya kita masukkan berbagai buah-buahan dan sayuran dalam diet kita. Sejumlah besar makanan yang dimakan sekaligus menimbulkan stres dalam tubuh waktu dicerna. Jadi, lebih baik makan dengan jumlah kecil untuk mengurangi stres ini. Makanlah sedikit tetapi sering agar mendapat kalori dan protein yang cukup. Makan vitamin dan mineral tambahan untuk menghindari kekurangan akan membantu tubuh mengatasi stres secara tepat. Jadi, lakukanlah diet dengan kandungan gizi seimbang.
- 8) **Menghindari minuman keras.** Minuman keras merupakan faktor pencetus yang dapat mengakibatkan terjadinya stres. Dengan menghindari minuman keras, individu dapat terhindar dari banyak penyakit yang disebabkan oleh pengaruh minuman keras yang mengandung alkohol.

**9) Mengatur berat badan.** Berat badan yang tidak seimbang (terlalu gemuk atau terlalu kurus) merupakan faktor yang menyebabkan timbulnya stres. Keadaan tubuh yang tidak seimbang akan menurunkan ketahanan dan kekebalan tubuh terhadap stres.

**10) Berhenti merokok.** Berhenti merokok adalah bagian dari cara menanggulangi stres karena dapat meningkatkan status kesehatan serta menjaga ketahanan dan kekebalan tubuh.

c. Sistem Pendukung

Peribahasa "*no man is an island*" terutama penting untuk penatalaksanaan stres. Sistem pendukung seperti keluarga, teman, dan rekan kerja yang akan mendengarkan dan memberikan nasehat dan dukungan emosional akan sangat bermanfaat bagi seseorang yang mengalami stres.

Sistem pendukung dapat mengurangi reaksi stres dan meningkatkan kesejahteraan fisik dan mental. Riset keperawatan telah mendokumentasikan adanya korelasi dukungan sosial positif dengan pengurangan gejala penyakit kronis. *Ulbrich dan Bradsher* (1993) dalam buku Jones (2012), menunjukkan bahwa dukungan dapat meringankan efek stresor atau stres emosional baik pada lansia wanita kulit putih maupun Afrika-Amerika terutama jika pemberi dukungan dipandang sebagai orang yang sangat dipercaya.

Perawat dapat menggunakan berbagai metode untuk membantu klien membangun sistem pendukung seperti memberikan dorongan kepada keluarga agar melakukan kunjungan, memungkinkan tersedianya sistem pendukung, melibatkan diri dalam aktivitas kelompok tempat ibadah, dan memberi dorongan untuk melakukan aktivitas rekreasi. Perawat dapat menggunakan komunikasi terapeutik untuk mengajarkan klien tentang keterampilan sosialisasi

jika klien tidak mengetahui bagaimana cara berinteraksi dengan tepat. Metode ini membantu klien membangun sistem pendukung yang kuat. Jika stres merupakan akibat dari isolasi sosial, maka strategi keperawatan ditujukan untuk membantu klien mengembangkan jaringan sosial baru.

d. Pengaturan Waktu (*time management*)

Pengaturan waktu merupakan cara yang tepat dalam mengurangi dan menanggulangi stres. Dengan mengatur waktu sebaik-baiknya, pekerjaan yang dapat menimbulkan kelelahan fisik dapat dihindari.

Hal ini dapat dilakukan dengan cara menggunakan waktu secara efektif dan efisien, misalnya tidak membiarkan waktu berlalu tanpa menghasilkan hal yang bermanfaat. Tiap orang memerlukan jeda untuk 'bernapas, rehat, dan penyegaran. Oleh karena itu, usahakan untuk mengatur ulang jadwal. Terkadang menolak beberapa tawaran menarik bisa membuat tetap dalam jalur bebas. stres. Apa gunanya punya banyak uang jika pada akhirnya semua itu hanya habis untuk obat antistres. Kita mudah terobsesi atas masalah yang dapat membuat cemas dan juga terbiasa mengabaikannya. Kedua respons ini akan berakhir dengan meningkatnya perasaan cemas.

Cara ampuh untuk mengatasinya adalah saat kewalahan dengan suatu masalah, cobalah atur waktu untuk memikirkannya, mencatatnya dalam buku harian, atau membahasnya. Setiap kali pikiran dan perasaan pada seputar permasalahan ini muncul bertubi-tubi, ingatkan diri bahwa sekarang bukan saatnya menangani masalah tersebut, tentukan jadwalnya. Orang pada saat ini mudah terkena stres. Hal ini karena semakin tingginya tuntutan, baik tuntutan dari tempat kerja maupun tuntutan dari lingkungan

sekitar. Tempat kerja dan perkuliahan menuntut agar produktivitas kerja meningkat agar target yang diinginkan tercapai. Kebutuhan keluarga makin meningkat, sedangkan "kemampuan masih tetap. Kalau segala macam tuntutan itu tidak mampu dikelola dengan baik, stres mudah timbul.

#### e. Humor

Kemampuan untuk menyerap hal-hal lucu dan tertawa dapat melenyapkan stres. Hipotesis fisiologis menyatakan bahwa tertawa melepaskan endorfin ke dalam sirkulasi dan perasaan stres dilenyapkan. Simon menunjukkan bahwa humor dapat memengaruhi persepsi individu lansia tentang kesehatan dan moral, selanjutnya kemampuan untuk mengamati situasi humor berkaitan dengan proses penuaan yang lancar. Melalui peran membantu, perawat dapat melakukan aktivitas terapeutik seperti mendorong klien untuk menunjukkan anekdot humor kuno atau mengembangkan kumpulan humor. Perawat pertama akan secara kritis memeriksa penerimaan klien terhadap humor, untuk memastikan bahwa humor yang dipilih tidak menyinggung perasaan. Konon, rasa gembira termasuk tawa adalah obat yang mujarab untuk mengatasi masalah stres. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa tertawa juga bisa membantu hal berikut.

- 1) Meningkatkan imunitas tubuh. Antibodi sel-T, yang melawan infeksi tampak meningkat ketika seseorang tertawa. Ini menunjukkan adanya respons fisik terhadap humor.
- 2) Meningkatkan suasana hati. Emosi ceria dan stres tak bisa menyibukkan otak seseorang dalam waktu yang sama. Tawa bisa membantu mengeliminasi perasaan yang tak menyenangkan.

- 3) Menghilangkan rasa sakit.
- 4) Mengurangi stres. Hasil penelitian menunjukkan bahwa level hormon penyebab stres (kortisol) turun secara signifikan sebagai respons dari tawa.
- 5) Mengubah tampilan. Humor mengeluarkan pikiran negatif yang diasosiasikan dengan masalah kesehatan dan emosional.

f. Istirahat Dan Tidur

Istirahat dan tidur merupakan obat yang baik dalam mengatasi stres karena istirahat dan tidur yang cukup akan memulihkan kelelahan fisik dan kebugaran tubuh. Pada zaman sekarang ini, orang menggila untuk kerja lantas melupakan hal-hal yang menyenangkan dirinya. Saat ini memang iklim kerja menjadi kian kompetitif. Akibatnya sulit untuk sekadar liburan atau tidur nyenyak.

Cara kerja yang seperti itu jika terjadi dalam waktu lama, akan menjadi boomerang. Lakukan hal-hal yang menggembirakan seperti liburan sebagai kompensasi tekanan yang tidak menyenangkan saat di kantor. Pola istirahat dan tidur yang tetap dan kebiasaan juga penting untuk menangani stres. Seseorang yang mengalami stres harus didorong meluangkan waktunya untuk istirahat dan tidur. Tidur tidak hanya menyegarkan tubuh tetapi juga membantu seseorang menjadi rileks secara mental. Klien mungkin membutuhkan bantuan spesifik dalam mempelajari teknik rileks sehingga dapat tertidur.

g. Teknik Relaksasi

Relaksasi progresif dengan dan tanpa ketegangan otot dan teknik manipulasi pikiran mengurangi komponen fisiologis dan emosional stres. Teknik relaksasi adalah perilaku yang dipelajari

dan membutuhkan waktu pelatihan dan praktik. Setelah menjadi terampil dalam teknik ini, ketegangan dikurangi dan parameter fisiologis berubah. Hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi stres.

## **6. Peran Perawat dalam Mengatasi Stres**

Seorang perawat tidak hanya membutuhkan intelektualitas semata, tetapi harus didukung oleh kecerdasan emosional (*emotional intelligence*), komitmen pribadi, dan integritas yang sangat dibutuhkan untuk mengatasi berbagai tantangan. Seorang perawat yang mempunyai kecerdasan emosional yang baik akan dapat dimulai dari pengenalan diri (*self-awareness*) yaitu mampu mengenali emosi dan penyebab dari pemicu emosi tersebut dan mampu mengevaluasi dirinya sendiri dan mendapatkan informasi untuk melakukan suatu tindakan.

## REFERENSI

Andarmoyo, S. (2012). Psikoseksual dalam pendekatan konsep dan proses keperawatan. Arr.-Ruzz Media, Yokakarta

Irawandi, S. D. (2020). KEPERAWATAN DASAR. Indomedika Pustaka, Sidoarjo

Pieter, H. Z. (2017). *Pengantar psikologi dalam keperawatan*. Kencana. Rawamangun, Jakarta

Caroline Bunker. (2014). Buku Ajar Keperawatan Dasar, EGC Edisi 10 vol 1, Jakarta

Jones, J.S., Fitzpatrick, J.J., dan Rogers, V.L. (2012). *Psychiatric mental health nursing an interpersonal approach*. New York: Springer Publishing Company

Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 10th Ed. Canada: Evolve.

Videback, S.L. (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 4th Ed. China: Wolters Kluwer.

<https://hellosehat.com/pria/penis/alat-reproduksi-pria/> diakses tanggal 01 Februari 2022.

<https://www.zenius.net/blog/sistem-reproduksi-wanita-dan-gangguannya> diakses tanggal 01 februari 2022.

## PROFIL PENULIS

**Hasian Leniwita,S,Kep., Ns ,M.Kep.**

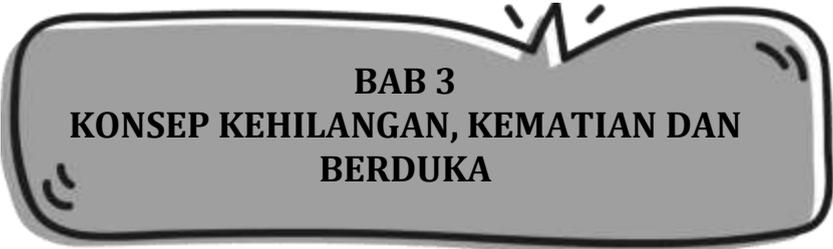
Penulis lahir: Minas,20 Desember 1977

Penulis memulai pendidikan sekolah perawat kesehatan di tahun 1993, sambil bekerja pada layanan kesehatan di rumah sakit, penulis melanjutkan studi ke jenjang S1 Keperawatan di tahun 2011. Pada tahun 2013, di mutas sebagai pendidik di Prodi Keperawatan UKI dan 2014 melanjutkan studi Magister Keperawatan di Sint.Carolus Jakarta, selesai pada tahun 2016.



Akhir kata, penulis menyadari banyak kekurangan "Tak ada gading yang tak retak" oleh karena itu, penulis menerima kritik dan saran dan akan terus membangun diri lebih baik lagi dalam menyempurnakan buku ini dan buku-buku selanjutnya yang akan ditulis kembali, sehingga bermanfaat bagi peserta didik ataupun praktisi kesehatan. Tuhan memberkati. Amin.

Email penulis: [hasianleni@gmail.com](mailto:hasianleni@gmail.com)



## **BAB 3 KONSEP KEHILANGAN, KEMATIAN DAN BERDUKA**

**(Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M,Kep.)**

Prodi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi UKI, Jln Mayjen Sutoyo No.

2, Jakarta Timur, 021-8009190

Email: yanti.anggraini@uki.ac.id

### **A. KONSEP KEHILANGAN**

#### **1. Pengertian**

Kehilangan merupakan suatu proses pelepasan sesuatu benda atau manusia yang sangat penting didalam hidup. Kehilangan terjadi jika sesuatu tidak dapat di pegang lagi atau bila seseorang tidak dapat dijumpai lagi. Jenis kehilangan mengakibatkan jenis emosi. Kehilangan atau seseorang meninggal dunia bisa mengakibatkan emosi yang mendalam daripada kehilangan benda atau binatang piaraan (Mubarak, Indrawati dan Susanto, 2015).

#### **2. Sumber Kehilangan**

Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015), membagi sumber kehilangan terdiri dari 4 bagian yaitu:

- 1). Aspek diri yaitu kehilangan salah satu bagian tubuh, anatomi organ tubuh tidak berguna lagi atau pertumbuhan tubuh yang tidak maksimal.
- 2). Objek eksternal yaitu kehilangan makhluk hidup (contoh

hewan peliharaan) atau benda kesayangan yang hilang (misalnya handphone yang hilang)

3). Lingkungan yang dikenal yaitu kehilangan daerah yang sangat diketahui oleh pasien contohnya kawasan rumah yang ditempati oleh pasien.

4). Orang yang dicintai yaitu kehilangan manusia yang disayangi dan bersifat selamanya atau temporer. Contoh kehilangan selamanya adalah anggota keluarga yang meninggal dunia. Contoh kehilangan temporer adalah pasien tidak bisa melakukan tugas dan pekerjaannya karena tidak sehat.

### 3. Jenis Kehilangan

Menurut Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015) serta Koziar, Erb, Berman & Snyder (2011), ada lima kategori kehilangan antara lain sebagai berikut:

#### 1) Kehilangan objek Eksternal

Menurut Koziar, Erb, Berman & Snyder (2011), benda eksternal yang hilang terdiri dari :

- a. Benda mati yang bermakna penting untuk individu seperti uang yang hilang dan rumah yang terbakar.
- b. Benda yang hidup contoh hewan kesayangan yang hilang atau mati.

Kehilangan benda eksternal terdiri dari kepunyaan sesuatu yang sudah menjadi rusak, berpindah-pindah, dirampas atau dimusnahkan karena musibah alam misalnya asesoris atau duit yang hilang. Besarnya berduka yang dirasakan oleh pasien terhadap objek yang hilang tergantung pada harga yang dinilai oleh pasien tersebut terhadap objek yang dimilikinya dan fungsi dari objek itu (Mubarak, Indrawati dan Susanto, 2015).

## 2) Kehilangan Lingkungan yang telah dikenal

Berdasarkan Koziar, Erb, Berman & Snyder (2011), individu yang berpisah dari lingkungan atau dari orang yang telah memberikan kenyamanan bisa mengakibatkan perasaan kehilangan. Contoh mahasiswa yang pindah dari rumah untuk kuliah ke daerah lain, akan merasakan kehilangan.

Kehilangan Lingkungan yang telah dikenal adalah seseorang yang berpisah dari keadaan yang sudah dialami bersama kedua orang tua atau sanak saudaranya dari dulu sejak kecil, misalnya seorang lansia yang baru saja berpisah dengan keluarganya dan masuk ke panti jompo, rusaknya rumah karena musibah alam dan seseorang yang baru saja mengalami cacat fisik karena trauma atau sakit (Mubarak, Indrawati dan Susanto, 2015).

## 3) Kehilangan orang terdekat/ orang yang dicintai

Kehilangan orang terdekat atau orang yang disayangi yaitu salah satu faktor yang menyebabkan frustrasi dan tekanan yang dalam, misalnya suami- istri atau anak yang meninggal dunia menyebabkan kesedihan yang sangat mendalam dan terlihat oleh teman dan masyarakat (Mubarak, Indrawati dan Susanto, 2015). Kehilangan orang yang dicintai karena sakit, cerai dan kematian dapat sangat mengganggu dan menjadi kehilangan permanen dan lengkap (Koziar, Erb, Berman & Snyder, 2011).

## 4) Kehilangan aspek diri (*loss of self*)

Kehilangan aspek diri merupakan hilangnya daya, energi, peran serta dalam kehidupan pasien yang bersifat sebentar atau selamanya, sebagian atau lengkap. Hilangnya aspek diri contohnya hilangnya fungsi dengar, hilangnya memori, hilangnya masa muda dan fisiologis tubuh. Hilangnya anggota

tubuh terdiri dari salah satu bagian tubuh, fungsi tubuh yang tidak berguna lagi dan kegunaan psikologis. Kehilangan anggota tubuh dapat terdiri dari kehilangan tangan, kaki, penglihatan, pengecapan dan mamae. Kehilangan kegunaan fisiologis badan terdiri dari hilangnya fungsi sistem perkemihan, intestinal, pergerakan, kemampuan atau kegunaan dari indera sensorik. Kehilangan kegunaan psikologis terdiri dari hilangnya memori, rasa candaan, kepercayaan diri, martabat diri, kemampuan diri dan mencintai diri sendiri sehingga mampu membuat diri pasien tidak bahagia. Pasien menderita kedukakaan karena kehilangan dan transformasi yang tetap di dalam penampilan badan dan gambaran diri (Mubarak, Indrawati dan Susanto, 2015). Kehilangan aspek diri bisa mengubah citra tubuh orang walaupun kehilangan itu tidak terlihat secara nyata. Wajah yang mengalami luka bakar dan meninggalkan bekas dapat dilihat nyata. Hilang anggota tubuh atau terjadi kelumpuhan bisa mengakibatkan perasaan yang sangat emosi dan menimbulkan kerapuhan (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2011).

#### 5) Kehilangan hidup

Pasien menderita kematian secara emosi di hati, konsentrasi di otak dan reaksi pada sesuatu aktivitas dan lingkungan sekitarnya sampai tiba datang ajal sebenarnya. Sebagian pasien mengalami reaksi yang berlainan tentang kematian. Doka (1993) dalam Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015) menjelaskan reaksi pasien pada masalah yang menggoroti kehidupan pasien, ada empat tahapan yang terdiri dari:

a) Tahapan prediagnostik terjadi saat pasien mengalami

tanda atau penyebab penyakit.

- b) Tahapan akut berfokus saat pasien harus mengambil ketetapan tentang pengobatan dokter dan psikologis dalam tahap permulaan penyakit.
- c) Tahapan Kronis dimana pasien berperang melawan penyakit kronis dengan berbagai serangkaian perawatan dari dokter dan perawat.
- d) Tahapan akhir atau tahapan penyembuhan. Tahapan akhir adalah saat pasien menyadari akan mengalami kematian. Tahapana penyembuhan yaitu ketika pasien mulai berangsur sembuh dari penyakitnya.

## 7. Sifat Kehilangan

Menurut Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015), ada dua sifat kehilangan antara lain sebagai berikut:

### 1) Tiba-tiba (Tidak dapat diramalkan)

Kehilangan yang datang secara mendadak menuju ke arah perbaikan sembuh atau kesedihan yang dalam. Pasien yang meninggal dunia karena bunuh diri sendiri atau dibunuh oleh orang lain akan tidak terima akan kejadian tersebut.

### 2) Berangsur-angsur (Dapat diramalkan)

Penyakit kronis yang sangat lama disembuhkan mengakibatkan kelelahan dan bisa menimbulkan emosi. Pasien yang sakit dalam setengah tahun akan menyebabkan tidak bisa mandiri, bergantung ke orang lain, menyendiri dan sering marah-marah. Kekuatan pasien mengatasi proses berduka tergantung pada arti kehilangan tersebut. Kekuatan untuk menerima bantuan mengakibatkan apakah pasien bisa menyelesaikan kehilangan tersebut. Visibilitas kehilangan memengaruhi dukungan yang diterima. Durasi perubahan

(misal apakah hal tersebut bersifat sementara atau permanen) memengaruhi jumlah waktu yang dibutuhkan dalam menetapkan kembali ekuilibrium fisik, psikologis dan sosial.”

#### 8. Tipe Kehilangan

Ada tiga tipe kehilangan menurut Koziar, Erb, Berman & Snyder (2011) serta Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015) yang terdiri dari *actual loss*, *perceived loss* (psikologis) dan *anticipatory loss*.

- 1) *Actual loss* (Kehilangan fisik atau aktual) yaitu kehilangan yang terjadi dilihat dan dirasakan oleh individu lain.
- 2) *Perceived loss* (Kehilangan persepsi atau kehilangan Psikologis) yaitu kehilangan yang tidak jelas, tidak bisa dirasakan oleh individu lain serta bisa dirasakan oleh pihak yang berduka. Besarnya beban yang dirasakan bertumpu pada beratnya kehilangan atau berartinya objek yang hilang. Perasaan yang dirasakan individual dan menyangkut hal-hal yang tidak dapat diraba atau dinyatakan secara jelas. Contoh: seorang ibu yang memilih untuk menjaga anak daripada bekerja sehingga ibu tersebut merasakan kehilangan persepsi mandiri dan bebas.
- 3) *Anticipatory loss* (Kehilangan Antipasi) yaitu jenis kehilangan yang bisa diatasi. Hampir semua masyarakat yang merasakan kehilangan, sebelum kejadian kehilangan belum terjadi contoh keluarga pasien sudah merasakan kehilangan saat pasien terkena sakit kronis yang tidak bisa disembuhkan. Perasaan kehilangan terjadi sebelum pasien meninggal dunia. Pasien menunjukkan sikap kehilangan dan berduka untuk suatu kehilangan yang sedang terjadi.

#### 9. Rentang Respons Kehilangan

Ada lima klasifikasi rentang respons kehilangan menurut Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015) dan Atoilah dan Kusnadi

(2013) yang terdiri dari tahapan pengingkaran (*denial*), Tahapan marah (*anger*), Tahapan tawar menawar (*bargaining*), tahapan depresi (*depression*) dan tahapan penerimaan (*acceptance*).

1) Tahapan Pengingkaran atau penolakan (*denial*)

Pasien akan menunjukkan sikap terguncang, syok, tidak yakin bila hal ini terjadi bahkan memungkirki kondisi sebenarnya dan mengatakan : Saya tidak percaya itu terjadi. Untuk keluarga atau pasien yang mengalami penyakit kritis, akan berusaha mengejar berita tentang penyakit kritis tersebut. Pasien mengalami lemah, pucat, mencret, takikardi, meratap, tidak tenang dan bingung harus berbuat apa. Reaksi ini dapat berakhir dalam beberapa menit atau beberapa tahun. Mujahidah, Hamid dan Susanti (2015) menambahkan bahwa pada bagian ini, muncul sikap pengingkaran terhadap kematian, sedih, tidak menentu perasaanya dan tidak yakin akan kejadian yang dialami.

Pasien akan bereaksi “ Bukan, bukan saya!”. Pasien mungkin berkomunikasi tentang rencananya pada waktu yang akan datang, pengujian dan diagnosa medis yang salah atau menolak terhadap tanda-tanda penyakitnya tersebut. Pemberian perawatan yaitu perawat berusaha tidak melakukan perbantahaan ke pasien dan selidiki keluarga dan pasien mengatakan apa saja. Perawat melakukan komunikasi terbuka dan tidak menghindari pasien. Bila pasien mulai berkomunikasi sesuai kenyataan, berilah kesempatan pasien untuk didengarkan curahan hatinya (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

2) Tahapan marah (*anger*)

Pasien akan menunjukkan sikap geram dan gusar serta marah

kepada diri sendiri atau individu lain contoh dokter , perawat dan keluarga. Pasien sering berkata kasar, marah, agresif, tidak mau melakukan pengobatan dan menuduh tenaga medis tidak becus dalam mengobati pasien pada waktu-waktu tertentu. Tanda lain yaitu wajah marah, takikardi, sulit beristirahat, gelisah dan tangan mengepal. Mujahidah, Hamid dan Susanti (2015) menambahkan bahwa pada tahapan ini keluarga pasien akan iri terhadap orang lain yang tidak mengalami kehilangan dan ada perasaan kecewa.

Reaksi pasien adalah “ Mengapa saya?”. Pasien melakukan penolakan lagi dalam masa-masa tertentu. Pemberian perawatan adalah perawat tidak boleh mengkritik dan memarahi pasien balik karena pasien marah bukan kepada perawat atau dokter tetapi pasien geram kepada kematian. Perawat berusaha tetap melakukan hubungan dekat dengan pasien dan jangan menghindari pasien (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

### 3) Tahapan tawar menawar (*bargaining*)

Setelah pasien menunjukkan kemarahannya, pasien akan masuk ke tahapan tawar menawar kepada Tuhan Yang Maha Esa untuk memohon penyembuhan dari penyakit. Sebagai contoh pasien akan berdoa: “ bila saya sembuh dari penyakit ini, saya akan rajin beribadah. Tahapan ini juga bisa terjadi ke keluarga dan biasanya akan memohon penyembuhan kepada Tuhan dengan mengatakan: “ bila saya saja yang sakit dan bukan orang tua saya”. Mujahidah, Hamid dan Susanti (2015) menambahkan bahwa keluarga pasien akan berandai-andai bila kejadian ini tidak terjadi pada orang yang dicintainya dan ada perasaan penyesalan.

Pasien sadar akan meninggal dunia tetapi pasien berusaha melakukan tawar menawar dalam waktu yang lama. Pasien melakukan hal ini dengan sembunyi-sembunyi dan tidak diceritakan ke orang lain. Reaksinya ialah :” Ya, saya tetapi....”. Pemberian perawatan yaitu jika pasien melakukan penawaran ke perawat, perawat harus mendengarkannya dengan tidak menghakimi dan berikan ucapan yang membuat hati pasien tentram dan damai (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

4) Tahapan depresi (*Depression*)

Pasien akan menunjukkan tingkah laku menyendiri, tidak mau berkomunikasi dengan siapapun, pesimis akan sembuh, merasa tidak berguna untuk melanjutkan hidupnya dan ada perasaan ingin mengakhiri hidupnya. Pasien juga tidak mau makan, sulit istirahat, lelah dan keinginan libido menurun. Mujahidah, Hamid dan Susanti (2015) menambahkan bahwa pada tahapan ini, pasien mengalami trauma, susah melupakan dan merasakan kesendirian.

Reaksinya adalah “Ya, saya...”. Pasien menarik diri dan menangis karena akan kehilangan orang yang disayanginya dan dirinya sendiri. Pemberian perawatan adalah Bila perawat memberikan ucapan yang menghibur tentang sesuatu yang baik, tidak akan membantu pasien. Tetapi biarkan pasien kecewa dan berusaha di dekat pasien jika pasien ingin menangis atau berkomunikasi dengan perawat (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

5) Tahapan penerimaan (*Acceptance*)

Pasien mulai menerima penyakit kronis yang dialaminya dan

mengalihkan pikirannya dengan usaha supaya lekas sembuh. Bila kehilangan suatu benda kesayangan, mulai berpikir kearah benda yang baru. Mujahidah, Hamid dan Susanti (2015) menambahkan bahwa pada bagian ini, keluarga pasien mulai bersabar atas kejadian yang dialami dan berserah kepada Tuhan.

Reaksi pasien biasanya akan mengatakan: “Ya saya, tidak apa-apa”. Tidak dapat digambarkan apakah bahagia atau sedih. Pasien mau kehadiran dekat dari seseorang yang disayangi untuk tinggal bersama pasien sampai mau menjemput. Pemberian perawatan adalah perawat dapat melakukan sesuatu yang membuat hati pasien damai saat waktu-waktu terakhir pasien. Perawat juga dapat mengkomunikasikan ke keluarga untuk tetap dekat ke pasien sampai mau menjemput pasien (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

#### 10. Faktor-faktor Yang mempengaruhi Reaksi Kehilangan

Menurut Mubarak, Indrawati dan Susanto (2015), ada enam faktor-faktor yang memengaruhi kehilangan antara lain sebagai berikut:

- 1) Perkembangan: anak-anak belum memahami artinya kehilangan seseorang. Semenetera orang dewasa sudah bisa memahami makna kehilangan seseorang dan berpikir bahwa kematian merupakan hal yang tidak dapat disingkirkan.
- 2) Keluarga: keluarga mempengaruhi respond dan ungkapan kesedihan. Anak tertua selalau menampilkan kuat dan tidak bersedih di depan umum.
- 3) Faktor Sosial Ekonomi: bila yang mengalami kematian adalah individu yang mencari nafkah keluarga berarti kehilangan sumber penghasilan perekonomian di dalam keluarga.

4) Pengaruh Kultural: Orang barat mengekspresikan kesedihan tidak perlu di depan umum tetapi di depan keluarga inti. Tetapi budaya lain menunjukkan kesedihan dengan tangasin berteriak-teriak.

5) Agama: agama bermanfaat menghibur dan membuat perasaan aman dan nyaman di dalam hati serta menyadarkan bahwa kematian merupakan hal dasar di dalam agama. Tetapi ada orang yang menyatakan Tuhan merupakan penyebab akan kematian seseorang yang disayangi-nya.

6) Penyebab Kematian: Individu yang ditinggalkan anggota keluarga dengan tiba-tiba mengakibatkan syok dan proses kehilangan lebih lama-lama,. Tetapi ada orang yang menganggap kematian merupakan akibat kecelakaan yang dihubungkn dengan kesialan.

## **B. KONSEP KEMATIAN, DUKA CITA DAN BERKABUNG**

### **1. Pengertian**

Berdasarkan Atoilah dan Kusnadi ( 2013), tahapan menjelang kematian merupakan masa terakhir individu sesuai dengan konsepsi waktu dimana pasien bisa meninggal dirumahnya sendiri atau tempat lain. Berduka adalah Perasaan yang dirasakan oleh seseorang karena kehilangan sesuatu atau seseorang. Duka cita ialah perasaan yang dirasakan oleh seseorang yang diakibatkan oleh kematian seseorang yang dikasihinya. Berkabung yaitu proses tindakan yang ujungnya mengakhiri berduka. Berkabung dipengaruhi oleh budaya, keyakinan spiritual dan kebiasaan. Berduka menyebabkan seseorang untuk menangani kehilangan secara bertahap dan menerimanya sebagai tahapan dari kenyataan hidupnya (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2011).

Menurut Laluyan, Kanine & Wowiling (2014), Kehilangan dan berduka merupakan fase yang terjadi didalam kehidupan. Kehilangan merupakan suatu kondisi seseorang berpisah dengan orang lain yang sebelumnya hadir didalam kehidupan menjadi tidak ada. Berduka yaitu respon yang terjadi karena kehilangan dengan ciri khas adanya rasa ingin menangis, khawatir, nafas terasa cepat dan sulit tidur.

2. Pengertian Kematian Berdasarkan Perbedaan Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan

**Tabel Tingkat Pengetahuan Tentang Kematian Berdasarkan Fase Pertumbuhan**

<b>Fase Pertumbuhan</b>	<b>Pengertian Kematian</b>
Janin – Masa Bayi	Tidak mengerti pengertian kematian
Usia 2-3 tahun (anak kecil yang baru berjalan)	Tidak memahami arti kematian, tidak dapat memilah kematian dan istirahat. Mereka sedih bila ada hewan yang mati daripada manusia yang meninggal dunia. Tidak takut kematian tetapi mereka ada reaksi sedih saat berpisah dari orang tua bila ada kematian.
Usia 3-6 tahun	Mulai memahami konsep kematian. Mereka takut ditinggalkan oleh orang tuanya, takut sendirian di tempat tidak ada cahaya. Anak usia 5-6 tahun mengetahui bahwa suatu saat akan ada kematian.
Usia 6-12 tahun (Fase sekolah)	Anak usia sekolah sering bertanya tiba-tiba tentang kematian. Mereka takut terhadap pihak medis yang melakukan tindakan menyakitkan berkaitan dengan kematian. Mereka sudah berpikir kematian adalah fase dari siklus kehidupan dan tidak sebagai suatu hukuman.
Usia 12-18 tahun (Fase remaja)	Anak remaja merasa paling hebat karena mereka sering melakukan tindakan yang mengundang bahaya. Mereka takut terhadap

	kematian yang bersamaan takut menjadi dewasa
Usia 20-65 tahun (Fase dewasa)	Orang dewasa berpikir kematian merupakan sesuatu yang terjadi pada fase yang akan datang. Orang dewasa yang meninggal dunia pada fase ini, akan cemas dengan keluarga yang ditinggalkan, stress dan gusar karena belum dapat menikmati kuliah dan bekerja.
Usia 65 tahun ke atas (Fase Tua)	Lansia berpikir kematian merupakan bagian natural yang harus terjadi dalam kehidupannya. Lansia mendapati bahwa mereka sudah tiba dalam tahapan terakhir dalam siklus kehidupan. Mereka lebih sadar akan kematian, menyadari sudah hidup lama dan segera tiba menjemput kematian.

Sumber : Atoilah dan Kusnadi ( 2013)

### 3. Penyebab Kematian Beberapa Sel Tubuh

Kematian terjadi apabila bagian organ tubuh yang penting tidak berguna untuk memenuhi kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, eliminasi dan suhu tubuh. Sel-sel tubuh lambat laun tidak dapat berfungsi dan akhirnya meninggal dunia. Bila sel –sel mati dalam organ, organ tidak dapat berfungsi untuk mencukupi kebutuhan kontinuitas kehidupan dan lambat laun pasien itu akan meninggal dunia (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

Berdasarkan Atoilah dan Kusnadi (2013), ada 8 bagian penyebab kematian dan kerusakan sel-sel tubuh yaitu:

- 1) *Hypoxia* merupakan suatu keadaan kekurangan oksigen di sel-sel tubuh sehingga sel tidak dapat hidup lagi. Penyebabnya yaitu aliran darah tidak dapat masuk ke jantung, tidak dapat bernafas, karbondioksida dan sianida menyatu dengan oksigen sehingga sel tubuh terracun. *Hypoxia* adalah penyebab pertama sel rusak dan akhirnya menimbulkan kematian.

- 2) Luka Fisik dapat merusak komposisi sel misalnya suhu terlampau dingin atau panas, tersengat listrik dan tersentuh mesin.
- 3) Radiasi seperti sinar matahari, sinar gamma dan sinar X merupakan contoh dari radiasi yang bisa merusak dan mematikan sel-sel tubuh. Radiasi berguna untuk merusak pertumbuhan sel-sel ganas di tubuh manusia.
- 4) Luka Kimiawi adalah saat memakai bahan kimia dioles pada kulit, di hirup pada hidung dan dikonsumsi oleh mulut sehingga sel bisa rusak dan mati.
- 5) Kuman-kuman penyakit contoh virus, bakteri dan parasit dapat menghasilkan zat-zat yang mengakibatkan sel rusak (toksin).
- 6) Gangguan genetik yaitu sel yang berubah saat sel reproduksi tidak sesuai dengan kehidupan dan membahayakan sel.
- 7) Ketidakseimbangan nutrisi yaitu suatu keadaan ketidakcocokan nutrisi yang masuk ke dalam jaringan sel sehingga mengakibatkan sel tidak berguna dan kematian sel.
- 8) Reaksi terhadap kekebalan dan peradangan yaitu suatu kondisi dimana sistem imun tubuh membentuk *antibody* saat tubuh diserang oleh virus atau bakteri dan akhirnya mengakibatkan kematian sel.

#### 4. Tanda-tanda Fisiologis Saat Menjelang Kematian

Menurut Atoilah dan Kusnadi (2013) dan Caroline dan Mary (2014), ada 7 bagian perubahan tanda-tanda fisiologis dan kebutuhan individu yang menjelang kematian yaitu:

##### a. Pernafasan

*Cheyne Stokes Breathing* adalah suatu keadaan dimana pernafasan tidak stabil dimana bisa cepat atau lambat. Kedua ekstremitas atas dan bawah terasa dingin dikarenakan berkurangnya sirkulasi

peripheral dan makin lama-makin tidak berguna . Jantung dan Otak perlu waktu yang banyak untuk menyuplai peredaran darah daripada organ tubuh lainnya. Oksigen yang tidak cukup dalam darah untuk sampai ke otak bisa membuat pasien koma. Kedua ekstrimitas kelihatan burik dan tidak ada sensasi rasa karena sirkulasi peripheral tidak berfungsi. Karena sirkulasi peripheral tidak berfungsi, maka tekanan darah menurun. Nadi di radialis teraba lemah , cepat dan tidak teratur serta lama-kelamaan hilang kemudian denyut jantung apikal bisa terdengar sebentar saja. Pasien mengalami *hypoxia* dan gelisah. Didalam kerongkongan timbul dahak yang banyak dan refleks menelan menghilang di batang tenggorokan (Atoilah dan Kusnadi, 2013). Tujuan pertama membantu pasien yang akan meninggal adalah mempertahankan jalan pernafasan terbuka dengan kriteria hasil pasien bisa bernafas lebih nyaman dan tidak terlampau takut dengan intervensi berikan pasien posisi nyaman, bersihkan lobang hidung bersih, beri suction dan berikan oksigen tambahan. Pasien sering mengalami pernafasan *Kussmaul* dimana saat pasien mengalami *asidosis, takiapnea*, pernafasan dipaksa dan dalam. Pernafasan *Kussmaul* bisa berubah menjadi *cheyne-stokes* bila pasien mengalami gagal jantung. Tanda gejala pernafasan *cheyne-stokes* adalah pasien mengalami *apnea* (henti nafas) dan *hiperapnea* (nafas cepat) secara bergantian. Saat menjelang pasien meninggal, apnea lebih panjang secara bertahap (Caroline dan Mary, 2014).

b. Eliminasi

Pasien bisa memakai kolostomi, ileostomi, ureterostomi atau kateter indwelling. Pasien juga tidak dapat mengendalikan fungsi usus atau perkemihan sehingga pasien bisa mengalami

inkontinensia urine daripada inkontinensia feces. Perawat harus menjaga kulit daerah perkemihan dan bokong tetap bersih dan kering agar melindungi dari kulit yang rusak, infeksi, bau dan ketidaknyaman. Ada beberapa pasien tidak bisa buang air kecil selama 8 jam sehingga keluarga perlu memberitahu ke tim medis agar segera diberi intervensi. Dalam beberapa kasus, ada pasien yang tidak dapat buang air besar karena kurang makan, usus terganggu, kurang olahraga dan efek samping obat. Intervensi yang dilakukan adalah memberikan pelunak feces secara rutin, observasi buang air besar dan melapor bila tidak ada buang air besar setelah pemberian laksatif dan bila ada rasa nyeri perut hebat. Pasien diare bisa saja terjadi karena efek samping obat atau kurangnya makan makanan padat, obstruksi usus atau penggunaan laksatif berlebihan atau proses penyakit itu sendiri. Perawat harus membantu pasien dalam membersihkan area bokong agar tetap bersih dan kering (Caroline dan Mary, 2014). Saat pasien akan meninggal, bisping usus-pun berhenti dan tidak bisa buang air besar. Sirkulasi darah ke ginjal berkurang dan pemasukan minuman berkurang sehingga mengakibatkan tidak bisa buang air besar dan produksi urine tidak banyak. Sirkulasi tidak bekerja sehingga keringat keluar lewat pori-pori tubuh yang mengakibatkan kedua ektrimitas dingin (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

c. Cairan dan Makanan

Seseorang yang akan meninggal, sering sekali tidak mau makan dan minum tetapi perawat bisa memberikan makanan atau minuman dalam jumlah kecil, jernih dan dingin seperti contoh jus, gelatin dan potongan es. Bila kondisi lebih berlanjut, maka perawat dapat memasang Nasogastrik tube (NGT) dan

memberikan makanan melalui selang atau nutria parenteral (Caroline dan Mary, 2014).

Bila keadaan pasien berlanjut lebih parah, maka bisping usus melemah sehingga abdomen kembung. Berat badan menurun karena nutrisi yang diperlukan tidak masuk ke dalam tubuh. Mulut tidak bisa menutup dan bibir kering. Refleks-refleks menelan dan mengatup tidak ada lagi (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

d. Suhu Tubuh

Kedua ekstrimitas atas dan bawah terasa dingin karena sirkulasi darah ke periperal menurun. Sedangkan, Suhu tubuh meningkat sehingga mengakibatkan pasien gelisah (Atoilah dan Kusnadi, 2013). Sehingga perawat perlu memperhatikan Lingkungan kamar pasien dengan mengontrol AC atau pemanas kamar, jendela kamar dibuka agar udara kamar bersirkulasi dengan baik dan pencahayaan agak redup agar pasien tidak silau dan dapat istirahat (Caroline dan Mary, 2014).

e. Stimulus

Bila pasien semakin mendekati kematian, penglihatan semakin lama semakin tidak jelas dan pasien akan berfokus ke sinar yang didalam ruangan. Refleks kedip mata hilang dan mata terlihat menerawang. Tetapi untuk pendengaran, pasien masih mendengar pembicaraan yang pelan, jelas dan sederhana. Indera perasa tidak berfungsi, wajah mungkin bisa dirasakan tetapi bibir hilang rasa dan susah digerakkan sehingga berbicara tidak bisa (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

Saat menjelang kematian, perawat perlu membersihkan mata dengan mengelap dari dalam kearah luar agar tetap lembab. Pasien perlu dimandikan, rambut dikeramasi dan diberikan

perawatan mulut sehingga menstimulasi pasien tetap nyaman dan bersih. Bila pasien memakai drainase atau balutan, maka perawat perlu memberikan perawatan setiap hari agar tetap bersih dan tidak berbau (Caroline dan Mary, 2014).

f. Mobilitas

Pasien akan susah bergerak dan pindah posisi sehingga membutuhkan bantuan dari tenaga medis atau orang lain untuk memindahkannya. Bagian kulit dimana tulang bertemu akan mudah sobek dan luka karena berat badan yang menurun, oksigen di dalam darah menurun dan nutrisi yang kurang dari kebutuhan tubuh (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

Pasien yang akan meninggal tidak bisa mengatakan tidak nyaman dengan posisinya, maka perawat harus sering mengganti posisi pasien dengan rasional mengurangi kerusakan kulit dan menolong pasien mengambil nafas lebih mudah. Pasien bisa diberi posisi *semi fowler* atau *ortopnea* dengan menggunakan bantal. Bila intervensi tidak dilakukan, bisa membuat pasien merosot turun atau bungkuk ke depan sehingga memberikan tekanan ke dada dan otot pernafasan dan akhirnya pasien susah bernafas (Caroline dan Mary, 2014).

g. Nyeri

Dalam beberapa pasien penyakit kronis, dokter memberikan obat nyeri secara teratur sehingga pasien akan merasa nyaman dan mewujudkan masa menjelang kematian lebih mudah. Perawat bisa melakukan intervensi hypnosis diri, teknik relaksasi nafas dalam, distraksi, pemberian minyak esensial dan penggunaan herbal. Tindakan keperawatan ini diberikan dengan tujuan agar nyeri menjadi ringan atau tidak ada sehingga memberi tanda bahwa tanda kematian sudah mendekat (Caroline dan Mary,

2014).

Bila tanda kematian semakin mendekat, pasien tidak merasakan rasa nyeri sehingga bila mau diberikan obat nyeri, sebaiknya diberikan ke pembuluh darah. Bukan lewat otot atau kulit karena sirkulasi peripheral tidak berjalan dengan baik dan akhirnya obat tidak terserap dengan baik (Atoilah dan Kusnadi, 2013).

#### 5. Implikasi Kebutuhan Perawatan Pasien Menjelang Kematian

Menurut Atoilah dan Kusnadi (2013), ada empat implikasi kebutuhan perawatan pasien menjelang kematian yaitu:

- a. Kebutuhan Perlindungan dan Keselamatan: Banyak pasien takut menghadapi kematian. Sebagai perawat, komunikasi dan tanyakan ke pasien tentang alasan takut menghadapi kematian. Tawarkan ke pasien untuk pertemuan dengan ahli agama dan ikutkan pasien dalam kegiatan keagamaan. Hal tersebut bisa membuat hati pasien tenang. Ada beberapa pasien yang memilih meninggal dirumah sehingga perawat bisa membantu keluarga menyiapkan semua yang diperlukan untuk pasien yang akan meninggal dunia.
- b. Kebutuhan Cinta Dan Kasih Sayang: pasien yang akan meninggal dunia menginginkan didampingi oleh individu yang dicintai seperti contoh keluarga. Pasien yang akan meninggal akan merasa tidak ada yang menemani dan terbuang bila tidak bersama beberapa atau seluruh anggota keluarga. Bila tidak ada anggota keluarga, perawat bisa menemani pasien yang akan meninggal. Seluruh anggota keluarga dan teman-teman dari pihak pasien, harus terus menerus menunjukkan kasih sayang dan kepedulian ke pasien tersebut. Pihak rumah sakit juga bisa memberikan kesempatan buat keluarga untuk membesuk tanpa batasan dan izin buat pasien agar tinggal serumah dengan

keluarga. Hal ini dapat membantu kebutuhan cinta dan kasih sayang terpenuhi bagi pasien. Kunjungan singkat dari teman dan keluarga bisa menguatkan pasien kecuali bila pasien mengalami nyeri hebat. Pasien bisa memberitahukan apa yang dirasakan ke keluarga dan temannya. Perawat bisa memberikan dukungan emosional dan selalu mendengarkan curahan hati pasien ketika pasien bisa menerima keadaannya. Ketika pasien akan meninggal, pasien takut di tinggalkan sendirian, sehingga keluarga perlu menemani pasien khususnya pada malam hari (Caroline dan Mary, 2014).

- c. Kebutuhan Harga Diri: Pasien yang akan mengalami penyakit kronis dan akan meninggal, akan mengalami perubahan fisik karena penyakit yang di derita atau operasi. Pasien tersebut akan merasa di hargai, bila perawat atau tenaga medis lainnya memberikan waktu dalam perawatan fisik ke pasien itu. Selain itu, Perawat bisa membantu pasien memakai baju yang biasa dipakainya dan memakai peralatan kecantikan serta kesehatannya. Sebagian pasien akan marah terhadap penyakitnya dan kenyataan akan segera meninggal. Perawat harus berkomunikasi aktif dan selalu mendengarkan keluhan-keluhan pasien yang akan meninggal. Perawat sebaiknya menjalankan hak-hak pasien yang akan meninggal agar pasien merasa dihormati, dihargai dirinya, diberikan rasa keselamatan dan perlindungan, spiritual, kasih sayang dan penawar rasa sakit.

## Tabel Hak-hak Orang Yang Akan Meninggal

No	Pernyataan
1.	Saya berhak diperlakukan seperti layaknya manusia sampai meninggal
2.	Saya berhak mempunyai harapan yang besar walaupun mungkin akan terjadi perubahan focus
3.	Saya berhak dirawat oleh orang-orang yang penuh harapan meskipun mungkin akan terjadi perubahan
4.	Saya berhak mengungkapkan perasaan dan emosi mengenai kematian yang sudah dekat dengan cara saya sendiri
5.	Saya berhak ikut serta dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan perawatan saya
6.	Saya berhak mengharapkan perhatian perawatan dan medis lebih lanjut walaupun tujuan penyembuhan harus berubah menjadi tujuan menentramkan
7.	Saya berhak untuk tidak mati sendirian
8.	Saya berhak untuk terbebas dari sakit
9.	Saya berhak mendapat jawaban yang jujur dari pernyataan - pernyataan saya
10.	Saya berhak untuk tidak dikelabui
11.	Saya berhak mendapatkan bantuan dari dan untuk keluarga dalam menerima kematian saya
12.	Saya berhak meninggal dengan damai dan terhormat
13.	Saya berhak mempertahankan kebebasan individu saya dan untuk tidak menyalahkan keputusan saya yang mungkin bertentangan dengan keyakinan orang lain
14.	Saya berhak mengharapkan kesucian tubuh manusia akan dihormati setelah meninggal

15.	Saya berhak dirawat oleh orang-orang yang perhatian, sensitive dan berwawasan yang akan memahami apa yang saya butuhkan dan akan memperoleh kepuasan dalam membantu saya sampai kematian tiba
-----	---

Sumber: Atoilah dan Kusnadi (2013)

#### d. Aktualisasi Diri

Pasien yang akan meninggal, ingin melakukan sesuatu yang bermanfaat sebelum kematian menjemputnya. Pasien ingin ikut serta dalam kegiatan yang berguna bagi masyarakat contoh ikut serta dalam penelitian atau pasien melakukan sesuatu yang dapat membantu orang lain yang mengidap penyakit kronis yang sama. Pasien berpikir bahwa mereka telah memberikan kontribusi ke dunia dengan menuliskan riwayat hidup dan membuat buku tentang riwayat hidup mereka (Caroline dan Mary, 2014).

#### 6. Perubahan Fisik Saat Kematian

- a. Menjelang kematian: tekanan darah menurun drastic dibawah normal, *Respiration rate* tidak teratur, *pulse* dan temperature meningkat tajam. *Respiration rate* berhenti sebelum kontraksi jantung namun jantung tidak akan memompa lagi sesaat setelah paru-paru tidak dapat menjalankan tugasnya dalam pernafasan. Pupil mata tidak sensitif lagi terhadap sinar dan kaku.
- b. Setelah kematian: terjadi *algor mortis* dimana suhu tubuh mulai menurun dibawah normal dengan cepat sesuai dengan suhu ruangan dalam 24 jam dan tubuh teraba dingin. Terjadi *rigor mortis* dimana terjadi gerakan otot tubuh yang tersentak-sentak dan akhirnya kaku karena kekurangan pembakaran (adenosine triposfat, ATP) dalam sel tubuh yang mati dan terurai serta melepaskan enzim yang lambat laun menghancurkan urat-urat jaringan otot dalam keadaan rigor mortis yang berkontraksi dan

otot-otot mulai mengendur. Kulit terlihat biru lebam karena darah berada pada jaringan sebelah bawah contoh pada bokong dan punggung. Bila menggunakan electroencephalogram dalam waktu 24 jam yang digunakan dalam tanda kematian pada otak pasien. Perawat memberikan perawatan menutup mata dan mulut pasien sebagai tanda hormat bagi pasien dan kebiasaan pasien seperti tidur nyenyak merupakan sesuatu yang diharapkan dalam kematian.

#### 7. *Advance Directives*

Berdasarkan Caroline dan Mary (2014), *Advance Directives* merupakan perasaan cita-cita pasien tentang jenis obat dan asuhan terapi yang pasien ingin jalani untuk menyembuhkan penyakit kronisnya dan bila pasien tidak dapat melakukan keputusan tentang pengobatannya. *Advances directives* dibagi dalam 2 bagian yaitu:

- a. *Living well* adalah sebuah surat arsip penjelasan dari pasien tentang pengobatan yang akan dijalani atau tidak dilakukan bila keadaan terakhir timbul atau jika pasien dan keluarga tidak dapat melahirkan ketetapan akhir tentang pengobatan.
- b. Bentuk kuasa dari hukum pengacara terhadap pengobatan kesehatan yaitu memilih satu individu yang ditunjuk oleh pasien untuk membuat rencana pengobatan jika pasien tidak dapat memilih keputusan tentang rencana pelayanan kesehatannya.

#### 8. Kode

Menurut Caroline dan Mary (2014), ada beberapa kode yang sering digunakan dalam pasien terminal, diantaranya: DNR, DNI dan DNH.

- a. DNR (*Do not resuscitate*) dan DNI (*Do not Intubate*) adalah pernyataan ini menginstruksikan Jangan di resusitasi dan Jangan di Intubasi bila pasien terkena henti jantung paru. Pasien

diperbolehkan meninggal dengan natural tanpa menggunakan tindakan medis secara mekanis atau kimia. Pasien yang memilih keputusan DNR dan DNI atau menolak dipasang selang makanan lewat hidung, harus dibuat damai dan tentram serta dikasih *emotional support* oleh perawat.

- b. DNH (*Do not Hospitalize*) yaitu pernyataan lain yang berarti Jangan dirawat Di Rumah Sakit. Pasien yang berasal dari panti werdha atau dari rumah sendiri, sering memilih keputusan untuk meninggal tidak di rumah sakit tapi di rumah masing-masing bersama keluarga.

#### 9. Komite Etik

Setiap rumah sakit harus mempunyai komite etik yang membantu pasien dan keluarga dalam menentukan keputusan rencana perawatan. Misalnya apakah selang makanan lewat hidung atau ventilator tetap dilanjutkan atau tidak ke pasien bila tidak ada surat pernyataan living well atau bila keluarga tidak setuju rencana pengobatan itu. Komite etik juga terlibat dalam keadaan tranplantasi donasi organ tubuh atau rencana pengobatan yang akan dipakai untuk menyembuhkan penyakit terminal (Caroline dan Mary, 2014).

#### 10. Donasi Organ dan Jaringan

Berdasarkan Caroline dan Mary (2014), *Advance Directives* dapat mengizinkan pasien yang mau mendonasikan jaringan atau organ tubuh ke orang lain. Donasi jaringan berupa kornea, tulang dan kulit dan donasi organ berupa ginjal, jantung dan paru. Keluarga pasien berhak penuh untuk mengambil keputusan ini atau bila tidak ada keluarga, teman terdekat atau pengacara hukum mempunyai hak penuh dalam memberikan izin donasi organ atau jaringan. Perawat berperan memberikan penyuluhan kesehatan tentang hal-hal donasi dan menjawab pertanyaan dari keluarga. Pertanyaan yang sering

terjadi adalah:

- a. Apakah masih dapat dibuka peti jenazah? (Ya)
- b. Apakah ada biaya yang dikeluarkan? (Tidak)
- c. Bolehkan kita tahu siapa orang yang menerima organ atau jaringan? (Biasanya tidak)
- d. Bolehkan kita berikan beberapa organ/ jaringan tetapi tidak semua ? (Ya).

#### 11. Pasien Yang Menolak Untuk Meninggal Di Rumah

Bila pasien merencanakan untuk meninggal dunia di rumah, perawat *home care* (perawat *hospis*), sebaiknya berbincang ke keluarga untuk membahas rencana asuhan pasien dan persiapkan sebelum pasien meninggal. Saat pasien meninggal dunia, perawat bisa dipanggil oleh keluarga. Rumah sakit atau lembaga biasanya siap dipanggil dalam 24 jam ke rumah pasien bila dibutuhkan (Caroline dan Mary, 2014).

#### 12. Konsep *Hospis*

*Hospis* merupakan suatu tempat atau seorang perawat yang memberikan rencana asuhan *paliatif* untuk menolong pasien dan keluarga saat kematian menjemput pasien. Tujuan asuhan paliatif ini adalah menolong pasien menghadapi keadaan ini dengan aman dan damai tanpa merasakan rasa sakit sehingga perawat menggunakan asuhan keperawatan dan pengobatan medis yang mengurangi tanda gejala atau rasa nyeri dari penyakit. Asuhan hospis juga menggunakan *respite care* yaitu asuhan yang menggunakan waktu tinggal dengan keluarga di rumah ataupun di rumah sakit (Caroline dan Mary, 2014).

#### 13. Pertimbangan Budaya

Pengertian kematian dapat dipahami oleh banyak budaya secara

tidak sama satu sama lain. Sebagaimana budaya memandang kematian sebagai suatu proses natural pasien berkembang ke masa selanjutnya yang lebih baik. Tetapi ada budaya lain memahami kematian sebagai suatu proses akhir perjalanan hidup. Perawat harus menghormati kepercayaan pasien dan keluarga. Izinkan keluarga berduka dengan kepercayaan masing-masing. Ajukan untuk memanggil pemuka agama jika keluarga membutuhkan (Caroline dan Mary, 2014).

## REFERENSI

- Atoilah dan Kusnadi. (2013). Askper Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia. Bogor: In Media
- Caroline dan Mary. (2014). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Edisi 10. Jakarta: EGC
- Kozier, Erb, Bermnan dan Snyder (2011). Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Jakarta: EGC
- Laluyan, Kanine & Wowiling. (2014). Gambaran Tahapan Kehilangan Dan Berduka Pasca Banjir Pada Masyarakat DiKelurahan Perkamil Kota Manado. Jurnal Unsrat.  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/download/5267/4780>
- Mubarak, Indrawati dan Susanto. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika
- Mujahidah, Hamid dan Susanti. (2015). Pengalaman Kehilangan dan Berduka Pada Ibu Yang Mengalami Kematian Bayi di Depok. Jurnal Keperawatan Jiwa. 3 (2). 124-136.<http://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2016/08/Keperawatan-Jiwa-place-PDF-vol-3-No-2-rev.40-52.pdf>

## PROFIL PENULIS

### **Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep**

Lahir di Jakarta, pada tanggal 06 September 1984, anak pertama dari dua bersaudara. Dibesarkan dalam keluarga Aritonang-Silalahi, Ayah Brant Aritonang (Wiraswasta) dan Ibu Netty Silalahi (Pensiunan Pegawai Negeri).



Menyelesaikan pendidikan TK Tirta Sari tamat tahun 1990, SD Advent Anggrek tamat tahun 1996, SMP Advent Anggrek tamat tahun 1999, SMA Advent 1 Jakarta tamat tahun 2002, S1 Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2007, Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2009 dan S2 Keperawatan Medikal Bedah STIK Carolus tahun 2015.

Pengalaman dibidang pelayanan keperawatan sebagai perawat pelaksana di RS Advent Bandung tahun 2007-2010. Sejak tahun 2016 hingga saat ini sebagai dosen tetap di Program studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

Email penulis: [yanti.anggraini@uki.ac.id](mailto:yanti.anggraini@uki.ac.id)

## BAB 4 ANTROPOLOGI KESEHATAN DALAM KEBUDAYAAN DAN MASYARAKAT SERTA RUMAH SAKIT DAN KEBUDAYAAN

**(Devi Hairina Lestari, S.Kep., Ns.,M.Kep.)**

STIKES Intan Martapura; Jl. Samadi No.01 Rt.01 Martapura,

Telp : 085920536054

Email: [devihairina89@hotmail.com](mailto:devihairina89@hotmail.com)

### **A. ANTROPOLOGI**

#### **1. Batasan Antropologi**

Kata “antropologi” berasal dari bahasa Yunani asal kata “*anthropos*” berarti “manusia”, dan “*logos*” berarti “ilmu”, sebagai harfiah “antropologi” berarti ilmu tentang manusia. Para ahli antropologi (antropolog) menyampaikan antropologi adalah ilmu yang berhubungan dengan sejumlah individu bergerak menyamaratakan agar berguna atas individu dan perbuatannya, serta mendapat pemahaman atau wawasan yang utuh atas keberagaman setiap individu. Sehingga, antropologi yaitu bidang yang bergerak melaksanakan pemahaman atau wawasan setiap individu yang menganalisis berbagai macam gambaran tubuhnya, komunitas, dan budayanya (Haviland, 1999).

Menurut ilmuwan antropologi dapat dibagi ke dalam dua bagian, yakni antropologi fisik dan budaya. Antropologi fisik menganalisis setiap individu seperti makhluk hidup dengan menyelidiki

pertumbuhan makhluk hidup mengikuti perkembangannya, dan menganalisis jenis makhluk hidup dengan bermacam bentuk (*species*). Keutamaan apasaja terarah jelas mengikuti tubuhnya yang dipunyai inividu atau makhluk hidup, orang-orang dikelompokkan seperti “mamalia” utamanya. Seperti itu ahli antropolog biasanya memiliki pendapat maka leluhur kita mengikuti aturannya ialah sesuai atas primat yang berbeda, terutama kera dan monyet. Menelusuri kegiatan pengamatannya secara mendalam tentang sisa purba dan pemeriksaanya terhadap primat-primat bernyawa, ahli antropologi fisik bergerak menyelidi leluhur supaya memahami dengan cara apa, pada saat apa, dan kenapa kita sebagai manusia saat ini. Sementara itu, antropologi budaya mengutamakan ketertarikannya terhadap kultur makhluk hidup maupun ragam wujudnya pada komunitas.

Menurut Havland (1999: 12) bagian antropologi budaya dikelompokkan tiga bagian, yaitu; arkeologi, antropologi linguistik, dan etnologi. Mengerti sebuah keharusan ahli antropologi budaya, kita perlu mengetahui bagaimana; (1) dasar kultur berkaitan dengan rancangan kultur serta keberagamannya, (2) bahasa serta wacana, melekat; dasar bahasa, bahasa dalam kultur, dan (3) kultur serta karakter. Antropologi budaya menelaah terkait pelaksanaan kemasyarakatan, gambaran yang berlebihan, serta penerapan bahasa, arti dilahirkan serta dicoba secara dini dilaksanakan komunitas. Sebutan ini umumnya dihubungkan melalui kebiasaan penelitian serta penyusunan antropologi di Amerika. Antropologi budaya adalah ilmu yang berhubungan dengan penerapan-penerapan kemasyarakatan, gambaran yang berlebihan, dan penerapan bahasa, arti dilahirkan serta dicoba secara dini oleh komunitas (Jones, 2000).

## 2. Batasan dan Unsur-Unsur Budaya

Budaya atau kebudayaan berasal dari bahasa Sanskerta yaitu *buddhaya*, yakni jamak dari *buddhi* (perbuatan dan pikiran) artinya sebuah keadaan yang berhubungan dengan perbuatan dan pikiran manusia. Dalam bahasa Inggris, kebudayaan disebut *culture*, yang berasal dari kata Latin *Colere*, ialah mengupayakan atau mengusahakan. Kata *culture* juga diartikan serupa "kultur" secara bahasa Indonesia. Kultur ialah bahasa yang sering dihubungkan dengan antropologi. Tentu, antropologi bukan memiliki kewenangan khusus untuk dapat memanfaatkan sebutan ini. Budayawan ibarat tukang tari maupun penulis dan sebagainya menggunakan sebutan ini maupun dihubungkan serupa sebutan ini, justru pemimpin pun memiliki bagian akan ini. Rancangan ini benar-benar banyak dipakai bagi antropologi serta menyebar ke komunitas luas, yakni antropologi mempelajari maupun riset berhubungan dengan kebudayaan. Ada kalanya sebutan ini dipakai oleh antropologi sebuah keharusan yang tidak bermakna, ahli antropologi memiliki pemahaman serupa akan sebutan tersebut (Kaplan & Manners, 1999).

## 3. Konsep-Konsep Kebudayaan

Konsep-konsep kebudayaan didapatkan dari:

### a. Kebudayaan Diperoleh dari Belajar

Kultur yang dipunyai individu dengan cara menuntut ilmu. Dia tidak diturunkan secara biologis atau pewarisan melalui unsur genetis. Hal ini perlu disampaikan untuk memisahkan kepribadian individu yang digerakkan oleh kultur dengan kepribadian makhluk lain yang perbuatannya digerakkan oleh naluri. Ketika baru dilahirkan, semua perbuatan manusia yang baru lahir tersebut digerakkan oleh insting dan naluri. Insting atau naluri ini tidak termasuk dalam kultur, tetapi mempengaruhi

kultur (Keesing Robert, 1981). Contohnya adalah kebutuhan akan makan. Makan adalah kebutuhan dasar yang tidak termasuk dalam kultur. Tetapi bagaimana kebutuhan itu dipenuhi; apa yang dimakan, bagaimana cara memakan adalah bagian dari kultur.

Semua manusia perlu makan, tetapi kultur yang bertentangan dari komunitasnya berdampak seseorang melaksanakan aktivitas dasar itu dengan cara yang bertentangan (Keesing Felix, 1958). Contohnya adalah cara makan yang berlaku sekarang. Pada masa dulu orang makan hanya memerlukan tangan saja, langsung memasukkan makanan kedalam mulut, tetapi kebiasaan itu pelan pelan berubah, seseorang mulai menerapkan alat yang sederhana dari kayu untuk menyendok dalam memasukkan makanannya dan sekarang alat tersebut diciptakan dari berbagai macam bahan. Begitu juga tempat dimana seseorang itu makan. Dulu seseorang makan disembarang tempat, tetapi sekarang ada tempat-tempat khusus dimana makanan itu dimakan.

b. *Kebudayaan Milik Bersama*

Agar dapat dikatakan sebagai suatu kultur, kebiasaan-kebiasaan seorang individu harus dikantongi oleh suatu komunitas. Para ahli Antropologi menahan diri untuk mengemukakan sebuah komunitas memiliki kultur apabila para warganya mempunyai secara bersama sebuah pandangan dan berperilaku sama yang diperoleh melalui penelaahan.

Sebuah kultur bias diuraikan sebagai seperangkat keyakinan, norma-norma atau kebiasaan yang diteliti dan dipunyai bersama oleh para warga dari sebuah komunitas. Pengertian komunitas sendiri dalam Antropologi adalah

sekelompok orang yang tinggal di sebuah wilayah dan menggunakan sebuah bahasa yang biasanya tidak dipahami oleh penduduk tetangganya (Kaplan & Manners, 1999).

c. Kebudayaan sebagai Pola

Sebuah komunitas, para anggotanya dikembangkan sejumlah pola-pola kultur yang ideal dan pola-pola ini cenderung diperkukuh dengan adanya pemisahan kultur. Pola-pola kultur yang ideal itu mencakup hal hal yang oleh sebagian besar dari komunitas tersebut diakui sebagai kewajiban yang harus dilakukan dalam keadaan-keadaan tertentu. Pola-pola inilah yang sering disebut dengan norma-norma (Kaplan & Manners, 1999).

d. Kebudayaan Bersifat Dinamis dan Adaptif

Secara umum kultur itu dikatakan bersifat penyesuaian, karena kultur memenuhi individu dengan cara-cara adaptif pada kepentingan fisiologis dari mereka, dan adaptasi pada lingkungan yang bersifat fisik-geografis maupun pada lingkungan sosialnya. Banyak cara yang wajar dalam interaksi tertentu pada sebuah komunitas memberi kesan sumbang pada komunitas yang lain, tetapi jika dilihat dari interaksi komunitas tersebut dengan lingkungannya, baru hubungan tersebut bisa dimengerti. Misalnya, orang akan heran kenapa ada pantangan-pantangan pergaulan seks pada masyarakat tertentu pada kaum ibu sesudah melahirkan anaknya sampai anak tersebut mencapai usia tertentu.

Bagi orang di luar kultur tersebut, pantangan tersebut susah dipahami, tetapi bagi komunitas pendukung kultur yang melakukan larangan-larangan seperti itu, hal itu barangkali sebuah bentuk adaptasi pada lingkungan fisik

dimana mereka tinggal. Barangkali tempat dimana mereka tinggal sulit dijangkau untuk mencukupi kebutuhan makan mereka, kemudian cara memberikan gizi yang cukup bagi anak bayi dibuatlah larangan-larangan tersebut. Hal ini nampaknya merupakan hal yang sepele tetapi sebenarnya merupakan suatu perolehan luar biasa dari kelompok masyarakat tersebut Untuk mempelajari lingkungannya dan berhubungan dengan cara melakukan larangan-larangan tersebut (Kaplan & Manners, 1999).

#### 4. Konsep Dan Syarat Masyarakat

Masyarakat merupakan suatu perwujudan kehidupan bersama manusia. Masyarakat berlangsung proses kehidupan sosial, proses antar hubungan dan antar aksi. Masyarakat dapat mempunyai arti yang luas dan sempit. Arti luas masyarakat adalah semua interaksi dalam hidup bersama dan tidak dibatasi oleh lingkungan, bangsa dan sebagainya. Atau dengan kata lain keutuhan dari semua interaksi dalam hidup bermasyarakat. Arti sempit masyarakat adalah sekelompok manusia yang dibatasi oleh aspek-aspek tertentu, misalnya teritorial, bangsa, golongan dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012). Masyarakat harus mempunyai syarat-syarat berikut:

- a. Harus ada pengumpulan manusia, dan harus banyak, bukan pengumpulan binatang
- b. Telah bertempat tinggal dalam waktu yang lama disuatu daerah tertentu
- c. Adanya aturan-aturan atau undang-undang yang mengatur mereka untuk menuju pada kepentingan dan tujuan bersama

## 5. Ciri-Ciri Masyarakat Kota Dan Desa

### a. Ciri-Ciri Masyarakat Kota

Masyarakat perkotaan sering disebut *urban community*. Pengertian masyarakat kota lebih ditekankan pada sifat kehidupannya serta ciri-ciri kehidupannya yang berbeda dengan masyarakat pedesaan. Ada beberapa ciri yang menonjol pada masyarakat kota yaitu:

- 1) Kehidupan keagamaan berkurang bila dibandingkan dengan kehidupan keagamaan di desa
- 2) Orang kota pada umumnya dapat mengurus dirinya sendiri tanpa harus bergantung pada orang lain. Yang penting disini adalah manusia perorangan atau individu
- 3) Pembagian kerja di antara warga-warga kota juga lebih tegas dan mempunyai batas-batas yang nyata
- 4) Kemungkinan untuk mendapatkan pekerjaan juga lebih banyak diperoleh warga kota dari pada warga desa
- 5) Interaksi yang terjadi lebih banyak terjadi berdasarkan pada factor kepentingan daripada faktor pribadi
- 6) Pembagian waktu yang lebih teliti dan sangat penting, untuk dapat mengejar kebutuhan individu
- 7) Perubahan-perubahan sosial tampak dengan nyata di kota-kota, sebab kota biasanya terbuka dalam menerima pengaruh dari luar.

### b. Ciri-Ciri Masyarakat Desa

Masyarakat pedesaan ditandai dengan pemilikan ikatan perasaan batin yang kuat sesama warga desa, yaitu perasaan setiap warga/anggota masyarakat yang amat kuat yang hakekatnya, bahwa seseorang merasa merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari

masyarakat dimanapun ia hidup dicintainya serta mempunyai perasaan bersedia untuk berkorban setiap waktu demi masyarakatnya atau anggota anggota masyarakat, karena beranggapan sama-sama sebagai masyarakat yang saling mencintai saling menghormati, mempunyai hak tanggung jawab yang sama terhadap keselamatan dan kebahagiaan bersama di dalam masyarakat. Adapun yang menjadi ciri masyarakat desa antara lain:

- 1) Masyarakat pedesaan di antara warganya mempunyai interaksi yang lebih mendalam dan kuat dibandingkan dengan masyarakat pedesaan lainnya di luar batas wilayahnya.
- 2) Sistem kehidupan umumnya berkelompok dengan dasar kekeluargaan
- 3) Sebagian besar warga masyarakat pedesaan hidup dari bertani
- 4) Masyarakat tersebut homogen, seperti dalam hal mata pencaharian, agama, adat istiadat, dan sebagainya. Masyarakat desa selalu memiliki ciri-ciri dalam hidup bermasyarakat, umumnya terlihat dari perbuatan sehari-hari mereka. Saat keadaan tertentu, sebagian karakteristik dapat digeneralisasikan pada kehidupan masyarakat desa. Namun demikian, adanya pergantian sosial religius dan perkembangan era informasi dan teknologi, terkadang sebagian karakteristik tersebut sudah “tidak berlaku”.

## 6. Hubungan Antropologi Dengan Kesehatan

Antropologi kesehatan saat ini merupakan spesialisasi

terbesar dalam antropologi sosial dan budaya, serta mayoritas doktor antropologi Amerika dewasa ini bekerja di luar dunia akademik. Masalah pokok dalam antropologi adalah keanekaragaman manusia. Pada abad 19, pemikiran yang mengarahkan dalam antropologi ada perbedaan-perbedaan biologis yang signifikan antara umat manusia (khususnya dalam perkembangan pemikiran) yang menggambarkan bermacam objektivitas, kemajuan metode dan kesulitan bermasyarakat. Sebuah konsep menyebutkan (“diskriminatif”), tiap-tiap ras manusia mempunyai kapasitas melekat sehingga mewujudkan gambaran kultur dan lembaga-lembaga sosial sendiri baik maju ataupun kurang maju (Rinehart, 1990). Menurut Foster dan Anderson aspek kajian antropologi kesehatan dibagi menjadi dua:

- a. Kutub biologis, perhatinya pada pertumbuhan dan perkembangan fisik manusia, peranan penyakit dalam evolusi manusia, adaptasi biologis terhadap perubahan lingkungan alam, dan pola penyakit di kalangan manusia purba.
- b. Kutub sosio-budaya perhatiannya pada sistem kesehatan tradisional yang mencakup aspek-aspek etiologis, terapi, ide, dan praktik pencegahan penyakit, serta peranan praktisi medis tradisional, masalah perawatan kesehatan biomedik, perilaku kesehatan, peranan pasien, perilaku sakit, interaksi dokter dengan pasien, dan masalah inovasi kesehatan.

Menurut Foster dan Anderson ada empat hal utama yang dapat disumbangkan oleh antropologi terhadap ilmu kesehatan yaitu:

- a. Perspektif Antropologi

Terdapat dua konsep dalam perspektif antropologi bagi ilmu kesehatan

- 1) Pendekatan Holistik, pendekatan ini memahami gejala sebagai suatu sistem. Pendekatan ini dimana suatu pranata tidak dapat dipelajari sendiri-sendiri lepas dari hubungannya dengan pranatalain dalam keseluruhan system
- 2) Relativisme budaya, standar penilaian budaya itu relative, suatu aktivitas budaya yang oleh pendukungnya dinilai baik, pantas dilakukan mungkin saja nilainya tidak baik dan tidak pantas bagi masyarakat lainnya.

b. Perubahan: Proses dan Persepsi (Perubahan Terencana)

Suatu perubahan terencana akan berhasil apabila perencanaan program bertolak dari konsep budaya. Bertolak dari itu, perencanaan program pembaharuan kesehatan dalam upaya mengubah perilaku kesehatan tidak hanya memfokuskan diri pada hal yang tampak, tetapi seharusnya pada aspek psiko-budaya.

c. Metodologi Penelitian

Ahli antropologi menawarkan suatu metode penelitian yang longgar tetapi efektif untuk menggali serangkaian masalah teoretik dan praktis yang dihadapi dalam berbagai program kesehatan.

d. Premis

Premis atau asumsi atau dalil yang mendasari atau dijadikan pedoman individu atau kelompok dalam memilih alternatif tindakan. Premis-premis tersebut memainkan peranan dalam menentukan tindakan individu dan kelompok.

7. Antropologi Dalam Kesehatan

Antropologi kesehatan adalah studi tentang pengaruh unsur-unsur budaya terhadap penghayatan masyarakat tentang

penyakit dan kesehatan. Definisi yang dibuat Solita ini masih sangat sempit karena antropologi sendiri tidak terbatas hanya melihat penghayatan masyarakat dan pengaruh unsur budaya saja. Antropologi lebih luas lagi kajiannya dari itu seperti Koentjaraningrat mengatakan bahwa ilmu antropologi mempelajari manusia dari aspek fisik, sosial, budaya.

Pengertian Antropologi kesehatan yang diajukan Foster/Anderson merupakan konsep yang tepat karena termaklud dalam pengertian ilmu antropologi seperti disampaikan Koentjaraningrat di atas. Menurut Foster dan Anderson, antropologi kesehatan mengkaji masalah-masalah kesehatan dan penyakit dari dua kutub yang berbeda yaitu kutub biologi dan kutub sosial budaya.

Antropologi kesehatan di pandang sebagai disiplin biobudaya yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan sosial budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit. Penyakit sendiri ditentukan oleh budaya: hal ini karena penyakit merupakan pengakuan sosial bahwa seseorang tidak dapat menjalankan peran normalnya secara wajar. Seorang pengobat tradisional yang juga menerima pandangan kedokteran modern, mempunyai pengetahuan yang menarik mengenai masalah sakit-sehat. Baginya, arti sakit adalah sebagai berikut: sakit badaniah berarti ada tanda-tanda penyakit di badannya seperti panas tinggi, penglihatan lemah, tidak kuat bekerja, sulit makan, tidur terganggu, dan badan lemah atau sakit, maunya tiduran atau istirahat saja.

## **B. RUANG LINGKUP DAN PERANAN ANTROPOLOGI KESEHATAN**

Peran singkat antropologi kesehatan adalah mendeskripsikan secara luas dan interpretasi mengenai hubungan bio-budaya, antara perilaku manusia di masa lalu dan di masa kini, dengan derajat kesehatan dan penyakit, tanpa mengutamakan perhatian pada penggunaan praktis dan pengetahuan tersebut, serta partisipasi profesional dalam program-program yang bertujuan memperbaiki derajat kesehatan melalui pemahaman yang mendalam mengenai hubungan antara gejala biososio budaya dan kesehatan, dan melalui perubahan perilaku sehat dalam arah yang dipercaya dapat memperbaiki kesehatan dalam arah yang lebih baik (Anderson, 2009).

Peranan ilmu kesehatan masyarakat dalam antropologi adalah memberikan pemahaman tentang sikap penduduk yang ditelitinya tentang kesehatan, tentang sakit, pengobatan tradisional, terhadap pantangan-pantangan kebiasaan dan makanan dan sebagainya. Kemudian peranan ilmu psikiatri dalam antropologi merupakan suatu pengulasan dari hubungan antara ilmu antropologi dan psikologi, yang kemudian mendapat fungsi praktis setelah memahami tingkah laku manusia dengan segala latar belakang dan proses-proses mentalnya. Begitu juga peranan ilmu linguistik dalam antropologi memiliki kontribusi besar dalam mengembangkan konsep-konsep dan metode-metode untuk mengupas segala macam bentuk bahasa dan asalnya. Demikian juga dapat dicapai suatu pengertian tentang ciri-ciri dasar dari tiap bahas di dunia secara cepat dan mudah dipahami.

Peranan antropologi dalam pembangunan yang direncanakan untuk memberikan perawatan kesehatan yang lebih baik terhadap masyarakat. Ini berarti penerapan masalah pengetahuan antropologi kesehatan dan konsekuensinya. Fokus yang dibicarakan dalam bagian ini adalah mengenai antropologi tentang kesehatan atau antropologi

dalam kesehatan. Untuk menjadi seorang antropologi kesehatan, seseorang memerlukan dasar latihan antropologi yang baik, pengalaman penelitian, naluri terhadap masalah, simpati terhadap orang lain dan tentu saja dapat memasuki dunia kesehatan dan masyarakat kesehatan yang bersedia menerima kehadiran para ahli antropologi itu (Djoht, 2002).]

### **C. PERANAN ANTROPOLOGI DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN**

Fokus yang dibicarakan dalam bagian ini adalah mengenai antropologi tentang kesehatan atau antropologi dalam kesehatan. Ini berarti membahas kesehatan dari perspektif antropologi “sebagai ahli antropologi” dan membahas ahli antropologi sebagai pekerja kesehatan. Untuk menjadi seorang ahli antropologi kesehatan, seseorang memerlukan dasar latihan antropologi yang baik, pengalaman penelitian, naluri terhadap masalah, simpati terhadap orang lain dan tentu saja dapat memasuki dunia kesehatan dan masyarakat kesehatan yang bersedia menerima kehadiranpara ahli antropologi itu. Ahli antropologi mempunyai banyak ladang di dalam lembaga kesehatan atau “masyarakat kesehatan” sebagai tempat kajiannya seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit umum, dokter praktek, para pasien, sekolah-sekolahkedokteran, kliniklinik, puskesmas dan “masyarakat kesehatan” lainnya. Metode metode penelitian yang sama seperti yang dipergunakan ahli antropologi pada umumnya dalam penelitian tradisional dapat diterapkan kepada lingkungan-lingkungan itu (masyarakat kesehatan) (Kaplan, R.M., Sallis, J.M., Jr. & Patterson, 1993). Pranata-pranata kesehatan dalam arti yang luas adalah sejumlah lapangan penelitian yang sangat produktif bagi para ahli antropologi. Namun tidaklah cukup jika hanya pranata kesehatan saja yang dipelajari. Para ahli antropologi harus dapat memasuki pranata itu.

Meneliti pranata kesehatan dalam masyarakat tradisional tidak memerlukan para tenaga kesehatan, tetapi meneliti “masyarakat kesehatan” tidak cukup seorang ahli antropologi, tetapi ia harus diterima dalam pranata masyarakat kesehatan dan membutuhkan bantuan tenaga professional kesehatan yang lain.

#### **D. SUB KEBUDAYAAN RUMAH SAKIT**

WHO (1957) memberi batasan tentang pengertian rumah sakit adalah bagian menyeluruh atau (integral) dari organisasi sosial dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap pada masyarakat, baik kuratif, maupun rehabilitatif, dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan, dan rumah sakit juga merupakan pusat latihan tenaga kesehatan serta untuk penelitian bio-sosial. Pengertian lain dari rumah sakit menurut SK Menkes No.983 Tahun 1992, rumah sakit mempunyai tugas penting guna melaksanakan upaya kesehatan secara berhasil dengan mengutamakan usaha penyembuhan dan pemulihan yang di laksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Berdasarkan pengertian-pengertian tersebut, maka sebagai sarana pelayanan kesehatan, rumah sakit juga rentan terhadap kejadian yang tidak diharapkan (KTD) khususnya pada pasien sebagai aspek utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Untuk mencegah kejadian KTD pada pasien, maka diharapkan adanya perpaduan pendekatan (*holistic approach*) dan budaya untuk mengatasi KTD perlu dipergunakan. Pendekatan sistem lazim dikenal sebagai *hard approach* sedang pendekatan budaya/manusia lazim dikenal sebagai *soft approach*. Sebagai *hard approach*, pendekatan sistem dapat dipergunakan untuk membudayakan nilai-nilai. Sedangkan *soft approach* dapat melalui budaya-budaya yang ada di rumah sakit, sebagai contoh yaitu budaya

organisasi. Budaya organisasi berasal dari kata Inggris, *organizational culture*; budaya organisasi secara resmi diperkenalkan oleh Pettigrew pada tahun 1979 dalam tulisannya di *Administrative Science Quarterly*. Menurut Martin (2002), pada dasarnya konsep budaya organisasi mengacu pada tiga paradigma:

1. ***Integrated approach*** menyatakan bahwa setiap organisasi mempunyai satu jenis budaya yang mewarnai semua nilai dan perilaku para anggotanya.
2. ***Differentiation approach*** menekankan pada consensus subbudaya. Pada pendekatan ini dimungkinkan bahwa setiap organisasi mempunyai satu atau lebih sub-budaya yang dibedakan menjadi tiga yaitu: *enhancing sub culture* yaitu subbudaya yang sejalan dan sama dengan budaya organisasi, *orthogonal sub culture* yaitu sub-budaya yang berbeda dengan budaya organisasi namun tidak bertentangan dan *encounter sub culture* yaitu sub-budaya yang berlawanan dengan budaya organisasi. Suatu contoh di RS JHX terdapat beberapa subbudaya. Sub-budaya divisi ICU berbeda dengan sub-budaya divisi Radiologi.
3. ***Fragmentation approach*** menyatakan bahwa budaya organisasi tersebut sebenarnya tidak ada; yang ada adalah nilai-nilai pribadi anggota organisasi.

Budaya organisasi adalah suatu realita asumsi dasar, nilai-nilai, kebiasaan-kebiasaan yang hidup dan dihayati dan dilakukan oleh para anggotanya (*culture-in-practice*). Budaya bukan sekadar slogan-slogan yang mencantumkan nilai-nilai yang diinginkan (*espoused culture*). Karena itu dalam mengkaji budaya organisasi, harus difokuskan pada kebiasaan, perilaku dan nilai-nilai yang dianut dan dijalankan

oleh para anggotanya (*das Sein*) dan bukan mengkaji budaya yang diinginkan (*das Sollen*). Pada umumnya pembentukan budaya organisasi ditentukan oleh para pendiri organisasi. Mengacu pada filosofi, visi, misi, nilai-nilai yang dianutnya, pendiri organisasi memilih orang-orang yang mempunyai relatif menganut hal-hal yang sama. Pembudayaan *patient safety culture* perlu mempertimbangkan faktor-faktor tersebut serta diawali tahap pertama yang mengidentifikasi nilai. Budaya keselamatan merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan karyawan, manajemen, pasien, atau anggota masyarakat lainnya. Budaya keselamatan pasien dikembangkan dari konsep-konsep budaya keselamatan di dunia industri. Walaupun memiliki karakteristik yang berbeda, berbagai penelitian budaya keselamatan di industri lain menjadi dasar pengembangan konsep keselamatan pasien di rumah sakit. Salah satu perbedaan konsep budaya keselamatan yang ada di rumah sakit adalah focus untuk melindungi pasien yang lebih besar daripada perlindungan terhadap personel sendiri

## REFERENSI

1. Haviland, William A (1999) *Antopologi, Jilid 1*, Alih Bahasa: R.G.Soekadijo, Jakarta: Erlangga.
2. Jones, Edward.Ee. (2000) "Stereotip", dalam Adam Kuper & Jesica Kuper, *Ensiklopedi Ilmu-ilmu Sosial*, Diterjemahkan oleh Haris Munandar, Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
3. Kaplan,D., dan Manners, A.A. (1999) *Teori Budaya*, Terjemahan Landung Simatupang, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
4. Kaplan,D., dan Manners, A.A. (1999) *Teori Budaya*, Terjemahan Landung Simatupang, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
5. Keesing Robert, M. (1981) *Cultural Anthropology: Contemporary Perspective*, New York: Holt, Rinehart And Winston.
6. Keesing, Felix, M. (1958) *Cultural Anthropology: The Science of Custom*, New York:
7. Rinehart. Koentjaraningrat, (1990) *Sejarah Teori Antropologi, Jilid 2*, Jakarta: Universitas Indonesia Press.
8. Djikstra, K. *Understanding Healing Environments: Effects of Physical Environmental Stimuli on Patiens' Effects of Health and WellBeing*, Netherlands: University of Twente, 2009.
9. Kaplan, R.M., Sallis, J.M., Jr. & Patterson, T.L. *Health and Human Behavior*. New York: Mc. Graw Hill Inc, 1993.
10. Anderson, F. 2009. *Antropologi Kesehatan*. UI Press, Jakarta.

## PROFIL PENULIS

### **Devi Hairina Lestari, S.Kep., Ns.,M.Kep**

lahir di kota Amuntai, 02 Juli 1989. Menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan Intan Martapura tahun 2010, selanjutnya melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan lulus tahun 2012 di Universitas Airlangga Surabaya dan Profesi Ners lulus tahun 2013 di Universitas Airlangga Surabaya. Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang dan menyelesaikan pendidikan tahun 2019.



Saat ini penulis adalah dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura yang berada di bawah Lembaga Layanan Pendidikan Tinggi (LLDIKTI) wilayah XI Banjarmasin. Berpengalaman sebagai dosen sejak tahun 2013. Saat ini di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura mengajar keperawatan gerontik, keperawatan keluarga, keperawatan jiwa, keperawatan dasar, metodologi keperawatan, promosi kesehatan serta komunikasi keperawatan. Selain mengajar penulis juga aktif di berbagai seminar keperawatan.

Email Penulis: [devihairina89@hotmail.com](mailto:devihairina89@hotmail.com)

## **BAB 5**

# **TEORI *CULTURE CARE* LEININGER DAN PENGKAJIAN BUDAYA**

**(Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B.)**

Akademi Keperawatan Pasar Rebo; Jl. Tanah Merdeka No. 16,17,18  
Pasar Rebo, Jakarta Timur 13750, telp (021-8404242)  
Email: nersyuan@gmail.com

### **A. TEORI *CULTURE CARE***

#### 1. Sejarah Teori *Culture Care*

Dr. Leininger adalah pelopor gerakan keperawatan transkultural. Dr. Leininger mulai mengembangkan teori keperawatan budaya: keragaman dan universalitas pada akhir tahun 1940. Leininger bersama teman-temannya telah menghasilkan lebih dari 400 karya ilmiah mengenai keperawatan transkultural. (Sagar, ). Dr. Leininger bekerja dalam 6 (enam) dekade mendirikan keperawatan transkultural sebagai bidang studi formal dan disiplin ilmu dalam keperawatan dan melembagakannya sebagai landasan teoritis (Sagar, 2012).

Teori *Culture Care* (Keperawatan Budaya) oleh Madeleine Leininger dipandang sebagai pengetahuan dan pemahaman perbedaan budaya dalam praktik keperawatan, perawatan sehat-sakit, keyakinan, dan nilai-nilai untuk memberikan asuhan keperawatan yang bermakna. Perbedaan budaya menyebabkan individu memiliki perilaku perawatan yang berbeda, nilai sehat-sakit, keyakinan, dan pola perilaku yang berbeda (Leininger, 2002). Praktik keperawatan transkultural

membahas dinamika budaya yang mempengaruhi hubungan perawat-klien. Leininger mengembangkan Teori *Culture Care* dengan tujuan untuk memberikan perawatan holistik budaya yang kongruen (Leininger, 2002).

## 2. Konsep Teori *Culture Care*

Teori *Culture Care* Leininger dikenal dengan Teori *Sunrise Model* yang digambarkan sebagai penggerak matahari terbit yang bertujuan menggali keperawatan budaya, sebagai simbol harapan untuk menghasilkan pengetahuan keperawatan yang baru. Teori model ini terdiri dari beberapa faktor yaitu teknologi, agama dan filosofi, kekeluargaan dan sosial, nilai budaya dan jalan hidup, politik dan hukum, ekonomi dan pendidikan, membentuk sinar matahari yang mempengaruhi sehat-sakit individu, keluarga dan masyarakat (Leininger, 2002; Leininger & McFarland, 2006).

## 3. Konsep Utama Teori Keperawatan Budaya

Adapun konsep utama dari teori keperawatan budaya menurut Leininger (1991), Leininger (2002), Leininger & McFarland (2006), McFarland & Wehbe-Alamah (2019), yaitu:

### 1) Keperawatan Transkultural

Keperawatan transkultural didefinisikan sebagai cabang keperawatan yang berfokus pada studi komparatif dan analisis budaya mengenai praktik keperawatan dan perawatan sehat-sakit, keyakinan, dan nilai-nilai untuk memberikan layanan asuhan keperawatan yang bermakna dan berkhasiat.

### b. *Ethnonursing*

Studi tentang keyakinan, nilai, dan praktik asuhan keperawatan yang dirasakan dan diketahui oleh budaya melalui pengalaman langsung, keyakinan, dan sistem nilai,

c. Keperawatan (*Nursing*)

Keperawatan didefinisikan sebagai profesi dan disiplin ilmu yang ilmiah dan humanistik yang difokuskan pada fenomena dan kegiatan perawatan manusia untuk membantu, mendukung, memfasilitasi, atau memungkinkan individu atau kelompok untuk mempertahankan atau memperoleh kembali kesejahteraan (atau kesehatan) mereka dalam arti budaya dan cara yang bermanfaat, atau untuk membantu orang menghadapi cacat atau kematian

d. Asuhan Keperawatan Profesional (*Caring*)

Pengetahuan keperawatan profesional dan keterampilan praktik yang dipelajari secara formal dan kognitif yang diperoleh melalui lembaga pendidikan yang digunakan untuk memberikan tindakan yang membantu, mendukung, memungkinkan, atau memfasilitasi individu atau kelompok lain untuk meningkatkan kondisi kesehatan manusia. (atau kesejahteraan), kecacatan, jalan hidup, atau bekerja dengan klien menjelang ajal.

e. Perawatan budaya kongruen

Perawatan kongruen budaya yaitu tindakan atau keputusan yang berbasis kognitif, membantu, mendukung, fasilitatif, atau memungkinkan yang dibuat khusus agar sesuai dengan individu, kelompok, atau institusional, nilai-nilai budaya, keyakinan, dan cara hidup untuk memberikan atau mendukung pelayanan kesehatan atau kesejahteraan yang bermakna, bermanfaat, dan memuaskan.

f. Kesehatan

Keadaan sejahtera yang didefinisikan, dihargai, dan dipraktikkan secara budaya yang mencerminkan kemampuan individu (atau kelompok) untuk melakukan aktivitas peran sehari-hari mereka dalam cara hidup yang diungkapkan secara budaya, bermanfaat, dan berpola.

g. Manusia

Seseorang yang diyakini peduli dan mampu memperhatikan kebutuhan, kesejahteraan, dan kelangsungan hidup orang lain. Leininger juga menunjukkan bahwa keperawatan sebagai ilmu yang peduli harus fokus di luar interaksi perawat-pasien tradisional termasuk keluarga, kelompok, komunitas, budaya, dan institusi.

h. Masyarakat dan Lingkungan

Leininger tidak mendefinisikan istilah-istilah ini; dia berbicara alih-alih pandangan dunia, struktur sosial, dan konteks lingkungan.

i. Pandangan dunia

Pandangan dunia adalah bagaimana orang memandang dunia, atau alam semesta, dan membentuk "gambaran atau pendirian nilai" tentang dunia dan kehidupan mereka.

j. Dimensi budaya dan struktur sosial

Dimensi budaya dan struktur sosial melibatkan pola dan ciri dinamis dari faktor struktural dan organisasional yang saling berhubungan dari budaya tertentu (subkultur atau masyarakat) yang mencakup agama, kekerabatan (sosial), politik (dan hukum), ekonomi, pendidikan, teknologi, dan nilai-nilai budaya, faktor etnohistoris, dan bagaimana faktor-faktor ini dapat saling terkait dan mempengaruhi perilaku manusia dalam konteks lingkungan yang berbeda.

k. Konteks Lingkungan

Merupakan keseluruhan kejadian, kondisi, atau pengalaman yang memberi makna pada interpretasi, ungkapan, dan interaksi sosial dalam pengaturan fisik, sosial politik, ekologi, dan/atau budaya tertentu.

l. Budaya

Budaya yaitu pemikiran, keputusan, dan tindakan yang terpolakan yang

dipandu oleh nilai, kepercayaan, norma, dan cara hidup dari suatu kelompok yang dipelajari, dibagikan, dan ditransmisikan.

m. Perawatan Budaya

Perawatan budaya yaitu nilai, keyakinan, dan pola hidup yang dapat dipelajari dan ditransmisikan secara objektif dan subjektif untuk membantu, memfasilitasi, mendukung, atau memungkinkan individu atau kelompok mempertahankan kesehatan, kesejahteraan, meningkatkan kondisi kemanusiaan, atau menangani penyakit, cacat ataupun kematian.

n. Keanekaragaman perawatan budaya

Variabilitas atau perbedaan dalam arti, pola, nilai, cara hidup, atau simbol perawatan baik di dalam atau di antara masyarakat.

o. Perawatan budaya universalitas

Menunjukkan makna, pola, nilai, cara hidup, atau simbol perawatan yang seragam, umum, atau dominan yang ada di antara berbagai budaya dan mencerminkan cara membantu, mendukung, fasilitatif, atau memungkinkan untuk membantu orang.

Berikut ini adalah subkonsep dari Teori *Culture Care* Madeleine Leininger (Leininger, 1991; Leininger, 2002; Leininger & McFarland, 2006) yaitu:

a. Sistem Perawatan Generik (Folk atau Lay)

Sistem ini dipelajari dan ditularkan secara budaya, asli (atau tradisional), pengetahuan dan keterampilan rakyat (berbasis rumah) yang digunakan untuk membantu, mendukung, memampukan, atau memfasilitasi individu, kelompok, atau lembaga lain untuk memperbaiki atau meningkatkan kehidupan manusia, kesehatan (atau kesejahteraan), atau untuk menangani kecacatan dan situasi kematian.

b. Emic

Pengetahuan umum (generik) yang diperoleh dari pengalaman yang langsung dialami individu atau diperoleh dari orang lain yang pernah mengalaminya.

c. Sistem Perawatan Profesional

Sistem yang secara formal diajarkan, dipelajari, dan ditransmisikan ke dalam perawatan profesional, kesehatan, penyakit, kesejahteraan, pengetahuan terkait dan keterampilan praktik yang berlaku di lembaga profesional, yang terdiri dari personel dari berbagai disiplin ilmu untuk melayani konsumen.

d. Etik

Pengetahuan keperawatan profesional yang menggambarkan perspektif profesional.

e. *Etnohistory*

*Etnohistory* meliputi fakta, peristiwa, contoh, pengalaman masa lalu individu, kelompok, budaya, dan instruksi yang terutama berpusat pada orang (etno) dan menggambarkan, menjelaskan, dan menafsirkan cara hidup manusia dalam konteks budaya tertentu selama periode waktu tertentu.

f. Peduli (*care*)

Peduli (*care*) sebagai kata benda merupakan fenomena abstrak dan konkret yang terkait dengan membantu, mendukung, atau memungkinkan pengalaman atau perilaku terhadap orang lain dengan kebutuhan yang jelas atau diantisipasi untuk memperbaiki atau meningkatkan kondisi atau kehidupan manusia.

g. Peduli (*care*)

Peduli (*care*) sebagai kata kerja merupakan tindakan dan kegiatan untuk membantu, mendukung, atau memungkinkan pengalaman atau

perilaku terhadap orang lain dengan kebutuhan yang jelas atau diantisipasi untuk memperbaiki atau meningkatkan kondisi atau kehidupan manusia.

h. Kejutan budaya (*culture shock*)

Terjadi ketika seseorang berusaha memahami atau beradaptasi secara efektif dengan kelompok budaya yang berbeda. Individu cenderung mengalami perasaan tidak nyaman dan tidak berdaya dan juga beberapa derajat disorientasi dikarenakan perbedaan nilai, kepercayaan, dan praktik budaya. Kejutan budaya dapat menyebabkan kemarahan, namun hal ini dapat dikurangi dengan cara mencari informasi sebanyak-banyaknya tentang suatu budaya sebelum bertemu dengan budaya tersebut.

i. Pemaksaan budaya

Pemaksaan budaya mengacu pada upaya orang luar, baik secara halus maupun kasar, untuk memaksakan nilai suatu budaya, kepercayaan, dan perilaku kepada individu, keluarga, atau kelompok dari budaya lain. (Leininger, 1978)

#### 4. Asumsi Teori *Culture Care*

Pembentukan asumsi teori berasal dari prinsip utama teori *Sunrise Model*. Terdapat 11 (sebelas) asumsi teori *Sunrise Model* (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019), yaitu:

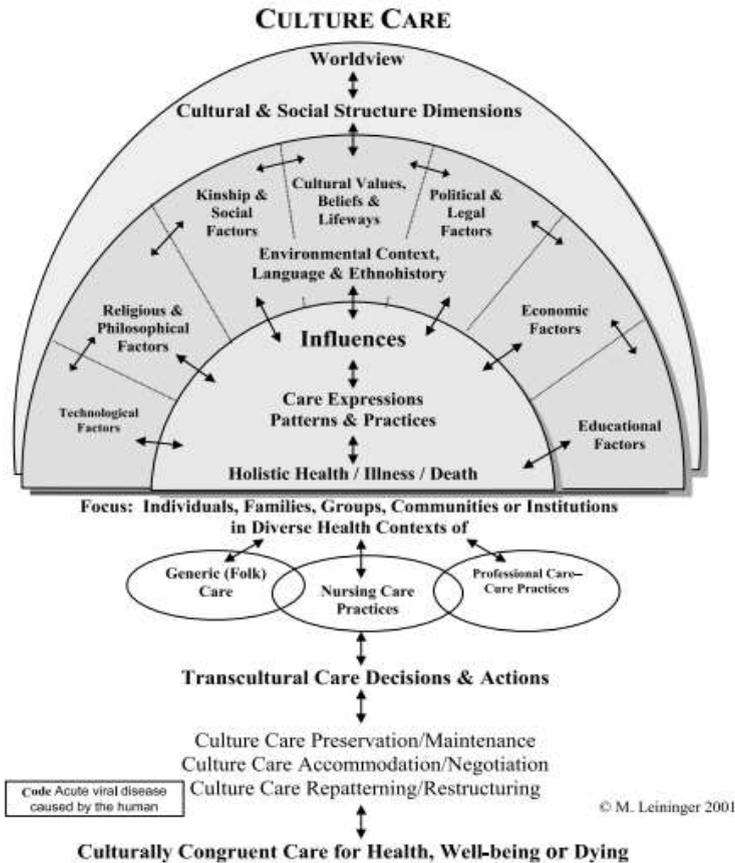
- 1) Perawatan (*Care*) adalah hal yang penting, utama, dominan, berbeda, dan menyatukan fokus keperawatan.
- 2) Perawatan ilmiah dan humanistik sangat penting untuk pertumbuhan manusia, kesejahteraan, kesehatan, kelangsungan hidup, dan menghadapi ajal, kematian, dan kecacatan.
- 3) Perawatan (*caring*) sangat penting untuk mengobati atau menyembuhkan, dimana tidak ada penyembuhan tanpa perawatan (asumsi ini memiliki relevansi yang mendalam di seluruh dunia).

- 4) Perawatan budaya (*culture care*) adalah sintesis dari dua konstruksi utama (budaya dan kepedulian) yang memandu peneliti untuk menemukan, menjelaskan, dan melaporkan kesehatan, kesejahteraan, ungkapan perawatan, dan kondisi lainnya.
- 5) Bentuk ungkapan perawatan, makna, pola, proses, dan struktur budaya beragam namun ada beberapa kesamaan (universalitas) di antara budaya.
- 6) Pandangan dunia, struktur sosial (seperti spiritualitas, agama, falsafah hidup, kekeluargaan, politik, ekonomi, pendidikan, teknologi, faktor biologis, dan nilai budaya), dan konteks etnohistoris dan lingkungan mempengaruhi nilai, keyakinan, dan praktik perawatan budaya.
- 7) Setiap budaya memiliki generik (*awam, folk, naturalistik*; terutama *emic*) dan beberapa perawatan profesional (*etika*) untuk ditemukan dan digunakan untuk praktik perawatan budaya yang sesuai (*kongruen*).
- 8) Ketika nilai, keyakinan, ungkapan, dan pola perawatan budaya diketahui secara eksplisit dan digunakan oleh orang dengan budaya yang sama atau berbeda secara tepat, sensitif, dan bermakna, maka akan diperoleh perawatan budaya yang kongruen dan terapeutik.
- 9) Tiga mode perawatan teoretis Leininger (*mode perawatan budaya*) menawarkan cara baru, kreatif, dan berbeda yang terapeutik untuk membantu orang dengan budaya yang beragam.
- 10) Metode penelitian *ethnonursing* dan metode penelitian paradigmatik kualitatif lainnya menawarkan sarana untuk menemukan sebagian besar pengetahuan dan praktik perawatan budaya yang tertanam, terselubung, epistemik, dan ontologis.
- 11) Keperawatan transkultural adalah disiplin ilmu yang memiliki kumpulan pengetahuan dan praktik yang dirancang untuk

membantu pemberi asuhan mencapai dan mempertahankan tujuan memberikan perawatan budaya yang sesuai demi kesehatan dan kesejahteraan.

### 5. *Sunrise Model*

Gambar Teori Sunrise Model



Sumber : (Leininger, 2002)

Pandangan perawatan budaya meliputi pengetahuan tentang individu, keluarga, kelompok, masyarakat, dan institusi dalam sistem kesehatan yang beragam. Pengetahuan akan hal ini memberikan makna dan ekspresi budaya mengenai perawatan dan kesehatan. Fokus selanjutnya adalah pada sistem generik, sistem perawatan profesional,

dan asuhan keperawatan. Sistem ini mencakup karakteristik dan fitur perawatan khusus yang memungkinkan untuk mengidentifikasi persamaan dan perbedaan atau universalitas dan keragaman perawatan budaya.

## **B. PENGKAJIAN BUDAYA**

Leininger mengembangkan model keperawatan dalam bentuk matahari terbit (*Sunrise Model*) untuk menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks budaya.

### **1. Pengkajian**

Tujuan dari pengkajian budaya adalah untuk mendapatkan informasi yang akurat sehingga rencana keperawatan relevan secara budaya dan dapat dibuat dan diterima oleh pasien (Campinha-Bacote, 2011). Perawat membutuhkan keterampilan untuk melakukan pengkajian budaya individu, kelompok, dan masyarakat yang sistematis seperti keyakinan, nilai-nilai, dan praktek budaya. Banyak model dan instrumen untuk memfasilitasi pengkajian budaya, termasuk *Sunrise Model* Leininger (2002), dan Model Transkultural Giger & Davidhizar (2002). Penggunaan model pengkajian budaya membantu perawat fokus pada informasi yang paling relevan dengan masalah pasien dan membantu lebih memahami faktor kompleks yang mempengaruhi pandangan dunia budaya pasien.

#### **1) *Sunrise Model* Leininger**

Teori dan model Madeleine Leininger "*Sunrise Model*". adalah instrumen pengkajian pertama yang dikembangkan bagi perawat untuk menilai budaya klien secara tepat dan mengevaluasi dampak budaya terhadap asuhan keperawatan dimana pengkajian dilakukan berdasarkan 7 (tujuh) komponen (Leininger, 2002), yaitu :

#### a. Faktor teknologi

Teknologi dan budaya telah memberikan dampak yang luar biasa pada kehidupan setiap orang, terutama di bidang kesehatan. Tujuan teknologi di bidang kesehatan yaitu untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatan. Perawat perlu mengkaji alasan klien membutuhkan pelayanan kesehatan, persepsi klien terkait konsep sehat-sakit, alasan klien memilih pengobatan alternatif daripada pengobatan medis, persepsi klien mengenai pemanfaatan teknologi untuk mengatasi masalah kesehatan, kebiasaan berobat klien atau cara yang biasa klien gunakan dalam mengatasi masalah kesehatan.

#### b. Faktor agama dan falsafah hidup

Agama dan spiritualitas memainkan peran penting dalam keputusan medis sebagian besar pasien yang mencari pelayanan kesehatan. Agama memberikan motivasi yang sangat kuat untuk menjunjung tinggi kebenaran di atas segalanya. Perawat perlu mengkaji terkait faktor agama dan falsafah hidup meliputi agama klien, status pernikahan, cara pandang klien terhadap penyakit seperti penyebab penyakit, dan cara pengobatan serta kebiasaan agama yang memiliki pengaruh positif terhadap kesehatan.

#### c. Faktor sosial dan keterikatan keluarga

Faktor sosial mengacu pada berbagai elemen yang berakar dalam masyarakat. Faktor sosial dapat menciptakan dampak yang besar pada individu dan masyarakat pada umumnya. Perawat perlu mengkaji nama lengkap dan nama panggilan klien, jenis kelamin, umur dan tempat tanggal lahir, status pernikahan, tipe keluarga, hubungan klien dengan kepala keluarga, dan mekanisme pengambilan keputusan dalam keluarga.

#### d. Nilai-nilai budaya dan gaya hidup

Nilai-nilai budaya adalah sesuatu hal yang dianggap baik atau buruk

yang dirumuskan dan ditetapkan oleh penganut budaya tertentu. Norma budaya adalah suatu kaidah yang diterapkan secara terbatas pada penganut budaya tertentu saja. Perawat perlu mengkaji nilai budaya dan gaya hidup klien yang meliputi: jabatan dan posisi kepala keluarga, bahasa sehari-hari yang digunakan, kebiasaan makan, makanan yang dipantang saat sakit, persepsi sakit yang berkaitan dengan kegiatan sehari-hari dan kebiasaan *hygiene*.

e. Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku

Kebijakan dan peraturan rumah sakit yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya. Perawat perlu mengkaji kebijakan dan aturan rumah sakit terkait pasien rawat inap meliputi jam berkunjung, jumlah penunggu pasien, dan cara pembayaran biaya rumah sakit.

f. Faktor ekonomi

Untuk klien yang dirawat di rumah sakit, biaya pengobatan diperoleh dengan memanfaatkan sumber materi yang dimiliki oleh klien. Faktor ekonomi yang perlu dikaji diantaranya pekerjaan klien, sumber biaya pengobatan, tabungan keluarga, sumber pembiayaan lain seperti asuransi, pembiayaan dari kantor atau pembiayaan dari anggota keluarga lainnya.

g. Faktor pendidikan

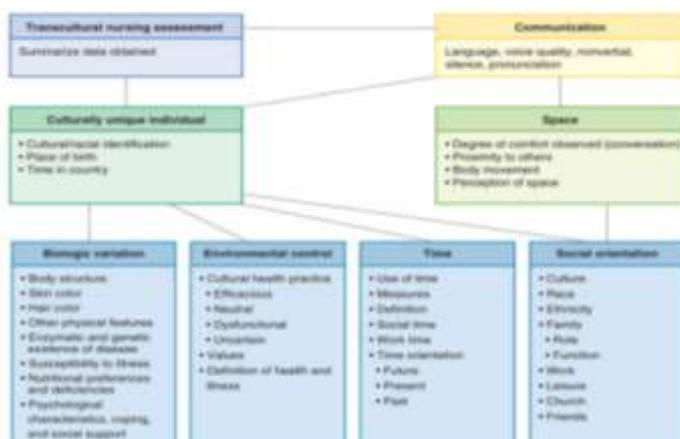
Yang dimaksud dengan tingkat pendidikan klien adalah jalur pendidikan formal tertinggi yang pernah dijalani oleh klien. Semakin tinggi tingkat pendidikan klien maka klien dapat beradaptasi terhadap budaya yang sesuai dengan kondisi kesehatannya karena keyakinan klien didasarkan bukti yang rasional. Pada faktor pendidikan, perawat perlu mengkaji tingkat pendidikan, jenis pendidikan serta kemampuannya menjadikan pengalaman sakit

sebagai pembelajaran.

## 2) Model Giger dan Davidhizar

Model keperawatan lain yang dikembangkan untuk membantu perawat dalam memberikan perawatan budaya yang sesuai dan kompeten yaitu Model Giger dan Davidhizar (Giger & Davidhizar, 2002; Giger & Haddad, 2017) Model ini mengumpulkan data yang terkait dengan enam domain budaya, yaitu komunikasi, ruang, orientasi sosial, waktu, kontrol lingkungan, dan variasi biologis (Giger & Haddad, 2017).

Gambar Teori Model Giger dan Davidhizar



Sumber : (Giger & Davidhizar, 2002; Giger & Haddad, 2017)

### a. Komunikasi

Pengkajian komunikasi meliputi bahasa yang digunakan klien, kualitas suara (kuat, lembut, rata-rata, melengking) penggunaan bahasa nonverbal (gerakan mata dan tangan, gerak tubuh, gestur, ekspresi), penggunaan (tidak sering, sering, lama) keheningan, cara pengucapan dan pelafalan kata (jelas, cadel, dialek), respon terhadap sentuhan (menolak atau menerima sentuhan, menyentuh orang lain tanpa kesulitan).

b. Ruang

Pengkajian ruang meliputi observasi tingkat kenyamanan saat berbicara, kedekatan dengan orang lain, gerakan tubuh, persepsi terhadap ruang

c. Organisasi Sosial

Pengkajian orientasi sosial meliputi status kesehatan, status pernikahan, jumlah anak, orangtua masih hidup atau sudah meninggal, aktivitas yang disukai, hobi, kepercayaan kepada Tuhan, peran dan fungsi dalam keluarga, orang yang paling berpengaruh, hubungan dalam keluarga, pekerjaan dulu, saat ini dan yang akan datang, pandangan politik dan pengaruhnya terhadap perilaku kesehatan.

d. Waktu

Pengkajian waktu meliputi orientasi waktu saat ini, masa lalu dan yang akan datang, pandangan terhadap waktu, reaksi psikokimia terhadap waktu (tidur 8 jam saat malam, tidur dan bangun pada waktu yang sama, memahami pentingnya medikasi sesuai jadwal).

e. Kontrol lingkungan

Pengkajian kontrol lingkungan meliputi *locus of control* (internal: meyakini kemampuan untuk berubah ada dalam diri, eksternal: meyakini bahwa takdir, keberuntungan dan kesempatan memiliki kaitan dengan bagaimana hal-hal berubah), orientasi nilai (percaya akan kekuatan supernatural, mengandalkan atau tidak mengandalkan sihir, atau ibadah untuk berubah), pengobatan tradisional yang digunakan, jumlah kunjungan ke rumah.

f. Variasi biologis

Pengkajian variasi biologis meliputi struktur tubuh, warna kulit, warna rambut, dimensi fisik lainnya, pemeriksaan laboratorium, adanya penyakit genetik dalam keluarga, kebiasaan keluarag dalam

merawat orang sakit, respon ketika marah, koping yang digunakan dan dukungan sosial, kebiasaan dan pilihan makanan keluarga, dan karakteristik psikologis.

## 2. Diagnosa Keperawatan Budaya

Diagnosa keperawatan adalah respon klien sesuai latar belakang budayanya yang dapat dicegah, diubah atau dikurangi melalui intervensi keperawatan (Giger, 2017). Adapun diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan dalam asuhan keperawatan budaya menurut Taylor et al., (2014) yaitu:

- 1) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan ketidakmampuan berbahasa dan tidak tersedianya penerjemah, perbedaan budaya
- 2) Isolasi sosial berhubungan dengan proses pindah dari lingkungan yang satu etnis ke lingkungan dengan etnis berbeda
- 3) Gangguan proses parenting berhubungan dengan penerapan disiplin berbasis budaya yang tidak pantas oleh negara saat ini
- 4) Distress spiritual berhubungan dengan ketidakmampuan berperan secara signifikan dalam ritual berbasis budaya
- 5) Ketidakberdayaan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk membuat penyedia layanan kesehatan mengerti akan pentingnya keyakinan dan nilai social
- 6) Harga diri rendah situasional berhubungan dengan kesulitan berbahasa dan ketidakmampuan untuk memperoleh pekerjaan
- 7) Manajemen regimen terapeutik tidak efektif berhubungan dengan ketidakpercayaan dari personel pelayanan kesehatan tradisional
- 8) Kesiapan peningkatan proses keluarga berhubungan dengan permintaan informasi mengenai perawatan anak.

### 3. Perencanaan dan Implementasi Keperawatan

Terdapat tiga mode keputusan dan tindakan asuhan keperawatan yaitu melibatkan pelestarian atau pemeliharaan budaya, mengakomodasi perawatan budaya atau negosiasi, dan penataan ulang atau restrukturisasi perawatan budaya (Leininger, 1991).

#### a. Pelestarian atau Pemeliharaan Budaya

Pelestarian atau pemeliharaan budaya meliputi tindakan dan keputusan yang membantu, mendukung, memfasilitasi, atau memungkinkan tindakan dan keputusan profesional yang membantu klien mempertahankan dan/atau melestarikan nilai-nilai budaya yang relevan sehingga kesejahteraan klien dapat dipertahankan, klien dapat sembuh dari penyakit, atau klien dapat menghadapi cacat dan/atau kematian.

#### b. Akomodasi perawatan budaya atau negosiasi

Akomodasi perawatan budaya atau negosiasi, termasuk tindakan dan keputusan yang membantu, mendukung, memfasilitasi, atau memungkinkan tindakan dan keputusan profesional yang membantu seseorang untuk beradaptasi atau bernegosiasi dengan orang lain untuk mencapai hasil kesehatan yang bermanfaat atau memuaskan dengan penyedia perawatan profesional.

#### c. Penataan ulang atau restrukturisasi perawatan budaya

Penataan ulang atau restrukturisasi perawatan budaya meliputi tindakan dan keputusan yang membantu, mendukung, memfasilitasi, atau memungkinkan tindakan dan keputusan profesional dalam menyusun ulang, mengubah, atau memodifikasi cara hidup klien, menghormati nilai dan keyakinan budaya klien serta memberikan cara hidup yang lebih bermanfaat atau sehat daripada sebelum klien melakukan perubahan.

Untuk menerapkan mode ini, perawat perlu membuat kesepakatan dengan pasien untuk mengubah atau memodifikasi rencana perawatan untuk mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik. Sebagai contoh ketika pasien mempercayai bahwa nyeri itu merupakan hukuman dari Tuhan atas dosa yang diperbuat pasien, sehingga pasien menolak pemberian medikasi anti nyeri. Perawat dapat mengajarkan pasien cara mengontrol nyeri, myakinkan pasien bahwa jika nyeri tidak diatasi maka nyeri tersebut semakin berat dan sulit untuk dikontrol. Dengan mengontrol nyeri, maka nyeri pun menjadi berkurang sehingga pasien lebih punya kesempatan untuk berdoa dan memohon ampunan atas dosa yang dilakukan (Sagar, 2012).

### **Pedoman untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan budaya.**

#### **1. Kembangkan Kesadaran Budaya**

Sebelum perawat dapat memberikan perawatan budaya yang kompeten kepada pasien, sadariilah peran pengaruh budaya dalam kehidupan. Periksa secara objektif keyakinan, nilai, praktik, dan pengalaman keluarga. Ketika perawat lebih peka terhadap faktor-faktor ini, maka perawat juga akan menjadi lebih sensitif terhadap pengaruh budaya dalam kehidupan orang lain. Identifikasi bias dan bagaimana pengaruhnya terhadap perasaan tentang orang lain? Bagaimana hal ini bisa mempengaruhi perawatan kepada pasien?

#### **2. Kembangkan Pengetahuan Budaya**

Pelajari sebanyak mungkin tentang sistem dan praktek kepercayaan orang-orang di komunitas dan pasien di tempat Anda bekerja. Praktekkan teknik observasi dan mendengarkan untuk memperoleh pengetahuan tentang keyakinan dan nilai-nilai pasien.

Beberapa orang yang berasal dari budaya minoritas, mungkin telah diremehkan atau diejek dan mungkin ragu-ragu untuk mendiskusikan keyakinan dan kebiasaan mereka.

### 3. Mengakomodasi budaya

Praktek dalam perawatan kesehatan memasukkan faktor latar belakang budaya pasien bila memungkinkan jika praktiknya tidak membahayakan kesehatan pasien. Praktek kesehatan yang bertentangan dengan latar belakang budaya pasien dapat menyebabkan pasien menolak perawatan atau gagal mengikuti terapi yang ditentukan. Ubah perawatan untuk menyertakan praktik dan praktisi tradisional sebanyak mungkin, dan menjadi advokat untuk pasien dari kelompok budaya yang beragam.

Sebagai contoh, perawat mengakomodasi praktik diet budaya pasien. Bagian gizi dapat menyediakan makanan yang sesuai dengan praktik diet khusus. Keluarga dapat didorong untuk membawakan makanan untuk pasien dari rumah dengan preferensi tertentu yang sesuai kebijakan rumah sakit.

### 4. Hormati budaya berbasis peran keluarga

Pertimbangkan peran budaya anggota keluarga dalam membuat sebagian besar keputusan penting. Dalam beberapa budaya keputusan dibuat oleh suami atau ayah, sedangkan di budaya lain mungkin nenek atau sesepuh lain yang dihormati.

Melakukan asuhan keperawatan yang tidak disetujui oleh orang ini dapat mengakibatkan konflik atau mengabaikan nilai-nilai pasien dan keluarga. Berhati-hatilah dalam melibatkan orang ini dalam perencanaan asuhan keperawatan.

### 5. Hindari Memberikan Amanat Perubahan

Berikan dukungan dan penguatan untuk pasien untuk mengubah perilaku kesehatan dengan dasar budaya. Jangan memaksa pasien untuk

berpartisipasi dalam perawatan yang bertentangan dengan nilai-nilai mereka. Jika pasien terpaksa menerima perawatan seperti itu, akan mengakibatkan perasaan bersalah dan keterasingan dari agama atau kelompok budaya yang mengancam kesejahteraan pasien itu.

#### 6. Mencari bantuan budaya

Mencari bantuan dari anggota keluarga yang dihormati, anggota pemuka agama, atau ahli pengobatan tradisional, sehingga pasien lebih mungkin untuk menerima layanan perawatan kesehatan. Mengakui peran ahli pengobatan tradisional dapat menjadi cara penting untuk membangun kepercayaan.

## REFERENSI

- Campinha-Bacote J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online Journal Issues in Nursing*, 16(2), 5.
- Giger, J. (2017). *Transcultural nursing: assessment and intervention*. 7th ed. Elsevier.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185–188. <https://doi.org/10.1177/10459602013003004>
- Giger, J. N., & Haddad, L. G. (2017). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention* (8th ed.). Elsevier Inc.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- M.Leininger, M., & R.McFarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2nd editio). Jones And Bartlett Publishers.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Sagar, P. L. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practices and Administration*. Springer US.
- Taylor, C., Lillis, C., Lynn, P., & LeMone, P. (2014). Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered nursing care: Eighth edition. In *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Person-Centered Nursing Care: Eighth Edition*.

## PROFIL PENULIS

### **Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B**

Penulis lahir di Jakarta, 18 Januari 1985. Menamatkan kuliah S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2006, lalu melanjutkan kuliah profesi keperawatan pada tahun 2009-2010. Pada tahun 2010-2012 bekerja sebagai perawat pelaksana di ruang ICU RS Mitra Keluarga Depok, lalu pada tahun 2012 bekerja sebagai dosen di Akademi Keperawatan Pasar Rebo sampai dengan sekarang. Pada tahun 2015-2017 melanjutkan kuliah S2 Keperawatan di UI, dan pada tahun 2018 menyelesaikan program Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di UI. Pada tahun 2017 mengikuti HIBAH PITTA UI dan menghasilkan 1 (satu) publikasi terindeks Scopus. Penulis aktif dalam melakukan tridharma Perguruan Tinggi.



Beberapa penelitiannya mengenai kualitas hidup pasien hemodialisis, pengaruh akupresur dalam menurunkan skala pruritus pasien hemodialisis (prosiding terindeks *Web of Science*), hubungan stress akademik dan tingkat kecanduan gadget dengan prestasi mahasiswa, faktor yang berhubungan dengan penerimaan vaksinasi COVID-19 (*literatur review*) sudah dipublikasikan. Penulis aktif menulis buku-buku kesehatan, diantaranya berjudul Komunikasi Kesehatan: sebuah tinjauan praktis, Epidemiologi Penyakit Tidak Menular, dan Metodologi Penelitian Kesehatan. Penulis juga berpartisipasi dalam percepatan pelaksanaan vaksinasi COVID-19, dan aktif memberikan penyuluhan kesehatan pada masyarakat. Penulis merupakan Journal Editor dari Buletin Kesehatan Akper Pasar Rebo.

Email Penulis: [nersyuan@gmail.com](mailto:nersyuan@gmail.com)

# **BAB 6**

## **ETIOLOGI PENYAKIT DAN PERSEPSI SEHAT SAKIT**

**(Ns. Nawang Pujiastuti, M.kep, Sp.Kom.)**

Akademi Keperawatan Pasar Rebo; Jl. Tanah Merdeka No. 16,17,18  
Pasar Rebo, Jakarta Timur 13750, telp (021-8404242)  
Email:nawangpujiastuti9@gmail.com

### **A. ETIOLOGI PENYAKIT**

#### **1. Model Proses Terjadinya Penyakit**

Ada tiga model untuk menentukan terjadinya penyakit pada suatu individu maupun kelompok di dalam ilmu keperawatan. setiap model memberikan ciri interaksi antara individu dengan kehidupan dan lingkungannya. Dibawah ini akan dijabarkan model yang digunakan untuk menentukan proses terjadinya penyakit :

#### **2. Model Kontinum sehat-sakit**

Model ini memandang sehat dan sakit merupakan suatu rentang atau kontinum. Suatu skala ukur secara relatif dalam mengukur keadaan sehat atau sakit seseorang. Model ini merupakan aliran dari tokoh Neuman yang mengemukakan sehat merupakan tingkat sejahtera pasien pada waktu rentang dari kondisi sejahtera yang optimal dengan energi yang paling maksimum, sampai kondisi kematian sekaligus tanda habisnya energi secara total. Perubahan kondisi sehat dan sakit menurut model kontinum merupakan suatu

hubungan yang relatif dan dinamis. Kondisi ini membuat perawat dapat membandingkan keadaan sehat para pasien dengan membandingkan kesehatan pasien di masa lalu. Perubahan tingkat kesehatan pasien ini ditentukan oleh sikap adaptasi yang dilakukan oleh individu terhadap perubahan dilingkungan internal maupun eksternal.

Penentuan sehat dan sakit dalam model ini dapat diambil dari dua sudut pandang yaitu pasien dalam memandang sehat melalui kondisi fisik, emosional, sosial, intelektual, perkembangan dan spiritual. Dan sudut pandang perawat menentukan kondisi kesehatan dan sakit pasien melalui rentang sakit yang pernah dilalui, yaitu dari titik sakit terberat hingga kondisi kesejahteraan pasien. Kelemahan dari metode kontinum sehat-sakit yaitu perawat menemui kesulitan dalam menentukan tingkat kesehatan pasien sesuai dengan titik tertentu yang ada di antara dua titik ekstrem kontinum.

### 3. Model segitiga epidemiologi atau ekologi

Model ini memiliki tiga unsur yang saling mempengaruhi dan berhubungan erat. Manusia berperan sebagai *host*, agen penyakit atau *agent* dan lingkungan sebagai *environment* selalu menjalin interaksi dalam proses terjadinya penyakit. Interaksi yang dimunculkan agent menjadi kunci sehat dan sakit manusia. Jika manusia dapat beradaptasi dengan lingkungan dan penyakit maka tetap sehat. Kondisi sehat sakit sangat dipengaruhi oleh perkembangan *agent* dan ketahanan *host*.

**Host (Penjamu)**, Penjamu adalah organisme, biasanya manusia atau hewan yang menjadi tempat persinggahan penyakit. Penjamu memberikan tempat dan penghidupan kepada suatu patogen (mikroorganisme penyebab penyakit) dan dia bisa terkena atau tidak terkena penyakit. Efek yang ditimbulkan organisme

penyebab penyakit terhadap tubuh juga ditentukan oleh tingkat imunitas, susunan genetik, tingkat pajanan, status kesehatan, dan kebugaran tubuh penjamu. *Host* atau manusia merupakan unsur intrinsik yang membawa sekaligus sangat dipengaruhi oleh sifat genetik manusia. Tingkat kepekaan manusia terhadap penyakit tertentu sangat dipengaruhi oleh determinan genetik.

**Agent** adalah faktor penyebab penyakit. Agent merupakan penyakit yang hidup dan bertahan pada kondisi lingkungan tertentu. Agent bisa berupa bakteri, virus, parasit, jamur atau kapang yang merupakan agen yang ditemukan sebagai penyakit infeksius. Pada penyakit, kondisi ketidakmampuan, cedera, atau situasi kematian lain, zat kimia, radiasi, defisiensi gizi, atau beberapa substansi lain seperti racun ular berbisa. Satu atau beberapa agen bisa berkontribusi terhadap terjadinya penyakit.

**Environment** berlawanan dengan host sebagai unsur ekstrinsik terdiri dari lingkungan fisik, biologis dan sosial (adat istiadat), iklim, sistem perekonomian, politik, dan sebagainya. lingkungan adalah segala sesuatu yang mengelilingi dan juga kondisi diluar manusia atau hewan yang menyebabkan atau memungkinkan penularan penyakit. Faktor-faktor lingkungan dapat mencakup aspek biologis, sosial, budaya, dan aspek fisik lingkungan. Lingkungan dapat berada didalam atau diluar penjamu, berada di sekitar tempat hidup organisme dan efek dari lingkungan terhadap organisme tersebut. Hubungan dari ketiga unsur seperti segitiga dimana host dan agent memiliki kedudukan sejajar dan saling mempengaruhi. Lingkungan sebagai bagian diluar keduanya yang dapat mempengaruhi kedua unsur sejajar itu.

#### 4. Model Sejahtera tingkat tinggi

Model ini berorientasi memaksimalkan potensi sehat yang ada pada tiap individu untuk mempertahankan rentang keseimbangan dan arah yang memiliki tujuan tertentu dalam lingkungan. Model sejahtera tingkat tinggi mengemukakan bahwa perawat dan individu mengoptimalkan potensi sehat pada tiap individu. Pada kondisi bertahan, individu berusaha dinamis terhadap lingkungan dan perubahannya. Individu akan berusaha adaptif dan responsif sebagai upaya menyeimbangkan rentang sehat sakitnya terhadap lingkungan. Upaya ini juga dapat diterapkan untuk menciptakan kesejahteraan kesehatan keluarga melalui sikap yang terintegrasi.

Model ini biasa disebut dengan *The Well Being Paradigm*, dimana model ini memandang rentang sehat sakit pada kelompok manusia baik ditingkat keluarga atau masyarakat ( dipandang lebih luas). Model ini menurut Putri (2020) membedakan keadaan sehat sakit berat atau menjelang kematian dalam sebuah masyarakat yang dapat dikategorikan dalam empat spektrum :

1) Spektrum kesehatan optimal

Kondisi dimana kesehatan dalam kondisi optimal pada fungsi-fungsi somatik, psikis dan sosial secara optimum.

2) Spektrum kesehatan sub optimal

Spektrum ini merupakan kondisi tubuh yng mengalami sakit ringan atau terserang penyakit. Tubuh dalam kondisi kesehatan menurun dan terdapat gangguan fungsi ringan dari somatik, psikis dan sosialnya.

3) Spektrum sakit/kecacatan

Spektrum ini menunjukkan kondisi kesehatan menurun dan terjadi gangguan fungsi tubuh yang jelas. Aktivitas klien sehari-hari mengalami gangguan, menunjukkan

gejala ketidakmampuan dan kelemahan.

- 4) Spektrum mendekati kematian atau penyakit sangat serius

Spektrum penyakit sangat serius menunjukkan kondisi sangat menurun dan adanya ancaman terhadap eksistensi kehidupannya.

## 5. Model Peningkatan Kesehatan

Menurut Pender, peningkatan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan tingkat kesehatan klien. Fokus dari model ini adalah menjelaskan alasan keterlibatan klien dalam aktivitas kesehatan ( kognitif-persepsi dan faktor pengubah). Perawat perlu memahami variabel yang dapat mempengaruhi keyakinan dan praktik kesehatan klien. Variabel ini terbagi menjadi dua yaitu variabel internal dan eksternal.

### 1) Variabel Internal

Variabel internal terdiri dari tahap perkembangan, latar belakang intelektual, persepsi, faktor emosional dan faktor spiritual. **Tahap Perkembangan**, perawat perlu mempertimbangkan dan menyesuaikan cara perawatan dan pendekatan yang akan dilakukan terhadap pasien. Pendekatan terhadap pasien remaja dengan anak-anak perlu dibedakan sesuai dengan tumbuh kembangnya. **Latar belakang intelektual**, keyakinan seseorang terhadap sehat sakit sangat dipengaruhi oleh intelektual dalam pola pikir dan kemampuan memahami penyakit serta upaya dalam mempertahankan kesehatannya. **Persepsi**, persepsi seseorang sangat dipengaruhi oleh pengalaman terhadap sehat dan sakitnya. Persepsi sangat mempengaruhi pola pikir seseorang untuk

mempertahankan kesehatan. Ketika seseorang mempunyai pengalaman seperti nyeri, sesak, atau kelemahan secara otomatis akan mempengaruhi terhadap persepsi sehat dan sakitnya. **Faktor emosional**, emosional seseorang juga sangat mempengaruhi terhadap sehat dan sakit. Ketika seseorang memiliki tingkat stress yang tinggi dia akan banyak bertanya dan melakukan upaya lebih untuk meningkatkan kesehatannya. Kebalikan dengan tingkat emosionalnya datar, dia akan lebih tenang dalam mengupayakan status kesehatannya. **Faktor spiritual**, sudut pandang seseorang terhadap kesehatan dipengaruhi oleh nilai-nilai spritual, sebagian memandang kesehatan sebagai proses hidup yang utuh. Bagi agama sehat dan sakit merupakan cara berlatih spiritual. Ketika orang sakit dan menerima dengan ikhlas, merasa sebagian dosanya sedang dikurangi.

## 2) Variabel Eksternal

Variabel eksternal yang mempengaruhi pandangan terhadap sehat sakit terdiri dari faktor sosioekonomi, latar belakang budaya dan perilaku di keluarga. **Faktor sosioekonomi**, tingkat sosial dan ekonomi seseorang juga mempengaruhi terhadap nilai pandang kesehatan seseorang. Ketika tingkat ekonominya cukup, maka seseorang akan lebih memperhatikan kesehatan,. **latar belakang budaya**, mengandung unsur nilai, keyakinan, dan kebiasaan individu yang akan mempengaruhi kesehatan pribadi. Jika perawat tidak menyadari pola budaya pasien dapat mempengaruhi proses perawatan seseorang dan kendala-kendala dalam berkomunikasi

dengan pasien. **Perilaku di keluarga**, cara pandang keluarga terhadap sehat dan sakit akan mempengaruhi keluarga dalam membantu proses penyembuhan atau peningkatan kesehatan di anggota keluarganya.

#### 6. Model Interaksi manusia dan Lingkungan

**Manusia** adalah makhluk bio-psiko-sosial dan spiritual yang utuh dalam arti merupakan satu kesatuan dari aspek jasmani dan rohani serta unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya. **Lingkungan** menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah daerah (kawasan dan sebagainya) yang termasuk di dalamnya. Lingkungan adalah faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perkembangan manusia dan mencakup antara lain lingkungan sosial, status ekonomi, dan kesehatan. Fokus lingkungan yaitu lingkungan fisik, psikologi, sosial, budaya dan spiritual.

Manusia sebagai makhluk sosial tidak akan terlepas dari lingkungannya. Tiap lingkungan mencakup sektor fisik, biologi dan sosial yang berhubungan dengan *host* dan *agent*. Model interaksi manusia dan lingkungan ( Putri, 2020) membedakan unsur tersebut sebagai berikut:

##### 1) Lingkungan Fisik dan Penyakit

Unsur dalam lingkungan ini seperti panas, sinar matahari, udara, radiasi, atmosfer, dan tekanan. Kondisi wilayah Yogyakarta yang terdapat gunung berapi Merapi dalam siklus tertentu akan mengalami gejala vulkanik. Abu Vulkanik tersebut dapat berdampak terhadap masyarakat, sehingga menimbulkan infeksi saluran pernafasan. Selain itu juga ketersediaan cadangan makanan di ladang juga habis karena rusak oleh abu vulkanik. Masyarakat juga

harus diungsikan di barak pengungsian yang kurang layak, yang bisa berdampak terhadap penurunan status kesehatan.

2) Lingkungan biologi dan penyakit

Unsur dari lingkungan ini seperti agent penyakit infeksius, reservoir (binatang atau manusia), vektor pembawa penyakit (lalat, nyamuk, tikus). air, antara lain:

Tabel Agen patogen yang ditularkan melalui air

No	Agen Patogen	Penyakit Yang ditimbulkan
1.	Algae	Gastroenteritis (GE)
2.	Bakteri	Kolera
3.	Parasit	Malaria, Cacing
4.	Protozoa	Desentri
5.	Virus	Polio, hepatitis

Sumber: Mubarok, 2009

3) Lingkungan sosial, budaya, ekonomi dan penyakit

Hubungan keempat hal ini cukup rumit. Bentuk sosial dan budaya suatu daerah dapat mengikat perilaku masyarakat setempat. Kondisi budaya yang mentabukan suatu makanan tertentu dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang atau masyarakat. Seperti anggapan makan makanan protein seperti ayam, daging, ikan saat sebelum atau pasca melahirkan bisa mempengaruhi status kesehatan ibu hamil dan ibu-ibu menyusui. Interaksi sosial akan mempengaruhi penerimaan ide-ide baru tentang kesehatan.

## 7. Terjadinya Penyakit

Menurut Irwan (2017) Penyakit adalah istilah medis yang digambarkan sebagai gangguan dalam fungsi tubuh yang menghasilkan berkurangnya kapasitas. Penyakit merupakan suatu fenomena yang kompleks yang akan menimbulkan dampak negatif terhadap kehidupan manusia. Perilaku dan pola hidup serta budaya manusia dapat merupakan penyebab bermacam-macam penyakit. Ditinjau dari segi fisik/biologis penyakit merupakan kelainan berbagai organ tubuh. Berbeda dengan segi kemasyarakatan, keadaan sakit tampak dari penyimpangan perilaku sosial yang normatif. Penyimpangan ini bisa disebabkan oleh kelainan emosional, psikososial individu yang bersangkutan. Tanpa adanya pemahaman yang benar mengenai berbagai konsep penyakit, kita tidak mampu mempunyai dasar pemikiran yang kuat untuk mendeteksi serta mengenal setiap perbedaan pada pelayanan kesehatan. Kesenjangan antara konsep penyakit yang dianut oleh petugas kesehatan dan yang dianut oleh masyarakat sering menyebabkan gagalnya upaya meningkatkan kesehatan dimasyarakat.

Putri (2020) mengemukakan Penyakit dipandang sebagai hasil budaya. Penyakit dibentuk atas pemaknaan sosial, sebab orang dikatakan sakit akan didefinisikan oleh kelompok sosialnya. Seorang yang sakit tidak dapat melakukan kehidupan normalnya seperti masyarakat pada umumnya. Penyakit didalam masyarakat dibedakan menjadi dua yaitu naturalistik dan personalistik.

**Penyakit naturalistik** ditimbulkan karena kondisi biologis seseorang yang dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, kecukupan nutrisi, kebiasaan hidup, ketidakseimbangan tubuh

dan penyakit bawaan. **Penyakit personalistik** percaya bahwa penyakit disebabkan oleh intervensi suatu agen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia atau kekuatangoib seperti roh, leluhur, hantu, atau roh jahat, dan atau ulah manusia seperti sihir dan tukang tenung atau santet.

Pada dasarnya kelainan emosional dan psikososial individu dipengaruhi karena dirinya sendiri sebagai makhluk holistik. Sebagai makhluk holistik, kehidupan seseorang dipengaruhi dari bentuk interaksi dan timbal balik atas kondisi dan perilaku dirinya dengan sistem ekologi di lingkungan. Selain itu juga dipengaruhi oleh budaya yang terbentuk dan berkembang diarea tempat tinggalnya. Secara umum penyakit ditentukan oleh budaya, hal ini karena penyakit merupakan pengakuan sosial bahwa seseorang tidak dapat menjalankan peran normalnya secara wajar. Cara hidup dan gaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit, selain itu hasil berbagai kebudayaan bisa menimbulkan penyakit.

## **B. PERSEPSI SEHAT SAKIT**

### **1. Persepsi**

Maramis (2006) mengemukakan persepsi adalah stimulus yang ditangkap oleh panca indra individu, lalu diorganisasikan dan kemudian diinterpretasikan sehingga individu menyadari dan mengerti apa yang ada di indra tersebut. Disini terjadi proses yang unik dari masing-masing individu. Persepsi juga merupakan keseluruhan proses mulai dari rangsangan atau stimulus yang diterima panca indra kemudian diantar ke otak dimana dia diartikan dan selanjutnya merupakan pengalaman yang disadari.

Persepsi masyarakat mengenai sehat sakit berbeda antara daerah satu dengan daerah lainnya, karena tergantung dari kebudayaan yang ada dan berkembang dalam masyarakat tersebut. Kebudayaan masyarakat akan mempengaruhi persepsi terhadap sehat dan sakit juga. Persepsi kejadian penyakit yang bertentangan dengan ilmu kesehatan sampai saat ini masih ada dimasyarakat. Bahkan kondisi ini dapat turun temurun dari satu generasi ke generasi berikutnya dan berkembang luas di masyarakat. Contoh persepsi masyarakat tentang penyakit malaria yang dicontohkan oleh Irwan (2017) di beberapa daerah dipedesaan Papua. Makanan pokok penduduk Papua adalah sagu yang tumbuh didaerah rawa-rawa. Dan masih banyak sekitar rumah-rumah penduduk adalah hutan lebat. Penduduk desa tersebut beranggapan bahwa hutan itu adalah milik penguasa ghaib yang dapat menghukum setiap orang yang melanggar ketentuannya. Pelanggaran yang dilakukan dapat berupa menebang, memabat hutan untuk tanah pertanian, akan diganjar hukuman berupa penyakit tertentu, seperti gejala demam tinggi, menggigil dan muntah. Persepsi masyarakat menganggap penyakit ini bisa sembuh dengan cara minta ampun kepada penguasa hutan, kemudian memetik daun dari pohon tertentu, dibuat ramuan untuk diminum dan dioleskan keseluruh tubuh penderita. Dalam beberapa hari penyakit ini bisa sembuh.

Persepsi masyarakat tentang penyakit didapatkan dari penuturan secara turun temurun, atau dari mulut ke mulut. Misalnya penyakit ini akibat kutukan dari Allah, makhluk ghaib, roh-roh jahat, tanaman berbisa, binatang atau yang lainnya yang tidak sesuai dengan metode ilmiah. Contoh lain adalah masyarakat yang masih beranggapan pada pasien sakit jiwa disebabkan karena kemasukan roh jahat, sehingga terapinya adalah dimandikan dengan air bunga

yang sudah diberikan doa untuk mengusir roh jahat.

## 2. Konsep Sehat Sakit

Istilah sehat mengandung banyak muatan kultural, sosial dan pengertian profesional yang beraneka ragam. Pandangan kedokteran dimasa lampau, sehat sangat erat kaitannya dengan kesakitan dan penyakit. Definisi sehat dan sakit pada manusia sebagai makhluk biologis berarti akan berhubungan dengan kondisi tubuh dan adaptasi terhadap penyakit dan lingkungan saat itu. Pada dasarnya batasan sakit dan sehat itu tergantung pada ketahanan diri seseorang terhadap kondisi yang dialami. Sehat berarti manusia mampu mempertahankan dan menyesuaikan dirinya terhadap lingkungan. Sakit terjadi saat manusia tidak mampu menyesuaikan dirinya terhadap lingkungan sehingga terlihat ada kelemahan dan gangguan pada diri seseorang sehingga mempengaruhi hubungan sosial dan aktivitas sehari-hari.

### a. Sehat

Pengertian sehat menurut WHO adalah *“Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity”*. Sehat adalah kondisi normal seseorang yang merupakan hak hidupnya. Sehat berhubungan dengan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa dan lingkungan berupa udara segar, sinar matahari, santai, kebersihan serta pikiran, kebiasaan dan gaya hidup yang baik. Namun definisi sehat ini masih dipertentangkan oleh beberapa ahli dan tokoh kesehatan. Hal ini akhirnya mempengaruhi WHO untuk menetapkan definisi kesehatan yang baru yang lebih universal. Pengertian Sehat menurut **World Health Organization (WHO)** adalah suatu keadaan kondisi fisik, mental dan kesejahteraan sosial yang

merupakan satu kesatuan dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Sehat juga diartikan keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis ( UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan).

WHO menegaskan ada 3 komponen penting yang merupakan satu kesatuan dalam definisi sehat yaitu:

1) Sehat Jasmani

Sehat Jasmani merupakan komponen yang penting dalam arti kesehatan. Kesehatan jasmani adalah hal yang berkaitan dengan jasmani atau fisik. Hal ini bisa kita pandang sebagai sosok manusia yang berpenampilan kulit bersih, mata bersinar, rambut tersisir rapi, pakaian rapi, berotot, tidak gemuk, tidak kurus, nafas segar, selera makan baik, tidur nyenyak, beraktivitas dengan baik dan seluruh fungsi fisiologi tubuh berjalan normal tidak ada keluhan sakit.

2) Sehat mental

Kesehatan mental adalah keadaan sejahtera dimana individu menyadari potensi yang dimilikinya, mampu menanggulangi tekanan hidup normal, bekerja secara produktif serta mampu memberikan kontribusi bagi lingkungannya. Seseorang yang sehat mental akan merasakan batin yang tenang dan tenteram sehingga mampu menikmati kehidupan sehari-hari dan menghargai orang lain disekitarnya. Seseorang yang bermental sehat dapat menggunakan kemampuan atau potensi dirinya

secara maksimal dalam menghadapi tantangan hidup, serta menjalin hubungan positif dengan orang lain.

Sehat mental dan sehat jasmani selalu dihubungkan satu sama lain dalam pepatah kuno “ Jiwa yang sehat terdapat didalam tubuh yang sehat” (*Men Sana in Corpore Sano*). Pepatah ini mengandung arti jika jasmani kita sehat, kuat dan normal maka akan mempengaruhi jiwa atau mental seseorang menjadi sehat juga.

### 3) Sehat Spiritual

Spiritual merupakan komponen tambahan pada pengertian sehat oleh WHO dan memiliki arti penting dalam kehidupan sehari-hari. Sehat spiritual adalah keadaan seseorang dalam menjalankan ibadah dan semua aturan-aturan agamanya dengan baik dan benar. Sehat spiritual tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, atau persembahan terhadap pencipta alam dan isinya yang dapat dilihat dari praktik keagamaan dan kepercayaannya serta perbuatan baik yang sesuai dengan norma-norma masyarakat.

Selain tiga hal penting diatas, ada satu komponen yang cukup penting dalam istilah sehat yaitu komponen sosial. Sehat sosial berarti kehidupan yang disesuaikan dengan sedemikian rupa dengan kondisi masyarakat sehingga seseorang masih dapat menjalani istirahat, bekerja dan menikmati liburan pada waktunya sehingga setiap manusia mampu memperbaiki kualitas hidup pribadinya. Sehat tidak dapat diartikan sesuatu yang statis, menetap pada kondisi tertentu, tetapi sehat harus dipandang sesuatu fenomena yang dinamis. Kesehatan

sebagai suatu spektrum merupakan suatu kondisi yang fleksibel antara fisik dan mental yang dibedakan dalam rentang yang selalu berfluktuasi mendekati atau menjauhi puncak kebahagiaan hidup dan keadaan sehat sempurna.

b. Sakit

Pengertian sakit pada umumnya diartikan suatu keadaan yang tidak normal atau penyimpangan pada diri seseorang. Irwan (2017) mengungkapkan sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, atau seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit. Oleh karena itu sakit tidak sama dengan penyakit. Penyakit adalah istilah medis yang digambarkan sebagai gangguan dalam fungsi tubuh yang menghasilkan berkurangnya kapasitas. Sehat dan sakit berada pada suatu rentang dimana setiap orang bergerak sepanjang rentang tersebut. Rentang sehat-sakit bersifat individual dan dinamis.

### 3. Perilaku Sehat Sakit

Perilaku manusia menurut Rahmawati (2019) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati dari luar. Menurut Skinner, perilaku adalah respon atau reaksi seseorang terhadap suatu rangsangan dari luar. Berdasarkan bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dapat dibagi menjadi dua yaitu:

a. Perilaku tertutup (Covert Behavior)

Perilaku terjadi apabila respon dari suatu stimulus belum dapat diamati oleh orang lain secara jelas. Respon seseorang terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus.

b. Perilaku terbuka (Overt Behavior)

Perilaku terjadi apabila respon terhadap stimulus dapat diamati oleh orang lain. Respon terhadap stimulus sudah jelas dalam suatu tindakan atau praktik yang dapat dengan mudah diamati oleh orang lain.

**Perilaku sehat**

Perilaku sehat adalah perilaku yang berkaitan dengan upaya mencegah atau menghindari penyakit dan penyebab datangnya penyakit atau masalah kesehatan (preventif), serta perilaku dalam mengupayakan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan (promotif). Berbeda dengan perilaku sakit yang mencakup respon individu terhadap sakit dan penyakit. Secara lebih operasional menurut Becker dalam Notoatmodjo (2014) perilaku sehat mencakup tiga domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan.

a. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya. Sebagian besar pengetahuan didapatkan melalui indera pendengaran dan pengelihatian. Pengetahuan kesehatan yang bisa didapatkan oleh individu adalah seputar pengertian, penyebab, tanda dan gejala, akibat lanjut, tingkatan/klasifikasi, cara pencegahan, pengobatan dan perawatan serta fasilitas kesehatan. Tanpa adanya pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi. Dimensi proses kognitif dalam taksonomi adalah menghafal, memahami, mengaplikasikan,

menganalisis, mengevaluasi dan membuat (*create*).

b. Sikap (*Attitude*)

Sikap merupakan respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Sikap terhadap kesehatan adalah pendapat atau penilaian seseorang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan. Sikap sulit dinilai secara objektif karena lebih dominan dalam diri seseorang. Hal ini bisa dilihat berbarengan dengan perilaku seseorang. Sikap seseorang biasanya akan tampak saat prosedur / tindakan orang tersebut. Sikap merupakan pendapat maupun pandangan seseorang tentang suatu objek yang mendahului tindakannya. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan yaitu menerima, merespon, menghargai, dan bertanggung jawab.

c. Praktik/Tindakan

Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perubahan nyata. Tindakan juga merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Suatu rangsangan akan direspon oleh seseorang sesuai dengan arti rangsangan bagi orang yang bersangkutan. Praktik kesehatan untuk hidup sehat adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka memelihara kesehatan. Seperti pengetahuan dan sikap, praktik juga memiliki tingkatan-tingkatan yaitu persepsi, respon terpimpin, mekanisme, dan adaptasi.

Perilaku kesehatan yang dikemukakan oleh Irwan (2017), diklasifikasikan menjadi tiga kelompok yaitu:

- a. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*)  
yaitu usaha seseorang untuk memelihara kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan jika sedang sakit.
- b. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan (*Health seeking behavior*)  
Yaitu perilaku menyangkut upaya atau tindakan seseorang saat sakit dan atau kecelakaan untuk berusaha mulai dari self treatment sampai mencari pengobatan ke luar negeri.
- c. Perilaku kesehatan lingkungan  
Yaitu cara seseorang merespon lingkungan , baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

Menurut Notoatmodjo (2014) perilaku sehat bisa kita artikan sebagai perilaku dalam upaya meningkatkan status kesehatan dan melakukan upaya dalam pencegahan penyakit sebelum terkena, baik memiliki faktor resiko maupun tidak. Contoh perilaku sehat adalah makan makanan dengan menu seimbang, olahraga secara teratur, tidak merokok, tidak minum-minuman keras dan narkoba, istirahat yang cukup, mengendalikan stress dan perilaku atau gaya hidup yang positif bagi kesehatan (menjaga kebersihan diri dan lingkungan, melakukan ibadah sesuai dengan keyakinannya).

Menurut Green (dalam Notoatmodjo, 2014) perilaku individu dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu:

- a. Faktor Predisposisi (*Predisposing*)  
Faktor yang melatarbelakangi /mempengaruhi terjadinya

perilaku seseorang. Faktor ini mempermudah orang melakukan sesuatu yang terdiri dari pengetahuan, sikap, kepercayaan dan nilai-nilai.

b. Faktor Pemungkin (*enbling*)

Faktor yang memungkinkan atau mampu memfasilitasi individu untuk dapat berperilaku. Faktor ini terwujud dalam bentuk ketersediaan sarana dan prasarana yang dapat menunjang perilaku seseorang. Ketidaktersediaan fasilitas sarana dan prasarana dapat menurunkan motivasi dan minat perilaku sehat. Contohnya: seseorang yang membuang sampah sembarangan bisa disebabkan karena ketidaksediaan tempat sampah disekitar orang tersebut.

c. Faktor Penguat (Reinforcing)

Faktor ini adalah faktor-faktor yang mendorong tau mendukung dan memperkuat terjadinya perilaku. Faktor ini bisa terwujud dengan adanya dukungan sosial, sikap dan perilaku petugas kesehatan serta adanya referensi dari pihak yang terpercaya. Seseorang merasa nyaman ke pelayanan kesehatan karena petugas kesehatan yang ramah dan memiliki komunikasi yang baik.

Sementara itu menurut Karr (dalam Notatmodjo, 2014) menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku sehat. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sehat adalah:

a. Niat (*behaviour intention*)

Faktor niat individu untuk bertindak sehubungan objek atau stimulus dari luar dirinya. Contoh seseorang bertindak membuang sampah pada tempatnya dengan niat karena sedang jalan dengan seseorang yang berarti. Orang tersebut

berbuat baik karena dalam hatinya berniat menarik simpati.

b. Dukungan Sosial (*social support*)

Dukungan dari masyarakat sekitar mempengaruhi perilaku individu. Didalam kehidupan masyarakat, perilaku individu cenderung memerlukan penghargaan dari masyarakat. Individu berperilaku sehat merasa menghindari gunjingan dari masyarakat. Seringkali upaya menerapkan perilaku sehat sia-sia karena kurangnya dukungan sosial.

c. Akses Informasi (*Accesability of information*)

Akses informasi adalah tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil seseorang. Informasi yang lengkap dan tepat akan menghasilkan pengetahuan terkait bagaimana upaya meningkatkan status kesehatan, atau mencegah penyakit, sehingga individu dapat mengenali permasalahan yang ada. Informasi ini bisa mendorong seseorang untuk berperilaku sehat.

d. Otonomi Pribadi (*Personal Autonomy*)

Otonomi pribadi adalah kewenangan berperilaku yang ditentukan berdasarkan keinginan diri sendiri. Dalam pengambilan keputusan yang bebas oleh individu saat ini dinilai masih sukar. Misalnya anak-anak yang dirawat lebih dominan dipengaruhi oleh keputusan orangtuanya.

e. Situasi Yang memungkinkan (*Action Situation*)

Situasi yang memungkinkan ini meliputi kemampuan dan fasilitas yang tersedia. Tersedianya fasilitas dan kemampuan membuat individu mampu menentukan sikap untuk berperilaku sehat. Artinya tindakan tidak akan terlaksana apabila tidak tersedia sarana dan prasarana.

### **Perilaku Sakit (*Illness behavior*)**

Merupakan respons seseorang terhadap sakit dan penyakit, persepsinya terhadap penyakit, pengetahuannya terhadap penyakit dan sikapnya terhadap penyakit. Perilaku sakit juga bisa didefinisikan sebagai aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang merasakan sakit dengan segala responnya.

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku sakit menurut Irwan (2017) yaitu:

#### a. Faktor internal

Faktor internal yang mempengaruhi perilaku sakit yang pertama adalah persepsi individu terhadap gejala dan sifat sakit, kedua adalah asal atau jenis penyakit. Persepsi individu terhadap gejala bisa positif dengan mencari bantuan tenaga kesehatan atau sebaliknya dengan menyangkal penyakitnya. Faktor kedua penyakit yang akut, dimana gejala relatif berat dan singkat mungkin mengganggu, sehingga klien segera mencari pertolongan.

#### b. Faktor Eksternal

Faktor eksternal yang mempengaruhi adalah gejala yang dapat dilihat, gejala yang terlihat dari suatu penyakit dapat mempengaruhi citra tubuh seseorang dan perilaku sakit. Seseorang yang kakinya bengkok akan berusaha untuk segera mencari pertolongan dibandingkan dengan orang yang merasakan gatal tenggorokan. Selain itu faktor kelompok sosial klien juga akan membantu mengenali suatu penyakit. Faktor ekonomi juga merupakan faktor yang mempengaruhi perilaku sakit, semakin tinggi ekonomi seseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit.

## REFERENSI

- Adventus, Merta Jaya & Mahendra D. 2019. *Antropologi Keperawatan*. Universitas Kristen. Jakarta
- Irwan. 2017. *Etika dan Perilaku Sehat*. CV. Absolute Medi. Yogyakarta
- Maramis.W.F. 2006. *Ilmu Perilaku Dalam Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press. Surabaya
- Mubarak, Wa ,, hit Iqbal. 2009. *Sosiologi untuk Keperawatan Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo.S. 2014. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. Jakarta
- Potter and Perry. 2011. *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice, 5 Ed*, alih bahasa, Yasmin Asih, dkk. Jakarta. EGC.
- Putri Prihatin,D.M. 2020. *Keperawatan transkultural*. Pustaka Baru Press
- Rahmawati,W.C. 2019. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Wineka Media. Malang

## PROFIL PENULIS

### **Ns. Nawang Pujiastuti., M.Kep., Sp.Kom**

Penulis merupakan dosen pengajar di Akademi Keperawatan Pasar Rebo Jakarta. Penulis lahir di Gombong, 11 Juni 1977. Jenjang Akademik penulis dimulai dengan menempuh pendidikan di S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UI pada tahun 1995-2000. Penulis melanjutkan studinya di Program Magister Keperawatan di FIK Universitas Indonesia (UI) pada tahun 2007. Kemudian pada tahun 2008 lulus sebagai



spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Hasil penulisan buku yang pernah diterbitkan adalah Panduan Asuhan keperawatan individu, keluarga, Kelompok dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat pada 2017, ditulis bersama-sama pakar komunitas dalam kepengurusan Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI). Penulis pernah membuat modul asuhan keperawatan keluarga dengan team dari PPSDM kementerian kesehatan Republik Indonesia.

## BAB 7. PERAN DAN PERILAKU PASIEN RESPON SAKIT/NYERI PASIEN

(Andi Arniyanti,S.Kep., Ns., M.Kes.)

STIK Makassar; Jalan Maccini Raya No.197 Makassar,

Hp. 0811463362

Email : [arni79.ar@gmail.com](mailto:arni79.ar@gmail.com)

### A. PENGERTIAN

#### 1. Peran

Peran menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah sesuatu yang dimainkan atau dijalankan. Peran diartikan sebagai sebuah aktivitas yang diperankan atau dimainkan oleh seseorang yang mempunyai kedudukan atau status sosial dalam organisasi.

Menurut *terminology* peran adalah seperangkat tingkah yang diharapkan dimiliki oleh yang berkedudukan dimasyarakat. Didalam bahasa Inggris kata peran disebut "*role*" yang artinya "*person's task or duty in undertaking*". Yaitu "tugas atau kewajiban seseorang dalam suatu usaha atau pekerjaan" (Syamsir, Torang, 2014).

Peran adalah pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang di harapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat. Pada dasarnya peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu system (Widayatun, 1999). Peran terkadang merujuk kepada beberapa perilaku yang kurang bersifat homogen yang didefinisikan

dan diharapkan secara *normative* dari seseorang dalam situasi tertentu. Peran biasanya dipengaruhi oleh keadaan sosial, baik dari dalam maupun dari luar yang bersifat stabil. Dimasyarakat, seseorang menerima peran – peran tertentu berdasarkan harapan dan dimodifikasi oleh individu tersebut sesuai model peran dan karakteristik kepribadian individu (Friedman, 1998).

Jadi dapat disimpulkan bahwa peran adalah suatu aspek dinamis dari status sosial atau kedudukan. Yang dapat di artikan ketika seseorang dapat melaksanakan kewajiban dan mendapatkan haknya maka orang tersebut telah menjalankan peran. Dimana peran lebih mengedepankan fungsi penyesuaian diri dan sebagai sebuah proses.

## 2. Perilaku

Perilaku menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia berasal dari kata “peri” dan “laku”. Dimana peri berarti cara berbuat, kelakuan perbuatan dan laku berarti perbuatan, kelakuan, cara menjalankan.

Perilaku adalah suatu reaksi psikis seseorang terhadap lingkungannya. Dengan kata lain perilaku merupakan segala perbuatan, tindakan yang dilakukan makhluk hidup. Yang mana perilaku baru berwujud bila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan tanggapan yang disebut rangsangan.

Para psikolog mengemukakan bahwa perilaku terbentuk dari adanya interaksi antara domain trikomponen sikap yaitu interaktif antara komponen *kognitif*, *afektif* dan domain *konatif*. Namun masih terdapat kekeliruan yang menganggap komponen konatif salah satu komponen dalam trikomponen sikap sebagai perilaku (*behavior*), sehingga perilaku dianggap sebagai salah satu komponen sikap (*attitude*). Pemikiran ini didukung oleh Mueler, n.d yang berpendapat bahwa komponen konatif dalam trikomponen sikap tidak disamakan dengan perilaku. Komponen *konatif* perilaku yang terkristalisasi

dalam kata akan, mau dan hendak.

Ada beberapa asumsi yang saling berkaitan mengenai perilaku manusia. Pertama, perilaku itu disebabkan; kedua, perilaku itu di gerakkan; ketiga, perilaku itu ditujukan pada sasaran/tujuan. Oleh karena itu proses perubahan perubahan perilaku mempunyai kesamaan untuk setiap individu, yakni perilaku itu ada penyebabnya dan terjadinya tidak dengan spontan dan mengarah kepada suatu sasaran baik secara *eksklusif* ataupun *inklusif*.

Perilaku manusia pada umumnya dimotivasi oleh suatu keinginan untuk mencapai tujuan tertentu. Sebelum terbentuknya perilaku, seseorang memiliki bentuk sikap dari suatu rangsangan yang datang dari luar dalam bentuk aktivitas, yang kemudian dari sikap itu terbentuklah perilaku (Baron). Sikap individu tersebut dalam bentuk pikiran dan perasaan yang tidak kasat mata (*intangible*) yang membentuk pola perilaku dimasyarakat sebagai perilaku yang terlihat/tampak (*tangible*) perilaku yang tidak terlihat/tidak tampak (*innert, covert behavior*) dan perilaku yang tampak (*overt behavior*).

Perilaku merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan seperti berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, menulis dan membaca. Perilaku merupakan respon/reaksi individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya (Notoatmojo, 2010).

Di Indonesia istilah perilaku kesehatan telah lama di kenal. Istilah ini dapat memberikan pengertian bahwa kita hanya berbicara mengenai perilaku yang secara sengaja dilakukan dalam kaitannya dengan kesehatan. (Gochman, 1988 yang dikutip dalam Irwan, 2017).

Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang terhadap stimulus atau obyektif yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman serta lingkungan (Notoatmodjo, 2010).

## **B. BENTUK PERAN DAN PERILAKU**

### 1. Bentuk Peran

Peran di bentuk melalui suatu proses dan berlangsung dalam interaksi hubungan manusia dengan lingkungannya. Bentuk peran dibagi menjadi :

- a. Bentuk Pasif yaitu respon yang terjadi didalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain. Respon individu terhadap stimulus yang masih bersifat terselubung disebut *convert behavior*.
- b. Bentuk Aktif yaitu respon individu yang dapat di lihat secara langsung disebut *overt behavior* (Notoatmojo, 2010).

Faktor yang mempengaruhi terbentuknya peran adalah :

- a. Faktor internal terdiri dari : pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi dan motivasi.
- b. Faktor eksternal terdiri dari : iklim, manusia, sosial ekonomi, budaya, pekerjaan dan pengalaman (Knoers & Hadiotono, 1999 yang dikutip dalam Putri. E.K, 2019)

### 2. Bentuk Perilaku

Proses pembentukan perilaku manusia di dasarkan pada teori yang dikemukakan oleh Abraham Harold Maslow, perilaku manusia terbentuk karena adanya kebutuhan. Manusia memiliki lima kebutuhan dasar, meliputi :

- 1) Kebutuhan fisiologis/biologis,
- 2) Kebutuhan rasa aman,

- 3) Kebutuhan mencintai dan dicintai,
- 4) Kebutuhan harga diri dan
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri.

Perilaku manusia pada dasarnya di pengaruhi oleh tingkat kebutuhan pada setiap jenjang. Jika kebutuhan pada tingkat paling bawah terpenuhi, individu akan memuaskan kebutuhan pada tingkat berikutnya. Jika pada tingkat tertinggi tetapi kebutuhan dasar tidak terpenuhi maka individu dapat kembali pada tingkat kebutuhan sebelumnya. Pemuasan berbagai kebutuhan tersebut didorong oleh motivasi kekurangan (*deficiency motivation*) dan motivasi perkembangan (*growth motivation*). Hal inilah yang mempengaruhi munculnya perilaku kesehatan. Perilaku individu tentang kesehatan di tentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, dan tradisi. Selain itu ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku petugas kesehatan terhadap kesehatan akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku kesehatan. Perilaku sehat akan diperlihatkan oleh individu yang merasa dirinya sehat walaupun secara medis belum tentu individu tersebut benar-benar sehat (Irwan, 2017).

Menurut Notoatmojo (2003) yang dikutip dalam Irwan, 2017, perilaku kesehatan terbagi atas empat unsur yaitu :

- a. Sakit dan penyakit
- b. System pelayanan kesehatan
- c. Makanan
- d. Lingkungan

Perilaku tentang bagaimana individu menanggapi rasa sakit dan penyakit yang bersifat respons internal yang berasal dari dalam diri individu tersebut maupun eksternal yang berasal dari luar diri individu baik berupa respons pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) ataupun

aktif (praktik). Perilaku sakit ini mencakup respons individu terhadap sakit dan penyakit, persepsi terhadap penyakit, pengetahuan tentang penyebab, gejala, pengobatan dan lain-lain.

Penyebab perilaku sakit menurut Soekidjo (2004) yang dikutip dalam Irwan (2017) adalah :

- a. Dikenal dan dirasakan tanda dan gejala yang menyimpang dari keadaan normal
- b. Anggapan adanya gejala serius yang dapat menimbulkan bahaya
- c. Gejala penyakit dirasakan akan menimbulkan dampak terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja dan kegiatan kemasyarakatan
- d. Frekuensi dan persisten (terus-menerus, menetap) tanda dan gejala yang dapat dilihat
- e. Kemungkinan individu untuk terserang penyakit
- f. Adanya informasi, pengetahuan dan anggapan budaya tentang penyakit
- g. Adanya perbedaan interpretasi tentang gejala penyakit
- h. Adanya kebutuhan untuk mengatasi penyakit
- i. Tersedianya berbagai sarana pelayanan kesehatan, misalnya fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, obat-obatan, biaya dan sarana transportasi.

### **C. KONSEP SEHAT DAN SAKIT**

Dalam sejarah kehidupan manusia istilah sehat dan sakit dikenal di semua kebudayaan. Sehat dan sakit adalah dua kata yang saling berhubungan erat dan merupakan bahasa kita sehari-hari. Sehat dan sakit adalah suatu kondisi yang seringkali sulit untuk kita artikan

meskipun keadaan ini adalah suatu kondisi yang dapat kita rasakan dan kita amati dalam kehidupan sehari-hari hal ini kemudian akan mempengaruhi pemahaman dan pengertian seseorang terhadap konsep sehat misalnya, orang tidak memiliki keluhan-keluhan fisik dipandang sebagai orang yang sehat.

Kata sehat menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah suatu keadaan/ kondisi seluruh badan serta bagian-bagiannya terbebas dari sakit. Mengacu pada Undang-Undang Kesehatan No 23 tahun 1992 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang dapat hidup secara sosial dan ekonomis. Konsep "sehat", *World Health Organization* (WHO) merumuskan dalam cakupan yang sangat luas, yaitu "keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat".

Dalam definisi ini, sehat bukan sekedar terbebas dari penyakit atau cacat. Orang yang tidak berpenyakit pun tentunya belum tentu dikatakan sehat. Dia semestinya dalam keadaan yang sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial. Jadi dapat dikatakan bahwa batasan sehat menurut WHO meliputi fisik, mental, dan sosial. Sedangkan batasan sehat menurut Undang-undang Kesehatan meliputi fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi. Sehat fisik yang dimaksud disini adalah tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak sakit, semua organ tubuh normal dan berfungsi normal dan tidak ada gangguan fungsi tubuh.

Sakit adalah keadaan di mana dirasakan oleh seseorang yang sudah tidak dapat bangkit dari tempat tidurnya dan tidak dapat menjalankan pekerjaan sehari-hari. Sakit adalah sebagai suatu **keadaan yang tidak menyenangkan** yang menimpa seseorang sehingga seseorang menimbulkan gangguan aktivitas

sehari-hari baik itu dalam aktivitas jasmani, rohani dan sosial.

Menurut Perkins definisi sakit sebagai suatu keadaan dari badan atau sebagian dari organ badan dimana fungsinya terganggu atau menyimpang. Sakit dimanifestasikan sebagai suatu keadaan yang menimbulkan tanda dan gejala. Menurut Parson sakit adalah ketidakseimbangan fungsi normal tubuh manusia, termasuk sejumlah sistem biologis dan kondisi penyesuaian. Menurut WHO sakit adalah keadaan keseimbangan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan. Menurut Perry dan Potter sakit adalah suatu keadaan di mana fungsi fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan atau spiritual seseorang berkurang atau terganggu bila dibandingkan kondisi sebelumnya.

Istilah penyakit (*disease*) dan keadaan sakit (*illness*) sering tertukar dalam penggunaannya sehari-hari padahal keduanya memiliki arti yang berbeda. Penyakit adalah istilah medis yang digambarkan sebagai gangguan dalam fungsi tubuh yang menghasilkan berkurangnya kapasitas.

Penyakit terjadi ketika keseimbangan dalam tubuh tidak dapat dipertahankan. Keadaan sakit terjadi pada saat seseorang tidak lagi berada dalam kondisi sehat yang normal. Contohnya pada penderita penyakit asma, ketika tubuhnya mampu beradaptasi dengan penyakitnya maka orang tersebut tidak berada dalam keadaan sakit. Unsur penting dalam konsep penyakit adalah pengukuran bahwa penyakit tidak melibatkan bentuk perkembangan bentuk kehidupan baru secara lengkap melainkan perluasan dari proses-proses kehidupan normal pada individu.

Dapat dikatakan bahwa penyakit merupakan sejumlah proses fisiologi yang sudah diubah. Proses perkembangan penyakit disebut *patogenesis*. Bila tidak diketahui dan tidak berhasil ditangani dengan

baik, sebagian besar penyakit akan berlanjut menurut pola gejalanya yang khas. Sebagian penyakit akan sembuh sendiri (*self limiting*) atau dapat sembuh cepat dengan sedikit intervensi atau tanpa intervensi sebagian lainnya menjadi kronis dan tidak pernah benar-benar sembuh.

#### **D. RESPON SAKIT DAN NYERI**

Kondisi sakit tidak dapat dipisahkan dari peristiwa kehidupan manusia. Pasien dan keluarganya harus menghadapi berbagai perubahan yang terjadi akibat kondisi sakit dan pengobatan yang diberikan. Setiap pasien akan berespon secara unik terhadap kondisi sakit yang dialaminya. Tentunya hal ini berdampak pada respon pasien yang bersifat individual terhadap rencana tindakan yang akan di berikan. Didalam keluarga selain pasien, keluarga juga akan mengalami perubahan perilaku serta emosional. Misalnya perubahan peran, gambaran diri, dan dinamika dalam keluarga.

Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku sakit:

##### **a. Faktor internal**

Diantaranya persepsi pasien terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami. Jika pasien merasa yakin bahwa gejala sakit tersebut dapat mengganggu kehidupan sehari-hari maka, pasien cenderung mencari bantuan kesehatan dibandingkan bila pasien tidak memandang gejala tersebut dapat menjadi suatu gangguan bagi pasien itu sendiri.

##### **b. Faktor eksternal**

Terdiri dari gejala yang dapat dilihat, kelompok sosial, latar belakang budaya, faktor ekonomi, kemudahan akses ke dalam system pelayanan kesehatan dan dukungan sosial.

Sakit merupakan mekanisme perlindungan diri yang ada didalam tubuh, akan muncul ketika suatu jaringan mengalami kerusakan atau gangguan. Kondisi ini akan menyebabkan individu bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Ibarat, duduk dikursi yang terlalu lama maka akan menyebabkan kerusakan pada jaringan. Hal ini dikarenakan, kurangnya aliran darah pada kulit akibat penekanan oleh berat badan. Sehingga menyebabkan kondisi iskemia dan rasa sakit pada area kulit tersebut.

Pada seseorang yang dalam keadaan normal, dia akan merubah posisi duduknya atau bahkan berdiri untuk mengurangi rasa sakitnya. Akan berbeda pada keadaan tidak normal, seperti pada pasien kelainan batang otak (*spinal cord injury*), dia tidak akan beranjak dari tempat duduknya. Keadaan ini, akan menyebabkan terjadinya *ulserasi* pada daerah kulit yang tertekan. Ini membuktikan, bahwa setiap individu memiliki reaksi sakit yang berbeda-beda walaupun menerima rangsangan nyeri yang sama. Mekanisme persepsi rasa sakit yang bekerja menggunakan prinsip “semua atau tidak” pada umumnya apabila satu unit stimulus diaplikasikan ke kedua individu, maka kedua individu seharusnya akan mempersepsikan jumlah rasa sakit yang sama. Akan tetapi, jika ternyata dari pengalaman yang dirasakan individu pada situasi ini bisa saja salah satu individu menangis dan berguling – guling kesakitan sedangkan individu lainnya akan terlihat tidak mengacuhkan rasa sakit yang dideritanya.

Reaksi yang bervariasi terhadap stimulus sakit yang identik bukan disebabkan oleh perbedaan persepsi rasa sakit, akan tetapi disebabkan oleh variasi reaksi rasa sakit. Reaksi rasa sakit adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan integrasi dan apresi

rasa sakit pada system saraf pusat di korteks dan *thalamus posterior*. Pada penelitian klinis terlihat adanya beberapa faktor yang menyebabkan variasi intensitas rasa sakit dan respon pasien, tidak saja antar individual akan tetapi juga dari waktu ke waktu pada satu individu.

Respon yang bervariasi terhadap stimulus sakit yang identik bukan disebabkan oleh perbedaan persepsi rasa sakit tetapi disebabkan oleh variasi reaksi rasa sakit. Respon individu terhadap gejala sakit terdiri atas beberapa tahapan yaitu :

1. Tahap pengenalan gejala

Pada tahapan ini pasien menyadari bahwa “ada sesuatu yang salah”. Mereka mengenali sensasi atau keterbatasan fungsi fisik tetapi belum menduga adanya diagnosa tertentu.

2. Tahap asumsi peranan sakit

Tahap ini terjadi jika gejala menetap atau semakin berat, orang yang sakit akan melakukan konfirmasi kepada keluarga, orang terdekat atau kelompok sosialnya bahwa ia benar-benar sakit sehingga harus diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya. Pada tahapan ini, pasien akan mengalami perubahan emosional seperti; menarik diri/depresi dan perubahan fisik. Sebagai contoh seorang awalnya menyangkal pentingnya intervensi dari petugas kesehatan, ia akan menunda interaksi dengan system pelayanan kesehatan yang ada. Saat gejala yang dirasakan menetap dan semakin parah maka ia segera melakukan interaksi dengan system pelayanan kesehatan dan berubah menjadi pasien.

3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Pada tahapan ini, pasien akan mencari kepastian penyakit dan terapi dari ahlinya. Pasien akan mencari penjelasan mengenai

gejala yang dirasakan, penyebab rasa sakit dan dampak yang ditimbulkan dari rasa sakit tersebut kedepannya. Petugas kesehatan memegang peranan yang sangat penting dalam mendiagnosa pasien. Disaat pasien menerima diagnosa tersebut, maka pasien akan mematuhi rencana terapi yang akan diberikan. Akan tetapi disaat pasien menyangkal diagnosa tersebut, maka pasien akan mencari system pelayanan kesehatan lain atau berkonsultasi dengan beberapa petugas kesehatan lain.

4. Tahap ketergantungan si sakit

Di tahap ini pasien akan menerima keadaannya, pasien merasakan ketergantungan pada petugas kesehatan untuk menghilangkan gejala yang dirasakan. Pasien menerima perawatan, simpati, atau perlindungan akan penyakitnya. Secara sosial peran pasien saat sakit akan di bebaskan dari kewajiban dan tugas normalnya. Semakin berat sakitnya maka semakin bebas. Pasien biasanya akan menyesuaikan perubahan dan aktivitas sehari harinya. Kondisi ini tentunya akan mempengaruhi peran pasien dirumah, tempat bekerja dan masyarakat.

5. Tahap penyembuhan atau rehabilitasi

Tahapan akhir dari perilaku sakit, dapat berupa perubahan fisik seperti demam yang menurun secara tiba-tiba. Pada kondisi sakit kronis, dimana penyembuhan yang tidak cepat, maka akan menyebabkan seorang pasien akan membutuhkan penanganan yang lebih lama sebelum kembali ke kondisi normalnya. Tidak semua pasien melewati tahapan yang ada, dan tidak setiap pasien mampu melewatinya dengan kecepatan atau sikap yang sama. Olehnya itu, pemahaman terhadap tahapan perilaku sakit akan membantu petugas kesehatan dalam mengidentifikasi berbagai perubahan perilaku sakit pasien dan bersama-sama dengan

pasien merencanakan perawatan yang efektif (Schuman, dikutip dalam Irwan, 2017).

## **E. PERSEPSI RASA SAKIT**

Kulit yang membungkus tubuh dan *membrane* mukosa yang mengelilingi beberapa *orifice* biasanya memiliki beberapa organ ujung saraf untuk mempersepsikan stimulus sentuhan, temperature dan panas. Organ-organ ujung saraf yang mempersepsikan rasa sakit adalah serabut non-medula bebas, yaitu aplikasi stimulus elektrik, termal, kimia, mekanis pada organ-organ ini akan menimbulkan impuls atau gelombang rangsang pada serabut saraf *swa propogasi* dengan intensitas merata.

Jika cukup stimulus untuk merangsang timbulnya impuls, maka impuls yang ditimbulkan biasanya mempunyai pola yang sama dan tidak dapat diperbesar walaupun dengan menambah jumlah stimulus.

Keperahan rasa sakit yang dialami oleh individu dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya jumlah serabut saraf yang diaktifkan dan bukan karena perubahan besar impuls yang diterima serabut saraf. Stimulus akan berjalan sepanjang serabut saraf neural ke thalamus, rasa sakit hebat akan di konduksikan oleh serabut saraf perifer yang mempunyai akson berdiameter lebih besar dari pada serabut yang mengkonsumsi rasa sakit yang samar.

Nyeri menyebabkan pasien sangat menderita, tidak mampu bergerak, susah tidur, tidak enak makan, cemas, gelisah, putus asa, tidak mampu bernafas dan batuk dengan baik. Keadaan seperti ini sangat mengganggu kehidupan pasien sehari-hari. Mutu kehidupannya menjadi sangat rendah, bahkan bahkan sampai tidak mampu untuk hidup mandiri layaknya orang sehat. Penatalaksanaan

nyeri pada hakikatnya tidak tertuju pada mengurangi rasa nyeri melainkan untuk menjangkau peningkatan mutu kehidupan pasien, sehingga dapat kembali menikmati kehidupannya. Sementara kualitas hidup pasien menurun karena pasien tidak bisa beristirahat dan beraktivitas (Marandina A.M, 2014).

Pada individu, dikatakan memiliki ambang batas rasa sakit yang tinggi jika seseorang hanya memberikan sedikit atau tidak bereaksi terhadap stimulus sakit. Sementara individu, dikatakan memiliki ambang batas sakit rendah jika seseorang cenderung memberi reaksi berlebihan terhadap stimulus yang sama atau yang lebih kecil. Sehingga dapat disimpulkan jika rasa sakit pada umumnya berbanding terbalik dengan reaksi terhadap rasa sakit.

#### **F. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI RASA SAKIT**

Faktor yang mempengaruhi rasa sakit bervariasi antara individu satu dengan lainnya. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi rasa sakit :

1. Psikologis : Pasien yang mengalami nyeri akut yang berat akan mengalami gangguan kecemasan, rasa takut dan gangguan tidur. Hal ini disebabkan karena ketidaknyamanan pasien dengan kondisinya, dimana pasien menderita dengan rasa nyeri yang dialaminya kemudian pasien juga tidak dapat beraktivitas. Bertambahnya durasi dan intensitas nyeri, pasien dapat mengalami gangguan depresi, kemudian pasien akan frustrasi dan mudah marah terhadap orang sekitarnya dan diri sendiri. Kondisi pasien seperti cemas dan rasa takut akan membuat pelepasan *kortisol* dan *katekolamin* yang merugikan pasien.
2. Kebudayaan : beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan yang lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Clancy

dan Mc. Vicar, 1992, menyatakan sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang.

3. Kelelahan : rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.
4. Usia : Pasien dewasa pada umumnya dapat mentolerir rasa sakit dengan baik, namun pada pasien anak-anak sering kali mempunyai ambang batas rasa sakit yang rendah serta sulit untuk membedakan antara sakit/nyeri dengan tekanan.
5. Ansietas : hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas.
6. Perhatian : tingkat seseorang menfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Potter and Perry, 2010)
7. Pengalaman sebelumnya : setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat, maka ansietas atau rasa takut dapat muncul. Apabila individu tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping nyeri.
8. Jenis kelamin : Laki - laki dan wanita memiliki reaksi yang berbeda terhadap rasa sakit/nyeri. Wanita pada umumnya lebih

sensitif terhadap rasa sakit/nyeri. Hal ini disebabkan adanya pengaruh *hormone esterogen* (Marandina A.M, 2014).

#### G. Peran Dan Perilaku Pasien Respon Sakit/Nyeri Pasien

Peran pasien terhadap sakit adalah :

1. Sakit sebagai upaya untuk menghindari tekanan
2. Sakit sebagai upaya untuk mendapatkan perhatian
3. Sakit sebagai kesempatan untuk istirahat
4. Sakit sebagai alasan kegagalan pribadi
5. Sakit sebagai penghapus dosa
6. Sakit untuk mendapatkan alat ukur

Menurut Notoatmodjo,S, 2005 perilaku pasien terhadap sakit adalah :

1. Didiamkan saja (no action), artinya sakit tersebut diabaikan dan tetap
2. Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self treatment* atau *self medication*)
3. Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Perubahan perilaku selama sakit meliputi :

1. Pernyataan verbal (Mengeluh)
2. Wajah meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir
3. Adanya perasaan ketakutan
4. Tubuh gelisah
5. *Egosentris*
6. Immobilisasi
7. Ketegangan otot
8. Peningkatan gerakan jari dan tangan
9. Menghindari kontak sosial
10. Penurunan rentang perhatian

11. Fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri (Hidayat.A Aziz.A, 2012).

Disaat individu mengalami nyeri dengan awitan mendadak, individu dapat bereaksi sangat berbeda terhadap nyeri yang berlangsung selama beberapa menit atau dapat menjadi nyeri kronis. Nyeri dapat menyebabkan keletihan dan membuat individu terlalu letih untuk merintih atau menangis. Seseorang dapat tidur, bahkan dengan nyeri hebat, akan terlihat rilek dan terlibat dalam aktifitas sehari-hari karena mampu mengalihkan perhatian terhadap nyeri.

Menurut Walia N, Hadlandsmyth dan Rastogi, 2019, pada pasien nyeri kronis respon yang kompleks tidak hanya dimiliki oleh pasien itu sendiri akan tetapi juga oleh mereka yang terlibat dalam perawatan pasien seperti keluarga maupun petugas kesehatan. Faktor psikososial dan perilaku memegang peranan penting dalam pengalaman, pemeliharaan dan *eksaserbasi* nyeri. Terdapat beberapa komponen pengalaman nyeri diantaranya :

1. Kognitif
2. Afektif
3. Perilaku
4. Fisiologis
5. Sensorik

Komponen kognitif terdiri dari bagaimana rasa sakit mempengaruhi proses berpikir seseorang atau bagaimana seseorang memandang dirinya dalam rasa sakit. Meliputi :

1. Predisposisi yaitu faktor yang diturunkan seperti temperamen dan kepribadian. hal ini dapat mempengaruhi individu terhadap persepsi nyeri maladaptif atau memiliki peran protektif. Adanya efektifitas negatif misalnya emosi yang berlebihan dan

sensitivitas kecemasan misalnya ketakutan akan sensasi terkait kecemasan dapat memperburuk interpretasi negatif dari sensasi tubuh. Kondisi ini memungkinkan terjadinya peningkatan pengalaman nyeri dan penghindaran nyeri. Sikap optimisme menjadi salah satu ciri kepribadian pada individu, dan pemakaian strategi koping aktif untuk membantu mengatasi nyeri kronis.

2. Penilaian dan keyakinan meliputi pengalaman hidup langsung, pengamatan dan informasi dari orang lain. Penilaian nyeri mengacu pada makna yang dikaitkan dengan rasa sakit oleh seorang individu. Sementara keyakinan adalah asumsi individu tentang realitas yang membentuk seseorang dalam menafsirkan suatu kejadian sehingga dianggap sebagai penentu penilaian. Jika sinyal rasa sakit ditafsirkan sebagai kondisi berbahaya (ancaman) maka dianggap tidak menyenangkan karena bisa mengarah kepada kecacatan.
3. Keyakinan yang menghancurkan dan menghindari ketakutan. Individu dengan nyeri kronis sering mengantisipasi bahwa aktivitas tertentu akan meningkatkan rasa sakit mereka atau dapat menyebabkan cedera lebih lanjut. Kondisi ini dapat memicu terjadinya ketakutan yang dapat berkontribusi pada penghindaran aktivitas.
4. Kontrol yang dirasakan dan efikasi diri. Kontrol yang dirasakan meliputi durasi, frekuensi, intensitas nyeri atau ketidaknyamanan nyeri. Efikasi diri (*self efficacy*) adalah keyakinan bahwa individu dapat berhasil melakukan tugas tertentu sesuai yang diinginkan. Efikasi diri dapat mempengaruhi fungsi fisik dan psikologis serta peningkatan efikasi diri setelah intervensi kognitif. Perilaku tersebut meliputi peningkatan rasa sakit, status fungsional dan penyesuaian psikologis.

Komponen afektif nyeri meliputi emosional individu yaitu :

1. Kecemasan

Pasien dengan gejala nyeri biasanya merasakan cemas dan ketakutan. Gejala ini biasanya tidak dapat dijelaskan. Kecemasan dan ketakutan akan berhubungan dengan aktivitas yang diantisipasi pasien akan meningkatkan respon nyeri. Ketakutan pasien dapat menimbulkan penghindaran, memotivasi ketidakaktifan dan kecacatan yang lebih besar. Kecemasan dan ketakutan yang berhubungan dengan rasa sakit/nyeri akan berdampak pada persepsi rasa sakit/nyeri yang meningkat, penurunan aktivitas fisik dan penurunan kondisi fisik. (Buchman J, Baumann N, Meng<sub>2</sub> K, Et al, 2021)

2. Depresi

Faktor yang berhubungan dengan nyeri adalah penilaian pasien tentang rasa sakit pada kehidupannya dan penilaian kemampuan pasien untuk mengontrol atas rasa sakit dan kehidupannya. Pasien yang percaya bahwa tubuhnya masih dapat berfungsi akan mampu mengontrol rasa sakitnya sehingga kemungkinan depresinya kecil.

3. Kemarahan

Dalam menghadapi tekanan hidup yang meningkat (ancaman dan tuntutan), tindakan pasien akan berorientasi pada keadaan mengatur emosi negatif melalui pengaturan diri. Adanya kemarahan akan berdampak pada peningkatan hormon stress, meningkatkan gairah dan menghalangi motivasi. Pada individu dengan nyeri kronis, penerimaan perawatan yang berorientasi pada rehabilitasi dan manajemen kecacatan daripada penyembuhan. (Buchman J, Baumann N, Meng<sub>2</sub> K, Et al, 2021)

Komponen perilaku meliputi respon tubuh yang dimanifestasikan dengan menangis, meringis, merintih, pembatasan aktivitas dan meminta obat. Mengeluh dan meringis mendorong pasien untuk mendapatkan perhatian, simpati dan memberikan bantuan.

Menurut Buchman J, Baumann N, Meng<sub>2</sub> K, Et al, 2021, peran dan perilaku pasien nyeri/sakit berbeda-beda. Rasa sakit/nyeri yang berulang sebagai pemicu stress bersifat ancaman karena biasanya menandakan bahaya dan menuntut karena mengganggu aktivitas yang sedang berlangsung dan menuntut perhatian. Hal ini dapat semakin mengancam kebutuhan kesehatan individu, meningkatnya nyeri dan disabilitas terkait nyeri. Perilaku individu dapat berupa mengurangi aktivitas, tujuan kerja/hidup cenderung bertahan (berupa penghindaran gerakan).

Pada pasien yang memiliki respon daya tahan yang lebih tinggi, meskipun nyeri tidak selalu menunjukkan aktivitas yang berlebihan atau ketidakseimbangan antara aktivitas dan relaksasi. Sementara individu dengan respon daya tahan rendah, menunjukkan tingkat stress yang lebih rendah atau sama. Orientasi akan berfokus pada tindakan terhadap keadaan, koping maladaptif dan respon penghindaran stress. Perilaku yang ditunjukkan dapat berupa aktivitas mondar mandir.

Pentingnya peran dan perilaku pasien respon sakit/nyeri membawa dampak yang positif bila dilakukan dengan baik, apabila peran dan perilaku tersebut tidak dilakukan dengan baik maka akan membawa dampak negatif berupa tidak dipatuhinya semua ketentuan-ketentuan pengobatan/terapi sesuai dengan aturan pengobatan/terapi berdasarkan penyakitnya seperti obat tidak dimakan, hal ini akan memberikan efek penyakit akan bertambah parah dan berpotensi menimbulkan komplikasi lebih lanjut, ketidak

sembuhan sehingga menyebabkan kematian (Hidayati,L.N, Syafar,H.M, Hakim, H.Abd, 2014).

Pada Umumnya anak usia 0-59 bulan belum dapat mengungkapkan masalah kesehatan dan keluhan sakit yang dialami pada tubuhnya dengan baik sehingga seorang ibu harus memiliki perspektif tersendiri dalam mengetahui kondisi sehat, sakit dan penyebab sakit yang dialami anak sehingga dapat menentukan pilihan perawatan dan pengobatan. Anak yang mengalami respon sakit/nyeri biasanya menunjukkan perilaku seperti tidak aktif, kurang berespon terhadap lingkungan sekitar, membatasi pergerakan pada bagian tubuh tertentu, mudah rewel atau menangis. Kondisi seperti ini akan mempengaruhi peran anak dalam kehidupan sehari-hari. Anak tidak dapat bermain dengan bebas, tidak bisa belajar ke sekolah dan dampak terburuknya adalah terlambatnya tumbuh kembang anak (Situmorang, S.R.Y, Saragih, V.C. D, 2021).

Pada kasus kasus kanker, ketika seseorang dalam keluarga menderita kanker, terjadi perubahan atau pergeseran peran dalam keluarga. Misalnya ketika seorang istri menderita kanker maka anak atau suami harus mengambil peran sebagai *caregiver*. Perubahan peran menjadi *caregiver* dapat mengurangi interaksi sosial karena fokus terhadap perawatan pasien. Pasien yang menderita kanker akan menunjukkan gejala diantaranya rasa sakit yang hebat, penurunan berat badan yang drastis, mual dan muntah. Respon sakit/nyeri ini akan ditunjukkan dengan perilaku seperti gangguan emosional (kecemasan, mudah tersinggung, gampang marah, acuh tak acuh dengan lingkungan sekitar), menarik diri, penurunan kesadaran, sulit tidur, dan disorientasi. (Wahyuningsih, I.S, Iksan, K.N, 2018)

## REFERENSI

- Asmadi. (2005). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC
- Hidayat.A.Aziz.A, 2012, Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia;Pendekatan Kurikulum berbasis kompetensi,Health Books Publishing,Surabaya,ISBN.978-602-97934-2-0.
- Buchman J, Baumann N, Meng<sub>2</sub> K, Et al, 2021, Endurance And Avoidance Response Patterns In Pain Patients; Application Of Action Control Theory In Pain Research, PloS ONE 16(3); e0248875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248875>
- Departemen pendidikan Nasional, Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi Keempat (Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama, 2014).
- Irwan, 2017, Etika Dan Perilaku Kesehatan, Cetakan 1, Yogyakarta, Absolute Media.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, Promosi Kesehatan, Teori dan aplikasi, Jakarta, Rineka Cipta.
- Marandina, A.M, 2014, Pengkajian Skala Nyeri Diruang Perawatan Intensive, Literatur Review, Vol.1
- Potter & Perry. (2010). Fundamental keperawatan, Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika
- Syamsir, Torang, Organisasi & Manajemen (Perilaku, struktur, budaya & Perubahan Organisasi), (Bandung, Alfabeta, 2014).
- Situmorang, S.R,Y, Saragih, V,C,D, 2021, Perspektif Sehat Dan Sakit Anak Pada Masyarakat Batak Toba Di Kabupaten Samosir, TROPHICO: Tropical Public Health Journal, Volume 1, Nomor 1.
- Walia N, Hadlandsmyth and Rastogi, 2019, Individual Differences In Affective, Cognitive And Behavioral Components Of Pain, Division Of Pain Medicine, University of Iowa, Carver College of Medicine, Iowa City, IA, USA, A.Abd-Elsayed (ed.), Pain, [https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5\\_76](https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5_76)

Wahyuningsih, I.S, Iksan, K.N, 2018, Nyeri Pada Pasien Kanker Yang  
Menjalani Kemoterapi, UNISSULA PRESS, ISBN 978-602-  
1145-69-2

## PROFIL PENULIS

### **Andi Arniyanti, S.Kep.,Ns.,M.Kes.**

Lahir di Sumbawa, 14 Nopember 1979. Penulis merupakan lulusan S1 Keperawatan PSIK Universitas Hasanuddin dan S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Saat ini sebagai Dosen Tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Makassar prodi DIII Keperawatan dan menjabat sebagai sekretaris prodi periode 2020 sampai sekarang.





**BAB 8**  
**APLIKASI TRANSKULTURAL**  
**NURSING SEPANJANG**  
**DAUR KEHIDUPAN MANUSIA**

**(Ns. Siti Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.An.)**

Akademi Keperawatan Pasar Rebo; Jl. Tanah Merdeka No. 16,17,18  
Pasar Rebo, Jakarta Timur 13750, telp (021-8404242)

Email : [sitinurhayati.fa23@gmail.com](mailto:sitinurhayati.fa23@gmail.com)

Manusia yang hidup dalam lingkungan sosial tidak dapat lepas dari pengaruh budaya disekitarnya. Pengaruh budaya ini akan mewarnai perilaku individu sepanjang siklus hidupnya. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan layanan kepada individu seyogyanya dapat memahami perilaku budaya ini sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Bagian penting dari perawat atau petugas kesehatan adalah belajar tentang budaya seluasnya-luasnya. Perawat perlu memahami konsep kebudayaan dan pengaruh kebudayaan terhadap kesehatan sehingga kesadaran budaya ini menjadikannya seorang pemberi layanan kesehatan profesional yang mampu memberikan asuhan keperawatan yang kongruen dengan kebudayaan pasien (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2020). Hari ini dan di masa depan, budaya memiliki manusia hak untuk memiliki nilai-nilai budaya, kepercayaan, dan kebutuhan mereka dihormati, dipahami, dan digunakan dengan tepat dalam proses perawatan atau penyembuhan apa pun, dan

karenanya diperlukan perawat yang mampu memahami budaya dan fenomena perawatan. Sebenarnya, itu adalah tanggung jawab moral dan etika bagi perawat untuk memperhatikan dan merespon dengan tepat perawatan budaya klien dan kebutuhan lainnya. Ini berarti perawat harus mempelajari aspek etika dan moral dari budaya klien. Keperawatan transkultural telah menjadi semakin penting dan merupakan bidang studi yang sah bahwa perawat sepatutnya memiliki pengetahuan tentang budaya dengan pertimbangan hak asasi dan etika mereka (Leininger & McFarland, 2002).

Menurut Putri (n.d), untuk mengaplikasikan keperawatan transkultural dalam proses asuhan keperawatan diperlukan pedoman sebagai acuan. Pedoman itu diantaranya adalah:

- a. Selalu memperlakukan pasien yang memiliki perbedaan latar belakang, secara hormat. Cara-cara yang unik dan khas terhadap pasien dapat menjadi cara perawat untuk menunjukkan rasa hormat serta atau pengertian.
- b. Kenali, pahami dan biasakan diri dengan berbagai adat dan kepercayaan kelompok budaya tertentu dalam ruang asuhan keperawatan.
- c. Cermat dalam menggunakan berbagai simbol dan praktik budaya ke dalam rencana asuhan keperawatan klien. Tentu jika itu semua memungkinkan, karena ada sejumlah hal yang belum tentu pas dengan berbagai bentuk pengobatan modern. Upaya memasukkan berbagai simbol dan praktik itu diharapkan dapat membuat pasien merasa nyaman sehingga kembali pulih.
- d. Seorang perawat harus mampu melepaskan berbagai stereotipe kultural yang terkadang belum tentu tepat. Kita harus ingat bahwa warna kulit individu tidak selalu menggambarkan latar belakang budaya individu tersebut, atau menunjukkan bagaimana orang itu

berpikir atau bertingkah laku.

- e. Perawat harus mampu mengenali pandangan klien tentang kesehatan, penyakit, kesedihan, kebahagiaan serta sistem pelayanan kesehatan.
- f. Perawat harus mampu menerjemahkan atau mencari tenaga penerjemah untuk para pasien yang tidak memiliki kemampuan bahasa Indonesia yang baik.
- g. Perawat harus selalu meletakkan alat tulis di sisi tempat tidur pasien. Ini dibutuhkan agar pasien dapat mengutarakan berbagai hal yang ia anggap sangat privat, serta perlu mengutarakan perasaannya langsung kepada perawat.

Proses enkulturasi berbeda-beda di Barat dan non-Barat, budaya dalam praktik siklus hidup kelahiran sampai kematian, dalam cara manusia dibesarkan, dan bagaimana mereka berkembang. Perawat, dokter, dan profesi kesehatan lain di negara Barat sering mengajarkan teori dan fakta spesifik tentang bagaimana anak-anak dan orang dewasa menjadi manusia yang mampu bertahan hidup berdasarkan teori atau tahapan perkembangan Barat yang dominan seperti teori Erickson, Maslow atau Kubler-Ross. Masalah etika dan moral yang sangat serius dapat diidentifikasi jika tenaga kesehatan membuat asumsi dan keputusan berdasarkan praktik pengasuhan anak dan orang dewasa (Leininger & McFarland, 2002).

## **A. PEMBENTUKAN KELUARGA**

Pembentukan individu baru secara normatif dimulai dari munculnya keluarga baru. Perawat perlu mengkaji dan memahami bagaimana pasien memandang keluarganya dan bagaimana mereka menilai status hubungan keluarga secara keseluruhan. Pertimbangkan bahwa keluarga merupakan sekelompok hubungan dimana pasien teridentifikasi sebagai

anggota keluarga atau jalinan individu yang saling mempengaruhi kehidupan satu dan lainnya dengan atau tanpa hubungan biologis atau ikatan resmi. Definisi keluarga yang semula diambil secara sederhana kini telah mengalami perkembangan. Sebagian orang memahami keluarga sebagai ikatan individu dalam hubungan sosial yang menjalin ikatan dan ideologi berdasarkan hubungan biologi dan dilegalkan. Sebagian yang lain mendefinisikan keluarga hanya jika ada hubungan perkawinan, kelahiran atau adopsi. Bahkan ada pula yang menganggap keluarga adalah siapapun yang tinggal serumah sekalipun dengan hewan peliharaannya. Seorang perawat perlu mengetahui bahwa keluarga memiliki banyak bentuk, perbedaan budaya dan orientasi etnis. Tidak ada dua keluarga yang sama; memiliki kekuatan, kelemahan, sumber daya, dan tantangannya tersendiri (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2020).

Dalam Sebagian masyarakat, pernikahan merupakan peralihan status yang sarat dengan nilai suci. Karena itu lahirlah berbagai upacara pernikahan sesuai dengan budaya setempat. Menurut data Badan Pusat Statistik tahun 2015, Indonesia yang memiliki 1340 suku bangsa dan 1211 bahasa yang digunakan sehari-hari oleh masyarakatnya, pastinya juga memiliki begitu banyak ritual dalam prosesi pernikahan ini. Sebagai contoh, pernikahan dalam adat Jawa telah dikenal sebagai proses yang cukup panjang dan saling berkaitan. Mulai dari praperkawinan hingga paskaperkawinan kurang lebih berlangsung selama 60 hari termasuk didalamnya perhitungan hari baik dengan ilmu numerologi (Bahasa Jawa: *nogodino*) yang cukup rumit. Usia pasangan saat menikah juga tidak luput dari prespektif budaya. Dalam studi yang dilakukan oleh Rofika dan Hariastuti (2020), membuktikan bahwa faktor budaya berpengaruh pada terjadinya pernikahan anak yakni upaya perjodohan oleh orang tua, keinginan orang tua untuk menjaga garis keturunan, adanya praktik guna-guna, hingga manipulasi umur yang dianggap legal oleh masyarakat.

## **B. KEHAMILAN DAN MELAHIRKAN**

Praktik kehamilan dan persalinan dalam masyarakat Barat kontemporer telah mengalami perubahan dramatis selama tiga dekade terakhir. Ketika populasi global menjadi semakin *mobile*, perkembangan budaya menyerukan reorientasi keterampilan keperawatan dan perilaku keperawatan. Melahirkan anak merupakan satu aspek kehidupan yang bersifat universal. Melahirkan juga merupakan masa transisi yang perlu disambut dengan perayaan sosial yang vital di masyarakat mana pun, menandakan penataan kembali peran dan tanggung jawab budaya, psikologis, fisiologis, dan hubungan sosial. Perbedaan bagaimana wanita mengalami transisi ini terletak pada nilai-nilai budaya dan keyakinan seputar kehamilan, proses persalinan, dan praktik pascapersalinan (Chalmers, 2013 dalam Andrews & Boyle, 2016).

Perawatan prenatal dan pengiriman ke rumah sakit secara rutin, melibatkan sekelompok perawat yang sangat terspesialisasi, dokter kandungan, dan dokter anak yang secara aktif memantau fisiologis ibu dan status janin, mengantarkan bayi, memberikan perawatan pascapersalinan dan bayi baru lahir. Perawatan rumah sakit rutin juga dapat mencakup: menginduksi persalinan, memberikan anestesi untuk persalinan dan melakukan operasi caesar. Perawatan oleh praktisi perawat mempromosikan perawatan yang berpusat pada keluarga dan menekankan kehamilan sebagai proses normal yang membutuhkan intervensi teknologi minimal.

Amerika Serikat menghabiskan lebih banyak uang daripada negara lain untuk perawatan kesehatan dan lebih pada kesehatan ibu daripada jenis perawatan lainnya. Namun, wanita di Amerika Serikat memiliki risiko kematian yang lebih tinggi akibat komplikasi kehamilan dibandingkan 40 negara lainnya. Disparitas kesehatan di Amerika

Serikat juga berperan dalam peningkatan morbiditas ibu dan kematian ibu, meskipun tidak jelas sampai sejauh mana. Misalnya, Wanita Afrika-Amerika hampir 4x lebih banyak kemungkinan meninggal karena komplikasi kehamilan daripada wanita kulit putih. Disparitas ini belum membaik selama lebih dari 20 tahun (Amnesti Internasional, AS, 2010 dalam Andrews & Boyle, 2016).

Komplikasi kehamilan dapat terjadi diantaranya karena masalah nutrisi ibu hamil. Tabu makanan yang dipercaya perempuan hamil, menurut Rofi'ah, dkk, (2017) dalam Intan (2018), dapat memengaruhi pemilihan makanan sebagai bentuk asupan nutrisinya. Beragam menu memang dianjurkan untuk dikonsumsi agar menjaga kehamilan dan memperlancar persalinan. Disamping itu, ibu hamil juga harus menyeleksi dan pantang makanan tertentu untuk menghormati anjuran orang tua atau ibu mertua dan menghindari konflik nantinya. Di beberapa daerah di Indonesia, ibu hamil dilarang mengonsumsi udang, ikan pari, cumi, dan kepiting karena dianggap bisa mengakibatkan kaki bayi mencengkeram rahim ibu hingga sulit dilahirkan. Tabu makanan dapat meningkatkan risiko defisiensi protein hewani, lemak, vitamin A, kalsium, serta zat besi pada ibu hamil. Risiko kekurangan zat gizi juga dapat diperparah oleh peningkatan kebutuhan zat gizi selama kehamilan (Sholihah, 2014 dalam Noor, Panghiyangani, Husaini dkk, 2020).

Menurut Angraini (2013) dalam Noor, Panghiyangani, Husaini dkk, (2020), menyatakan bahwa perempuan menyusui di Jombang justru didukung untuk mengonsumsi makanan-makanan tertentu yang mengandung makna simbolik di baliknya, dan tidak selalu untuk alasan kesehatan. Beberapa filosofi yang dianut antara lain: konsumsi sayur bayam agar hidup adem ayam; kecambah agar tidak cepat menambah anak lagi, telur sebagai simbol wiji aji artinya lahir dari rahim ibunya diharapkan bisa jadi kebanggaan; kangkung agar anak tangguh dalam

menjalani hidup; belut agar persalinan bayi lancar, kepala ayam agar dapat kemudahan dalam menjalani kehidupan dan mendapat derajat tinggi dalam lingkungan, dan kunyit (kunir) yang akan membuat bayi lahir dalam keadaan bersih tidak berbintik-bintik hitam pada tubuhnya.

### **C. KONTROL KESUBURAN DAN POPULASI**

Literatur profesional kekurangan informasi khusus untuk kepercayaan dan praktik budaya yang terkait pengontrolan kesuburan. Kesuburan wanita tergantung pada beberapa faktor, termasuk kemungkinan mandul dan hamil, serta kematian intrauterin. Selain itu, durasi periode postpartum dimana seorang wanita tidak mungkin berovulasi atau hamil, mempengaruhi kesuburan. Variabel-variabel ini selanjutnya dimodifikasi oleh variabel budaya dan sosial, termasuk pernikahan dan pola tempat tinggal, diet, agama, ketersediaan aborsi, kejadian penyakit kelamin, dan pengaturan kelahiran interval dengan cara budaya atau buatan, semua yang dipengaruhi oleh norma budaya, nilai, dan tradisi. Bagian ini berfokus pada faktor sosial yang mempengaruhi hak reproduksi dan pengontrolan populasi.

Upaya lain yang perlu dilakukan adalah meningkatkan akses penggunaan kontrasepsi pada kelompok berisiko tinggi. Program yang ditujukan untuk mengurangi atau mencegah kehamilan yang tidak diinginkan harus dibangun diatas makna budaya dan berfokus pada pengambilan keputusan pasangan. Amerika Serikat telah membentuk tujuan perencanaan keluarga untuk meningkatkan perencanaan kehamilan, jarak, dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. (Departemen Kesehatan dan Pelayanan Kemanusiaan Amerika, 2014). Di Indonesia, keengganan pemakaian kontrasepsi lebih banyak karena takut efek samping, metode tidak cocok, tidak mendapat izin suami atau alasan lainnya (BPS, 2020). Dalam beberapa budaya Afrika, sangat meyakini

praktik yang berkaitan dengan jarak kelahiran. Karena aktivitas seksual pascamelahirkan memiliki pandangan tradisional yang tabu, beberapa wanita pergi dari rumah mereka selama 2 tahun untuk menghindari kehamilan (Andrews & Boyle, 2016).

#### **D. MELAHIRKAN DAN MENGASUH ANAK**

Persalinan, terlepas dari kenyataan bahwa proses fisiologis prinsipnya sama disemua budaya. Adapun faktor-faktor yang membedakannya dapat berasal dari sikap budaya terhadap proses kelahiran, metode penanganan nyeri persalinan, posisi yang dianjurkan selama persalinan, lokasi yang disukai untuk kelahiran, serta peran ayah dan keluarga. Harapan praktisi perawatan kesehatan mungkin bervariasi sesuai dengan tingkat akulturasi berdasarkan lokasi geografis, keyakinan agama, dan preferensi individu. Secara tradisional, budaya telah memandang kelahiran seorang anak secara unik. Misalnya, kelahiran putra pertama dapat dianggap sebagai pencapaian besar yang patut dirayakan, atau kelahiran dapat dilihat sebagai keadaan kotor atau polusi yang membutuhkan berbagai upacara pembersihan.

Budaya Barat umumnya memandang kelahiran sebagai prestasi. Prestasi ini tidak selalu dikaitkan hanya dengan ibu, tetapi meluas kepada staf medis juga. Hadiah dan perayaan sering berpusat pada bayi baru lahir daripada ibu. Semakin banyak wanita hamil dan pasangan mereka mengambil peran yang lebih aktif dalam pengelolaan kesehatan dan pengalaman melahirkan itu sendiri. Berperan aktif dalam menjaga kesehatan selama masa kehamilan, tidak selalu memastikan hasil sesuai dengan yang diinginkan. Misalnya, beberapa wanita yang telah mempersiapkan diri untuk persalinan normal pada akhirnya mungkin membutuhkan operasi caesar, berpotensi menyebabkan perasaan kecewa atau rasa gagal.

Semua budaya memiliki pendekatan melahirkan yang berakar pada tradisi melahirkan di rumah. Misal, secara turun temurun, tradisi dikalangan miskin termasuk pemberdayaan bidan "nenek" di Pedesaan Whites Appalachian, Afrika Selatan dan "partera" oleh orang Meksiko. Ketergantungan pada manajemen diri, kepercayaan pada normalitas persalinan dan kelahiran, serta tradisi melahirkan di rumah mungkin mempengaruhi beberapa wanita untuk datang di rumah sakit pada persalinan lanjut. Kebutuhan untuk bepergian jarak jauh ke rumah sakit terdekat mungkin juga menjadi faktor yang berkontribusi terhadap lambatnya memperoleh pertolongan persalinan untuk banyak wanita India yang tinggal di pedesaan terpencil. Wanita Liberia enggan berbagi informasi tentang kehamilan dan persalinan karena topik ini tabu untuk dibicarakan dengan orang lain. Suami atau tetua laki-laki adalah orang-orang yang membuat keputusan tentang mengizinkan seorang wanita untuk mencari perawatan di klinik atau rumah sakit ketika dia mengalami kesulitan. Semakin memperumit situasi ini, wanita enggan mencari kesehatan profesional perawatan di klinik atau rumah sakit karena lebih nyaman di rumah sendiri dengan penolong persalinan tradisional (tidak terlatih) (Lori & Boyle, 2011 dalam Andrews & Boyle, 2016). Temuan ini menyoroti bahwa pengaruh budaya tentang persalinan melampaui pengalaman kelahiran itu sendiri.

Literatur menawarkan contoh terbaru lainnya tentang dampak budaya terhadap pengasuhan anak dari populasi perempuan terpencil di Meksiko. Petugas kesehatan yang bekerja dengan penduduk asli berusaha merancang program untuk meningkatkan hasil kesehatan, mengintegrasikan keyakinan budaya kedalam perawatan kesehatan moderen hingga akhirnya dapat meningkatkan level kesehatan dan kepuasan klien. Pengobatan moderen mempertimbangkan kondisi dan waktu kelahiran yang paling berbahaya/rentan untuk wanita melahirkan.

Namun, budaya biasanya lebih menekankan pada kondisi postpartum. Banyak budaya berkembang khusus selama masa kerentanan ini untuk meningkatkan dukungan dan memperkuat peran baru ibu (Lee, Yang, & Yang, 2013 dalam Andrews & Boyle, 2016). Dalam sebuah studi oleh Igarashi, Horiuchi, dan Porter (2013), para peneliti menyelidiki apa yang memengaruhi pengalaman pascapersalinan wanita Jepang baik secara positif maupun negatif. Menariknya, penelitian ini mengungkapkan bahwa kurangnya penyuluhan kesehatan dari petugas lebih cenderung menghalangi komunikasi positif antara pasien dan petugas kesehatan saat berada di lingkungan rumah sakit sehingga pasien merasa kesepian. Ketika wanita merasa kesepian, mereka menilai kepuasan perawatan mereka rendah. Penemuan-penemuan ini menggarisbawahi kebutuhan terhadap perawat untuk memberikan edukasi kesehatan kepada pasien sebagai bagian dari penyesuaian budaya untuk memastikan diberikannya edukasi yang tepat kepada pasien.

Perawat mungkin perlu mencatat bahwa seorang wanita makan sedikit makanan "rumah sakit" dan bergantung pada keluarga dan teman untuk membawakan makanan untuknya saat dia berada di Rumah Sakit. Jika tidak ada batasan diet untuk alasan kesehatan, praktik ini harus dihormati. Buah-buahan, sayuran dan tentunya minuman dingin mungkin dihindari karena dianggap makanan "dingin". Memang, perawat harus menilai jenis makanan apa yang sedang dimakan oleh wanita tersebut dan mendokumentasikannya sebagaimana mestinya untuk memastikan makanan tersebut bergizi dan tidak berbahaya.

Budaya pengaturan ini erat kaitannya dengan konsep ketidakharmonisan atau ketidakseimbangan meliputi: menghindari udara, dingin, dan roh jahat. Wanita Hispanik didorong untuk tinggal di dalam rumah dan menghindari pekerjaan yang berat. Kondisi hamil dan melahirkan diyakini menyebabkan keadaan "panas", sehingga wanita

harus menghindari aktivitas "panas" seperti olahraga berlebihan, termasuk seks, pekerjaan rumah tangga yang berat, pertengkaran, atau menangis (Sein, 2013 dalam Andrews & Boyle, 2016) untuk mencapai keseimbangan antara panas dan dingin.

Beberapa wanita dari kelompok budaya tradisional menilai diri mereka sendiri dalam kondisi "sakiti" selama aliran lokia pascapersalinan. Mereka mungkin menghindari pekerjaan berat, mandi, atau keramas selama periode ini. Keyakinan budaya sangat bervariasi mengenai kapan wanita bisa kembali ke aktivitas semula setelah melahirkan: Banyak budaya tradisional menyarankan bahwa seorang wanita dapat melanjutkan aktivitas normal hanya dalam 2 minggu; yang lain menyarankan menunggu hingga 4 bulan.

Depresi postpartum atau *postpartum depression (PPD)* dilaporkan terjadi diseluruh dunia. Namun, mengidentifikasi dan melaporkan PPD dalam budaya non-Barat mungkin terhalang oleh pelabelan, gangguan yang tidak dapat diterima secara budaya, berbagai gejala, atau perbedaan dalam perawatan dari budaya ke budaya (American Psychiatric Asosiasi, 2013; Unit Kebudayaan Psikiatri, 2002; Yoshida, Yamashita, Ueda, & Tashiro, 2001 dalam Andrews & Boyle, 2016).

Wawasan yang diberikan oleh literatur menyarankan perawat harus mengkaji ibu baru akan adanya tanda-tanda khusus PPD dengan pemahaman bahwa tidak semua budaya mengakui PPD sebagai masalah medis. Gejala yang terkait PPD dapat dipandang berbeda dalam budaya lain, misalnya, sebagai tanda "kepemilikan roh", seperti dalam beberapa budaya tradisional. Kesurupan "Jin", seperti yang dilaporkan dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Inggris oleh Hanely dan Brown (2014), termasuk kerasukan roh jahat yang memiliki kekuatan negatif atas pikiran dan tubuh. Gejalanya meliputi kecemasan, menangis, perubahan suasana hati, dan ketidakstabilan emosional, semuanya di

antaranya adalah gejala PPD. Namun dalam hal ini budaya tertentu, gejalanya tidak terkait dengan PPD tetapi diyakini disebabkan oleh pengaruh jin. Studi kualitatif, yang berlangsung di Arab Negara Teluk dalam komunitas Muslim, melibatkan 10 wanita yang baru saja melahirkan dan mengidentifikasi diri mereka sebagai kerasukan jin.

Data dikumpulkan dengan menggunakan wawancara terbuka dalam bahasa arab. dianalisis dan diolah hingga akhirnya ditemukan tema. Empat tema besar termasuk pengetahuan bersama tentang kerasukan jin, gejala kerasukan, faktor risiko untuk kerasukan, dan cara mencegah serta mengobatinya. Hasilnya menegaskan bahwa gejala kesurupan jin sejalan dengan gejala PPD. Dalam budaya Barat, pengobatan untuk PPD biasanya mengikuti pendekatan farmasi. Namun, pemberian obat mungkin tidak sesuai secara budaya bagi wanita muslimah yang mengalami gejala tersebut. Perawatan yang sesuai secara budaya mungkin termasuk: dukungan melalui keluarga dan masyarakat (Hanely & Brown, 2014 dalam Andrews & Boyle, 2016). Implikasi klinis termasuk pentingnya perawat mengakui penyakit dan perasaan yang diungkapkan wanita tersebut dan membiarkannya memilih perawatan yang dirasakan tepat untuknya.

#### **E. RITUAL POSTPARTUM**

Ritual penguburan plasenta adalah bagian dari tradisi Budaya Hmong, dan dengan pertumbuhan yang berkelanjutan dalam jumlah orang Amerika keturunan Hmong yang beremigrasi dari California ke berbagai wilayah di Amerika Serikat. Konflik budaya adalah hal biasa, terutama di bidang kesehatan reproduksi. Dalam upaya untuk berasimilasi, banyak orang Hmong terus menggunakan upacara animisme dan obat herbal selain menggunakan obat moderen.

Studi oleh Helsel dan Mochel (2002) dalam Andrews dan Boyle

(2016), mengeksplorasi sikap orang Amerika Hmong mengenai disposisi plasenta, nilai-nilai budaya yang memengaruhi sikap tersebut, dan persepsi tentang kesediaan penyedia Barat untuk mengakomodasi keinginan pasien Hmong mengenai pembuangan plasenta. Suku Hmong percaya bahwa plasenta adalah "pakaian pertama" bayi dan harus dikuburkan di rumah keluarga, ditempat di mana jiwa dapat menemukan pakaian akhirat setelah orang tersebut meninggal. Jika jiwa tidak dapat menemukan "jaket" plasenta itu tidak akan bisa bersatu kembali dengan leluhurnya dan akan menghabiskan kekekalan dengan mengembara. Studi ini membuktikan bahwa meskipun Imigran Hmong telah memeluk budaya Barat, kepercayaan tradisional Hmong tentang penguburan plasenta tetap menjadi kepercayaan budaya yang penting. Ini keyakinan yang harus dihormati dan petugas kesehatan perlu berupaya untuk mengakomodasi permintaan mereka (Andrews & Boyle, 2016).

#### **F. PENGARUH BUDAYA PADA PEMBERIAN ASI DAN PENYAPIHAN**

Secara budaya, menyusui dan menyapih dapat dipengaruhi oleh berbagai nilai dan kepercayaan yang terkait dengan tren masyarakat, keyakinan agama, aktivitas ibu bekerja, keyakinan budaya etnis, dukungan sosial, akses informasi tentang menyusui, dan pengalaman tentang menyusui dan/atau praktik menyapih. Organisasi Kesehatan Dunia dan UNICEF (2010) dalam Hockenberry, Wilson dan Rodgers (2016), merekomendasikan anak-anak diseluruh dunia untuk disusui secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan diikuti oleh penambahan makanan bergizi. Mereka terus menyusui hingga 2 tahun, tanpa batasan durasi. Secara fisiologis, anak dapat menyusui untuk pertama kalinya dalam beberapa tahun awal kehidupan.

Meskipun ini biasa terjadi di budaya lain, sedikit wanita di Amerika Serikat berpartisipasi dalam pemberian ASI yang memanjang

(lebih lama) dari 3 tahun karena takut tidak disetujui. Jika berkepanjangan menyusui memang terjadi, seringkali disembunyikan dari keluarga, teman, dan petugas kesehatan. Cartagena dkk (2014) dalam Andrews dan Boyle (2016), melaporkan bahwa ibu Hispanik lebih mungkin untuk mempraktekkan menyusui non-eksklusif, memulai pengenalan awal makanan padat termasuk makanan etnis, dan menganggap bayi gemuk sebagai hal yang sehat. Norma budaya yang mendorong pengaruh keluarga dan faktor sosial ekonomi berperan dalam praktek makan pada populasi ini.

Untuk wanita menyusui dari latar belakang tradisional, penting bagi perawat untuk menyadari faktor-faktor yang telah terbukti mempengaruhi kualitas dan durasi pengalaman menyusui, bersama dengan faktor-faktor yang memengaruhi praktik penyapihan. Wambach dan Cohen (2009) dalam Potter, Perry, Stockert & Hall (2020), melakukan studi kualitatif tentang pengalaman menyusui ibu remaja di perkotaan. Sebanyak 23 ibu remaja berbahasa Inggris, antara usia dari 13 dan 18 tahun, yang saat ini sedang menyusui atau telah menyusui bayi mereka dalam 6 bulan terakhir. Temuan menunjukkan bahwa ibu remaja memilih menyusui terutama untuk alasan kesehatan bayi, kedekatan, dan ikatan. Diantara itu yang memilih menyapih memiliki masalah seperti persepsi tentang suplai ASI tidak mencukupi, puting/nyeri payudara, waktu tuntutan sekolah atau pekerjaan, masalah dengan memompa, malu, kurangnya dukungan, merasa kewalahan dan frustrasi. Banyak yang menyapih tidak mencari bantuan dan melaporkan menyesal tentang penyapihan lebih awal dari yang direncanakan. Ibu yang melanjutkan menyusui lebih dari 6 minggu melaporkan adanya kestabilan emosi dan dukungan yang signifikan dari keluarga, teman, sekolah, dan bayi mereka. Temuan menunjukkan kebutuhan untuk pemberian intervensi berdasarkan tahap perkembangan ibu dalam kehidupan dan kebutuhan

untuk mendidik dan mendukung remaja untuk membantu mencegah penyapihan dini.

McKee, Zayas, dan Jankowski (2004) dalam Andrews & Boyle (2016), menguji prediktor keberhasilan inisiasi menyusui dan ketekunan wanita Afrika berpenghasilan rendah dan Hispanik di timur laut perkotaan. Temuan menunjukkan bahwa perempuan-perempuan dengan identitas budaya yang kuat dan dukungan sosial budaya cenderung untuk memulai menyusui dan menyusui lebih lama dari pada kelompok yang tidak memiliki identifikasi budaya yang kuat. Para peneliti telah mempelajari etnisitas, budaya kepercayaan, dan adat istiadat sosial sebagai cara untuk memahami pengaruh pada pemberian makan bayi. Namun, menyusui di kalangan pribumi (misalnya, Aborigin dan wanita Indian Amerika) menolak susu formula. Namun, ada dorongan dari dalam Komunitas Asli Amerika untuk memberi makan "cara alami" pada bayi. Ada juga penelitian menunjukkan bahwa menyusui mungkin memiliki dampak yang signifikan pada perkembangan diabetes di kemudian hari. Sebuah program yang digagas Murphy & Wilson (2008), menargetkan promosi menyusui dikalangan perempuan pribumi sebagai intervensi pencegahan diabetes tipe 2, dan mempromosikan pemberdayaan orang tua dan keluarga sebagai sistem pendukung. Penelitian yang dilakukan Rafsanjani (2018), membuktikan bahwa ada pengaruh sosial budaya terhadap konsumsi makanan ibu muda menyusui di Desa Sefoyan Simeulue, Aceh. Semakin erat budaya yang dianut ibu muda menyusui semakin rendah tingkat gizi yang dikonsumsi. Hal ini disebabkan adanya pantang makan terhadap beberapa jenis makanan yang justru bergizi tinggi.

Banks (2003) dalam Andrews & Boyle (2016), menjelaskan bagaimana menyusui berhasil dipromosikan di antara Kanesatake, komunitas Mohawk pedesaan di Quebec, Kanada, menggunakan

intervensi berbasis masyarakat. Strategi promosi ini termasuk mendidik keluarga besar terutama kepada nenek dari pihak ibu tentang manfaat menyusui; menangani aspek sosial, emosional, dan spiritual dari menyusui; menggunakan tradisi lisan sebagai cara untuk berbagi informasi; mengatur tempat untuk pembelajaran interaktif; dan menciptakan metode pengajaran baru, hingga bahan tertulis tentang praktik pemberian makan bayi. Namun wanita pribumi tidak tertarik atau terpengaruh oleh metode ini. Dalam proyek Kanesatake, seorang tokoh yang dihormati secara sukarela mempromosikan menyusui di masyarakatnya.

Setelah menyelesaikan sesi latihan, dia memilih melakukan pengajaran di bank, toko kelontong, dan pertemuan sosial untuk mempromosikan pemberian ASI. Grup kecil pendukung atau "lingkaran bicara" diatur untuk keluarga besar dimana dihadirkan nenek dari ibu hamil, kemudian masalah menyusui dibahas terbuka dan bebas, dipimpin oleh yang lebih tua. Pendekatan ini adalah contoh yang baik tentang bagaimana kekuatan komunitas, penggabungan pembelajaran khusus dan kepekaan budaya dapat digunakan sebagai landasan bagi keberhasilan pengembangan program. Sebelum era industri, wanita selalu menyusui atau, jika mereka memiliki darah "kerajaan" atau kelas atas, mereka menggunakan jasa wanita lain (yang juga baru memiliki bayi dan menyusui sendiri) untuk menyusui bayinya. Profesi ini memiliki berbagai nama panggilan: bibi, obat wanita, bidan, doulas, atau nenek, tapi apapun namanya, mereka adalah wanita yang telah dan masih memberikan dukungan yang diperlukan untuk keberhasilan persalinan dan pengalaman menyusui.

## **G. MASALAH BUDAYA TERKAIT KEKERASAN PASANGAN INTIM SELAMA KEHAMILAN**

Kekerasan dalam rumah tangga telah muncul sebagai salah satu ancaman perawatan kesehatan yang paling signifikan bagi wanita dan anak-anak mereka yang belum lahir. Banyak faktor trans budaya yang mempengaruhi prevalensi dan tanggapan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, termasuk pelecehan seksual yang dialami sebagai seorang anak, konsumsi alkohol dan penyalahgunaan obat oleh ibu atau orang penting lainnya, rasa malu yang terkait dengan pelecehan, takut akan pembalasan oleh pelaku, atau takut akan implikasi keuangan jika ibu meninggalkan pelaku. Pengalaman pelecehan dilaporkan oleh wanita dari semua budaya, termasuk stres (fisik, dan emosional), praktik kesehatan gaya hidup yang buruk, perawatan prenatal yang tertunda, dan kurangnya dukungan. Sebuah studi oleh Shadigian dan Bauer (2005) dalam Andrews & Boyle (2016), mengidentifikasi pembunuhan sebagai penyebab utama kematian terkait kehamilan dan bunuh diri. Petugas kesehatan harus memahami bahwa pembunuhan adalah suatu penyebab utama kematian terkait kehamilan dan umumnya adalah akibat dari kekerasan pasangan intim atau *intimate partner violence* (IPV).

Skrining untuk kekerasan pasangan dan ide bunuh diri adalah komponen penting kesehatan dan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk wanita selama dan setelah kehamilan. Kekerasan fisik selama kehamilan sering terfokus pada perut, payudara, dan/atau alat kelamin, yang menempatkan ibu dan dia anak yang belum lahir berisiko. Pelecehan fisik seringkali memiliki konsekuensi psikologis bagi korban, termasuk: kemungkinan kecanduan obat-obatan dan alkohol, stres, dan depresi. Kondisi ini dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan

berpotensi mempengaruhi kesehatan masa depan bayi baru lahir untuk berkembang. Informasi mengenai perempuan dalam situasi yang dilecehkan sangat langka, sebagian karena kurangnya pelaporan. Wanita yang dilecehkan cenderung tidak mencari perawatan kesehatan karena pelaku membatasi akses ke sumber daya dan pemukulan lebih sering terjadi selama kehamilan. Diperkirakan oleh CDC (2009) dalam Potter, Perry, Stockert & Hall (2020) bahwa 324.000 wanita hamil menjadi korban IPV setiap tahun. Wanita hamil yang dianiaya memiliki risiko lebih besar untuk melahirkan bayi BBLR. Salah satu hubungan antara kekerasan dengan BBLR adalah keterlambatan dalam mendapatkan perawatan prenatal. Temuan dari studi yang dilakukan selama dua dekade terakhir menunjukkan bahwa kekerasan fisik dan seksual menyebabkan kesehatan yang buruk selama kehamilan dan periode postpartum (Leserman, Stewart, & Dell, 1999, dalam Andrews & Boyle, 2016).

Warisan patriarki, yang masih sangat dalam tertanam dalam budaya kita, tidak diragukan lagi berkontribusi terhadap kekerasan terhadap perempuan seperti halnya faktor-faktor lain, terutama alkohol dan penyalahgunaan narkoba. Studi yang dilakukan oleh Kita, Yaeko, dan Porter (2014) tentang kekerasan pasangan intim (IPV) di Jepang melaporkan faktor risiko terkait dengan IPV selama kehamilan, yang meliputi ibu hamil di atas 30 tahun, multipara, pengalaman aborsi sebelumnya, dan memiliki pasangan pria di bawah 30 tahun. Diskusi ini berfokus pada berbagai kelompok wanita dari tiga budaya yang mungkin mengalami IPV selama kehamilan: Hispanik, Afrika, dan Indian Amerika. Perempuan memiliki ideologi atau karakteristik yang sama yang mempengaruhi perilaku mereka dan memiliki efek yang mendalam pada kehamilan mereka. Studi ini mengevaluasi pola pelecehan selama kehamilan pada 132 wanita Afrika Amerika, 208 wanita Hispanik, dan

162 wanita kulit putih Amerika yang berpenghasilan rendah. Peneliti menemukan bahwa insiden pelecehan tidak bervariasi secara signifikan diantara kelompok etnis dan para wanita ini mencari perawatan kehamilan 6,5 minggu lebih lambat daripada kelompok yang tidak mengalami pelecehan. Dalam penelitian ini, satu dari empat wanita melaporkan bahwa mereka telah disiksa secara fisik sejak awal kehamilan, dengan wanita Afrika-Amerika mengalami pelecehan yang paling parah dan paling sering. Oleh karena itu perawat harus waspada terhadap tanda-tanda pelecehan yang tidak kentara. Misalnya, keluhan psikosomatis, cedera tidak sesuai dengan penjelasan, kegagalan untuk mematuhi jadwal kontrol, dan pasangan yang terlalu protektif mungkin indikasi adanya pelecehan. Rekomendasi untuk penyedia layanan kesehatan untuk mengikuti setiap diskusi dan menekankan pentingnya perawatan yang kompeten secara budaya untuk klien berisiko (Andrews & Boyle, 2016).

## **H. ANAK-ANAK DALAM BUDAYA MASYARAKAT YANG BERAGAM**

Kelangsungan hidup budaya tergantung pada transmisi nilai dan adat istiadat dari satu generasi ke Kesuksesan proses ini bergantung pada kehadiran sosok anak. Sifat saling ketergantungan memperkuat kebutuhan masyarakat untuk memelihara, merawat, dan bersosialisasi dengan anggota generasi berikutnya. Komposisi anak sebagai populasi sangat dipengaruhi oleh efek dari praktik pengasuhan anak baik spesifik maupun lintas budaya universal, dan pengaruh budaya terhadap pertumbuhan, perkembangan, kesehatan, penyakit serta pemahaman tentang bagaimana konsep transkultural dan berbasis bukti praktik mendukung penyampaian perawatan yang kompeten secara budaya untuk anak-anak dan remaja.

Sebagian besar anak diasuh oleh alam atau orang tua angkat. Istilah orang tua mengacu pada penyedia perawatan primer baik alami, adopsi, relasional (kakek, bibi, paman, sepupu), atau mereka yang tidak berhubungan tetapi yang berfungsi sebagai penyedia perawatan primer dan/atau pengganti orang tua untuk berbagai periode waktu. Dalam beberapa kasus, penyedia perawatan utama merawat bayi, anak, atau remaja untuk waktu yang singkat, mungkin selama satu atau dua jam, disaat orang tua tidak mampu melakukannya. Dalam kasus lain, orang ini mungkin berfungsi dalam jangka panjang atau pengganti orang tua tetap meskipun adopsi sah belum terjadi. Misalnya, kakek nenek mungkin memikul tanggung jawab untuk seorang anak dalam peristiwa kematian orang tua, sakit, cacat, atau menjalani hukuman penjara (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2016).

Kyle dan Carman (2014), menyatakan bahwa dampak kemiskinan terhadap kesehatan anak adalah proses kumulatif sepanjang siklus hidup, dan penyakit di masa dewasa sering merupakan hasil dari episode terkait kesehatan awal yang menjadi rumit dari waktu ke waktu. Misalnya, ketika kemiskinan menyebabkan malnutrisi selama periode kritis pertumbuhan, baik sebelum lahir atau selama 2 tahun pertama kehidupan, konsekuensinya bisa menjadi bencana besar dan ireversibel, mengakibatkan kerusakan pada sistem neurologis dan muskuloskeletal. Jika otak gagal menerima nutrisi yang cukup selama kritis periode pertumbuhan, anak kemungkinan akan mengalami penurunan perkembangan kognitif, yang mengarah pada prestasi akademik yang buruk dan kemudian kinerja kerja yang lebih buruk, gaji yang lebih rendah, dan dengan demikian melestarikan lingkaran kemiskinan dan kesehatan yang buruk. Anak-anak dalam keluarga yang hanya memiliki ibu hampir 4x lebih mungkin berada dalam kemiskinan seperti yang terjadi pada keluarga pasangan suami istri.

Indikator status kesehatan anak meliputi kelahiran berat badan, kematian bayi, dan tingkat imunisasi. Status kesehatan dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk akses ke pelayanan kesehatan. Ada banyak hambatan untuk pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi anak-anak, seperti: kemiskinan, geografi, kurangnya kompetensi budaya oleh petugas kesehatan, dan rasisme. Keluarga dari beragam budaya mungkin memiliki masalah dalam interaksi mereka dengan petugas kesehatan lain, dan kesulitan ini mungkin berdampak buruk pada pemberian layanan kesehatan (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2016).

Percepatan pertumbuhan remaja melibatkan sistem kerangka dan otot, yang menyebabkan perubahan signifikan dalam ukuran dan kekuatan pada kedua jenis kelamin, khususnya pada anak laki-laki. Pemuda kulit putih Amerika Utara usia 12 - 18 tahun lebih berat 9 - 15 kg dan 15 cm lebih tinggi dari pemuda Filipina pada usia yang sama. Remaja Afrika-Amerika agak lebih tinggi dan lebih berat dari remaja kulit putih sampai usia 15 tahun tua. Remaja Jepang yang lahir di Amerika Serikat atau Kanada lebih besar dan lebih tinggi daripada remaja Jepang yang lahir dan besar di Jepang, hal ini terutama dikarenakan perbedaan pola makan, iklim, dan lingkungan sosial. Untuk memberikan perbandingan tinggi dan berat badan anak yang konsisten, WHO (2010) telah mengembangkan dan tolok ukur untuk tinggi/berat badan anak yang diakui secara universal hingga usia 5 tahun berdasarkan: data dari 11 juta anak di 55 negara atau kelompok etnis yang berbeda (Kyle & Carman, 2014).

Terlepas dari budaya, aktivitas neuromuskular berkembang dari umum ke spesifik, dari pusat tubuh ke ekstremitas (perkembangan proksimal ke distal), dan dari kepala sampai jari kaki (pengembangan sefalokaudal). Ukuran kepala dewasa dicapai pada usia 5 tahun, sedangkan sisa tubuh terus tumbuh hingga remaja. Fisiologis

pematangan sistem organ, seperti ginjal, peredaran darah, dan sistem pernapasan, terjadi lebih awal, sedangkan pematangan sistem saraf pusat berlanjut setelah masa kanak-kanak. Erupsi gigi terjadi lebih awal di Asia dan Afrika Amerika bayi daripada di rekan-rekan Putih mereka. Dalam hal perkembangan anak, banyak teori perkembangan didasarkan pada pengamatan terhadap: Anak-anak Barat dan, oleh karena itu, mungkin tidak memiliki generalisasi lintas budaya. Investigasi dari universalitas tahapan perkembangan yang diusulkan oleh Piaget, hubungan peran keluarga ditekankan oleh Freud, dan pola interaksi ibu-bayi disarankan oleh Bowlby untuk telah menghasilkan modifikasi teori untuk mencerminkan data lintas budaya yang lebih baru. Pola pertumbuhan dan perkembangan lainnya tampaknya khusus untuk kelompok budaya. Misalnya, di beberapa budaya, pola mobilitas standar Barat untuk duduk-merangkak-berdiri- berjalan-jongkok tidak diikuti. Orang Bali meyakini bayi beralih dari duduk ke jongkok ke berdiri. Anak-anak Hopi (penduduk asli Amerika) mulai berjalan sampai 2 bulan lebih lambat dari anak-anak Anglo-Amerika (Andrews & Boyle, 2016).

Perbedaan lintas budaya terlihat ketika memeriksa keterikatan bayi, hubungannya yang ada antara seorang anak dengan pengasuh mereka. Para peneliti telah menemukan bahwa budaya Jerman dan ibu Anglo-Amerika mengharapkan otonomi dini pada anak dan memiliki lebih sedikit intervensi fisik saat anak bermain, sehingga mendorong eksplorasi dan kemandirian. Anak-anak Jepang jarang dipisahkan dari ibu mereka, dan ada interaksi fisik yang erat dengan. Demikian pula, ibu Puerto Rico dan Dominika terlihat hubungan ibu-anak dengan lebih verbal dan ekspresi fisik kasih sayang daripada orang Eropa dan Amerika. Ibu Anglo-Amerika cenderung memberikan penekanan yang lebih besar pada kualitas yang terkait dengan individualisme seperti otonomi, kontrol diri, dan aktivitas. Perkembangan anak Afrika sangat

terkait dengan status gizi anak. Mereka yang cenderung kurang gizi memiliki keterikatan yang minimal. Studi ini membuktikan bahwa perbedaan keterikatan pada bayi terkait dengan variasi budaya dalam perilaku orang tua dan pengalaman hidup. Sosialisasi orang tua, nilai, keyakinan, tujuan, dan perilaku sebagian besar ditentukan oleh bagaimana budaya mendefinisikan pengasuhan yang baik, perilaku yang disukai untuk setiap jenis kelamin. Faktor lainnya termasuk perpindahan dari tempat tinggal pedesaan ke perkotaan dan perubahan sosial, ekonomi, dan gaya hidup merubah anak-anak menjadi lebih mandiri dan berperilaku otonom. Beberapa peneliti berpendapat urbanisasi kontemporer telah menciptakan masyarakat yang kompleks dan berteknologi tinggi yang sekaligus menumbuhkan kemandirian anak, kooperatif, dan perilaku sosial (Chen & Eisenberg, 2012; Dewar, 2014; Keller, 2013 dalam Andrews & Boyle, 2016).

Sejumlah wanita imigran di Amerika yang mencoba menyusui secara budaya menganggapnya tidak pantas untuk menyusui di tempat umum. Beberapa praktik budaya pemberian makan dapat mengakibatkan ancaman bagi kesehatan bayi. Tindakan menyangga botol berisi susu, jus, atau minuman berkarbonasi untuk menenangkan anak atau menidurkan mereka sudah dikenal di banyak budaya dan dapat menyebabkan karies gigi; praktik ini harus dihentikan. Di beberapa budaya, ibu *pre-masticate*, atau mengunyah makanan untuk anak kecil dengan keyakinan bahwa ini akan memperlancar pencernaan. Praktek ini, paling sering dilaporkan diantara ibu kulit hitam dan Hispanik, yang manfaatnya masih dipertanyakan dan dapat menularkan infeksi dari mulut ibu ke bayi (CDC, 2014 dalam Potter, Perry, Stockert & Hall, 2020).

Status kesehatan sebagian tergantung pada nutrisi asupan, sehingga secara integral menghubungkan nutrisi anak status dan kesehatan. Menurut WHO (2010) dalam Kyle & Carman, (2014),

malnutrisi dijelaskan sebagai gizi kurang (tidak cukup nutrisi penting atau nutrisi diekskresikan terlalu cepat) atau kelebihan gizi (makan terlalu banyak makanan yang salah atau tidak mengeluarkan cukup makanan). Malnutrisi secara serius dapat mengganggu perkembangan syaraf dan muskuloskeletal. Malnutrisi tidak hanya terjadi pada anak-anak dari miskin dan kelompok sosial ekonomi rendah. Menurut definisi, banyak keluarga berpenghasilan menengah dan atas memiliki anak obesitas yang juga kurang gizi. Obesitas sering dimulai pada masa bayi, ketika beberapa ibu menyerah pada tekanan budaya untuk berlebihan dalam pemberian makan (Moreno, Johnson-Shelton, & Boles, 2013). Di antara beberapa suku Afrika, seperti Igbo dan Yoruba di Nigeria, bayi yang kelebihan berat badan dianggap sehat, dan ringan hingga sedang obesitas pada anak dianggap sebagai tanda kemakmuran. Keyakinan serupa telah diidentifikasi di antara Perempuan Somalia dan Berber serta beberapa ibu Hispanik dengan kepercayaan budaya lama bahwa bayi gemuk adalah bayi yang sehat. Maraknya restoran cepat saji dan *junkfood* telah menghasilkan diet tinggi kalori, lemak, kolesterol, dan karbohidrat. Nutrisi rendah, tinggi lemak, makanan berkalori tinggi ini disebut sebagai "kalori kosong" dan telah menyebabkan epidemi obesitas pada anak.

Praktik budaya terkait waktu makan sangat bervariasi. Dalam banyak budaya, penyakit dipandang sebagai hukuman untuk tindakan jahat, dan puasa (berpantang) dari makanan padat dan terkadang cairan, dilihat sebagai penebusan dosa. Suatu situasi dapat menjadi berbahaya, dan bahkan mematikan, jika orang tua melihatnya penyakit anak sebagai peristiwa "jahat" dan akibatnya menahan makanan dan/atau air. Terjadi dehidrasi cepat dan malnutrisi dapat segera menyusul. Perawat harus waspada dalam mendukung kebiasaan makan budaya dan perlu mendidik orang tua dan anak-anak tentang pencegahan dan intervensi

gizi buruk dan dehidrasi. Air minum yang aman tidak selalu tersedia di banyak wilayah di dunia. Air yang terkontaminasi ditemukan di semua negara pada suatu waktu dan di beberapa negara negara setiap saat. Bencana terkait cuaca, gempa bumi, kelaparan, dan perang biasanya meningkatkan krisis air (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2016)

Pembentukan kekebalan tubuh pada masa kanak-kanak sebenarnya telah terbentuk sejak bayi.. Transfer kekebalan melalui injeksi/penelanan virus hidup yang dilemahkan telah menjadi faktor utama dalam penurunan kematian anak. Beberapa kelompok agama menolak imunisasi dan sering mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) akibat penyakit menular yang dapat dicegah di dalam masyarakat. Orang tua lain menolak imunisasi berdasarkan keyakinan adanya hubungan antara autisme anak dan vaksin, yang belum didukung oleh penelitian klinis hingga saat ini. Studi yang dilakukan oleh Wulandari (2018), bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh persepsi sosial budaya terhadap kepatuhan ibu dalam melaksanakan imunisasi lanjutan pada batita di Puskesmas Kasiyan Kabupaten Jember Hasil studi ini menunjukkan adanya pengaruh signifikan persepsi sosial budaya terhadap kepatuhan ibu. Penelitian ini menguatkan perlunya tenaga kesehatan meningkatkan pemberian edukasi untuk merubah persepsi sosial budaya negatif tentang pelaksanaan imunisasi lanjutan. Kekebalan diketahui juga memiliki kaitan erat dengan ras. Orang Afrika kulit hitam yang memiliki sifat sel sabit telah diketahui telah meningkatkan kekebalan terhadap malaria, penyakit endemik serius yang ditemukan di iklim hangat dan lembab. Jadi, orang kulit hitam dengan sifat sel sabit bertahan dari serangan malaria dan mereproduksi keturunan yang juga memiliki sifat sel sabit dalam darahnya.

Etnisitas merupakan determinan terkuat dari durasi dan karakter aliran menstruasi, meskipun diet,

olahraga, dan stres juga diketahui mempengaruhi menstruasi pada wanita dari segala usia. Di sebagian besar budaya secara global, menarche menandakan bahwa tubuh seorang gadis secara fisiologis siap menjadi ibu. Usia wanita muda untuk melahirkan anak sangat bervariasi secara budaya. Dibeberapa budaya, menjadi ibu terjadi pada awal remaja, yang mengakibatkan anak mengasuh anak, seringkali dengan dorongan dan dukungan dari keluarga besar. Dalam budaya lain, kehamilan remaja tidak dianjurkan. Sikap terhadap wanita menstruasi seringkali didasarkan pada budaya. Misalnya, dalam keluarga tradisional Meksiko, anak perempuan dan wanita tidak boleh berjalan tanpa alas kaki, keramas, atau mandi selama haid. Dalam mendorong praktik higienis, hormatilah arahan budaya dengan mendorong mandi spons, sering mengganti pembalut atau tampon, dan intervensi lain untuk meningkatkan kebersihan. Beberapa orang Meksiko percaya bahwa makanan asam atau es menyebabkan menstruasi mengalir hebat, dan beberapa remaja Puerto Rico telah diajarkan bahwa minum jus lemon atau apel akan meningkatkan kram menstruasi. Jika menstruasi bertepatan dengan rawat inap, perawat harus menghormati preferensi remaja dan meyakinkan ibu atau orang penting lainnya bahwa praktik budaya akan dihormati. Banyak kelompok budaya mengobati kram menstruasi dengan herbal dan berbagai pengobatan rumahan (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2016).

Petugas kesehatan harus bertanya kepada remaja apakah dia menganut sesuatu yang istimewa terkait dengan adanya menstruasi. Remaja putri berlatar belakang agama Islam memiliki larangan dan kewajiban budaya dan/atau agama selama dan setelah menstruasi. Dalam hukum Islam, darah dianggap najis. Darah menstruasi, serta darah yang keluar saat melahirkan, diyakini dapat menyebabkan wanita dalam kondisi kotor. Karena seseorang harus dalam keadaan murni untuk

shalat, wanita yang sedang menstruasi dilarang melakukan ibadah tertentu, seperti menyentuh Alquran, dan memasuki masjid. Selama haid, dilarang berhubungan badan baik untuk pria maupun wanita. Saat aliran menstruasi berhenti, wanita wajib melakukan mandi spesial untuk menyucikan dirinya. Untuk pria, hubungan seksual dan keluarnya air mani adalah tindakan yang membuat seseorang tidak suci dan membutuhkan ritual mandi sebelum bisa melakukan shalat. Wanita Buddha dan Hindu tidak boleh masuk dapur dan boleh tidur terpisah/khusus kamar saat menstruasi (Andrews & Boyle, 2016).

Banyak negara Afrika yang masih mempraktekkan ritual inisiasi untuk anak laki-laki dan perempuan, biasanya pada saat pubertas. Dalam beberapa kasus, ritual sunat-baik laki-laki maupun perempuan-dilakukan tanpa anestesi, dan kemampuan untuk menahan rasa sakit dianggap sebagai manifestasi dari kedewasaan. Dilihat dari perspektif kesehatan, ritual sirkumsisi/sunat/khitan secara garis besar memiliki tujuan yang sama, karena itu praktik sirkumsisi dalam beberapa waktu terakhir banyak dilakukan oleh tenaga Kesehatan. Dalam beberapa kelompok masyarakat budaya di Indonesia praktik sunat masih dilakukan oleh dukun sunat dengan beberapa panggilan seperti: Bengkong di Betawi dan Jawa Barat, atau Bong Supit di Yogyakarta (Putri, n.d).

Andrews dan Boyle (2016), menemukan bahwa orang tua atau kakek-nenek mungkin ingin menempatkan jimat, atau benda religi seperti salib atau rosario pada anak atau dekat tempat tidur. Diantara beberapa orang Hindu dari India Utara, ada kepercayaan yang kuat bahwa ada penyakit yang disebabkan oleh hantu atau penguasaan hantu pada fisik seseorang. Sindrom terikat budaya ini, atau penyakit rakyat, didasarkan pada keyakinan bahwa hantu memasuki korbannya dan mencoba merebut jiwanya. Jika hantu berhasil maka menyebabkan kematian. Penyakit dan dunia supranatural dihubungkan oleh konsep

demam dan hantu. Konsep supranatural ini telah dibahas dalam kitab suci Hindu. Satu tanda penyakit karena hantu adalah suara yang berbicara melalui korban mengigau, kejang-kejang yang menunjukkan rasa sakit dan ketidaknyamanan, serta tersedak atau kesulitan bernapas. Dalam kasus bayi ditandai dengan tangisan yang tak henti-hentinya. Keadaan psikologis orang tua sering terlibat dalam diagnosis, dan beberapa percaya bahwa hantu mungkin menjadi kambing hitam untuk penyakit dan kematian anak-anak .

## **I. GAMBARAN UMUM TENTANG PENGARUH BUDAYA PADA KEDEWASAAN**

Transisi kesehatan dan penyakit mempengaruhi bagaimana individu menanggapi promosi kesehatan dengan membentuk gaya hidup individu termasuk kebiasaan makan, olahraga, pekerjaan, dan aktivitas waktu luang. Misalnya, bagaimana kehamilan (transisi menjadi ibu) mempengaruhi banyak wanita dewasa muda untuk memperbaiki pola makan mereka, memulai olahraga ringan, menjauhkan diri dari alkohol, dan jaga diri mereka lebih baik sehingga bayi mereka akan sehat. Periode dewasa adalah waktu ketika terjadi perubahan fisik dan psikososial. Perubahan fisiologis, terlihat pada perubahan hormonal yang terjadi pada masa dewasa baik pria maupun wanita. Perkembangan psikososial, atau perkembangan kepribadian, mungkin lebih halus tetapi sama pentingnya. Baik perkembangan fisiologis maupun perkembangan psikososial dipengaruhi oleh nilai dan norma budaya yang terjadi sepanjang hidup.

Menurut Andrews dan Boyle (2016), faktor sosial budaya dalam masyarakat Barat memiliki pemicu perubahan yang luar biasa, menghasilkan krisis, perubahan, dan peristiwa tak terduga lainnya di kehidupan orang dewasa. Perceraian, pernikahan kembali, perubahan

karir, dan peningkatan mobilitas, serta perubahan masyarakat lainnya yang berdampak besar pada orang dewasa bertahun-tahun. Banyak orang dewasa paruh baya mungkin berada dalam generasi *sandwich* - masih prihatin dengan anak-anak yang lebih besar (dan terkadang cucu) sementara juga semakin peduli dengan perawatan orang tua yang sudah lanjut usia. Kehidupan paruh baya bisa menjadi waktu penilaian ulang, gejolak, dan perubahan. Masyarakat mengakui ini dengan istilah umum seperti krisis paruh baya atau bahkan sindrom sarang kosong, bersama dengan istilah lain yang menyiratkan stres, ketidakpuasan, dan kerusuhan. Namun, dewasa tidak selalu penuh gejolak dan berorientasi pada krisis; banyak orang paruh baya menyambut baik ruang, waktu, dan kemandirian. Paruh baya bisa menjadi saat yang penuh tantangan, kesenangan, dan kepuasan bagi banyak orang. Para peneliti saat ini cenderung melihat “krisis paruh baya” sebagai masa transisi yang dapat menjadi pengalaman positif, termasuk penguasaan keterampilan dan perilaku baru yang membantu individu untuk berubah dan tumbuh dalam menanggapi lingkungan baru.

Pernikahan dan membesarkan anak biasanya terjadi pada masa dewasa awal hingga pertengahan. Usia di mana orang muda menikah dan menjadi mandiri bervariasi menurut kebiasaan atau norma budaya, serta oleh status sosial ekonomi. Secara umum, dalam Budaya Barat, orang dewasa muda dengan status sosial ekonomi rendah meninggalkan sekolah, mulai bekerja, menikah, dan menjadi orang tua dan kakek-nenek diusia lebih dini daripada orang dewasa muda kelas menengah atau kelas atas. Memang, banyak keluarga Amerika Utara mendorong kemandirian usia dini dengan mendesak anak-anak mereka untuk menghadiri kuliah atau untuk mencari pekerjaan jauh dari rumah. Kelompok budaya lain, seperti itu dari Timur Tengah dan Amerika Latin, tempat lebih menekankan pada mempertahankan diperpanjang keluarga. Keluarga

dari beberapa kelompok budaya, seperti Hispanik, atau kelompok agama tradisional, seperti Hutterites atau Amish, mungkin enggan untuk membiarkan anak perempuan mereka meninggalkan rumah sampai mereka menikah. Di banyak keluarga Muslim, anak perempuan tidak meninggalkan rumah sampai mereka menikah. Peningkatan masyarakat mobilitas di Amerika dan Kanada telah mempengaruhi kehidupan keluarga seperti banyak anak muda keluarga sekarang tinggal jauh dari kakek-nenek, dan pengaruh tradisional kakek-nenek pada cucunya semakin berkurang. Kadang-kadang karena jarak geografis, kakek-nenek hampir tidak mengenal cucu mereka, meskipun foto digital melalui komputer, ponsel, Skype, dan perangkat teknologi lainnya dapat membantu memfasilitasi kakek-nenek tetap memantau pertumbuhan dan aktivitas cucunya.

Perubahan dalam hal partisipasi perempuan dalam angkatan kerja dimulai pada 1970-an ketika penghasilan rumah tangga tidak dapat lagi mendukung gaya hidup kelas menengah yang nyaman. Selain itu, banyak muda wanita belajar di perguruan tinggi atau universitas untuk menjadi mapan dalam karir mereka sebelum mereka menikah atau memiliki anak. Dengan ayah dan ibu bekerja, anak-anak sering ditempatkan di fasilitas perawatan anak. Faktor-faktor ini dapat berdampak buruk pada peran laki-laki dan perempuan, tanggung jawab dalam pernikahan dan pola asuh anak Hockenberry, Wilson, & Rodgers (2016).

## **J. PERSPEKTIF TRANSKULTURAL DALAM ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA**

Pengaruh sosial dan budaya akan berkontribusi pada beragam pola perilaku lansia dalam mengakses layanan perawatan kesehatan. Kondisi ini mengharuskan praktisi perawatan kesehatan untuk memberikan perawatan yang kompeten secara budaya untuk memenuhi

kebutuhan pasien. Sementara budaya bukan satu-satunya penentu perilaku, itu adalah dimensi penting dalam memahami interaksi klien lansia dalam keluarga mereka, konteks sosial yang meliputi, dan pengaturan perawatan kesehatan. Karena itu, tradisi dan nilai budaya klien lansia akan mempengaruhi bagaimana mereka berinteraksi dengan sistem perawatan kesehatan dan preferensi mereka untuk tempat tinggal, dan gaya hidup. Ketersediaan sumber daya di masyarakat akan mempengaruhi pilihan klien lansia terhadap perawatan dan aktifitas individu pada kontinum perawatan. Sumber daya komunitas ini termasuk fasilitas pensiun, institusi perawatan jangka panjang (panti jompo) atau perawat yang terampil, pendanaan untuk layanan masyarakat, serta kebijakan negara. Faktor sosial dan ekonomi, termasuk akulturasi, mempengaruhi terpeliharanya nilai-nilai budaya tradisional.

Andrews dan Boyle (2016), mengemukakan bahwa budaya mempengaruhi bagaimana individu memandang penuaan, mendefinisikan kesehatan, mengelola krisis interpersonal, dan menghadapi perubahan kesehatan yang menyertai penuaan. Perawat harus mempertimbangkan bahwa untuk lansia, kesehatan memiliki beberapa dimensi: fungsi fisik, kesejahteraan sosial dan emosional, dan ukuran kualitas hidup, termasuk kepuasan hidup dan kebahagiaan. Lansia berbeda dalam persepsi mereka tentang kesehatan tetapi umumnya menganggap aktivitas fisik mereka dan kesejahteraan psikologis sebagai indikator kesehatan. Kesehatan yang buruk mengacu pada masalah diri sendiri dengan fungsi fisik dalam menjalani aktivitas sehari-hari. Lansia cenderung mencari informasi kesehatan dan melakukan perubahan perilaku untuk mempertahankan kemandiriannya hingga usia lanjut. Orang tua yang menggunakan strategi swadaya untuk mempertahankan kesehatan umumnya melaporkan kesejahteraan psikologis dan fungsi fisik yang lebih baik daripada lansia yang tidak

menggunakan pendekatan ini. Perawat biasanya memberikan informasi tentang risiko tidak berolahraga serta manfaat meningkatkan aktivitas, berhenti merokok atau menerapkan pola hidup sehat dalam kebiasaan makan.

Perawat juga dapat bertanya kepada klien lansia tentang keadaan yang menyebabkan kurangnya latihan dan kemudian membantu klien untuk mengambil langkah-langkah kecil seperti melihat bagaimana orang lain mengadaptasi olahraga dalam kehidupan mereka. Perawat yang menyadari variasi budaya dapat menghargai bahwa individu lansia terhadap orientasi nilai yang berbeda yang mendasari keputusan mereka untuk mengadopsi perilaku sehat daripada perilaku berisiko. Lansia yang memiliki dukungan sebaya saling mendukung dalam mengubah perilaku, dan menyusun rencana bagaimana melewati tantangan. Adanya penghargaan akan lebih mungkin membuat perubahan kesehatan yang positif. Namun dalam penelitian yang dilakukan Widiyaningsih dan Suharyanta (2020), menyimpulkan bahwa sosial budaya dan geografis ada kaitannya terhadap perilaku merokok perempuan lansia di dataran tinggi Dieng. Salah satu penyebabnya adalah lingkungan alam yang bersuhu dingin memicu masyarakat untuk mencari kehangatan terutama saat berada diluar rumah, antara lain dengan cara merokok.

Lansia mungkin memiliki ingatan yang kuat tentang kepercayaan tradisional dan pengobatan sejak masa kecil mereka. Sebagai contoh, beberapa lansia Somalia mungkin percaya bahwa penyakit disebabkan oleh: kerasukan roh sementara beberapa pasien Hmong mungkin percaya bahwa suatu penyakit dapat disebabkan oleh kejahatan roh jika roh sendiri telah meninggalkan tubuh. Beberapa Pasien Hindu dan Sikh mungkin meyakini bahwa penyakit disebabkan oleh karma, tindakan seseorang pada kehidupan lampau. Beberapa imigran India Asia yang lebih tua mungkin ikuti Ayurveda, yang mencakup penggunaan rempah-

rempah dan herbal untuk pilek, diabetes, dan masalah jantung (Brar, Chhibber, Srinivasa, dkk., 2012 dalam Andrews & Boyle, 2016). Lansia etnis Cina yang mengalami nyeri kronis, masalah muskuloskeletal, dan sakit kepala mungkin mengikuti praktik tradisional termasuk obat herbal, pijat, akupunktur, atau terapi diet. Dalam tradisi Amerika Serikat dan Kanada, serta beberapa negara Asia Tenggara pengobatan tradisional seperti *coining*, bekam, dan pembakaran yang menghasilkan tanda pada tubuh adalah digunakan untuk pengobatan penyakit saluran pernapasan atas, pereda nyeri, dan berbagai penyakit lainnya.

Bekam, terapi kesehatan tertua di dunia yang berusia ribuan tahun telah dipraktikkan oleh berbagai peradaban termasuk Mesir, Persia, Babilonia, Cina, India, Yunani dan Romawi. Dalam beberapa waktu terakhir begitu banyak penelitian yang telah mempublikasikan manfaat bekam dari segi kesehatan. Tidak mengherankan jika bekam adalah terapi yang diterima oleh semua kalangan yang terbukti bermanfaat dengan teknis pelaksanaan yang mudah dan sederhana. Bekam dikenal oleh masyarakat Muslim sebagai suatu terapi yang dianjurkan oleh Nabi Muhammad SAW. Bekam dengan perlukaan atau bekam basah disebutkan dalam hadits sebagai terapi yang sifatnya menyembuhkan serta bermanfaat sebagai langkah preventif / pencegahan (Sari, Ekayanti, Salim & Subchi, 2018). Beberapa imigran lansia Vietnam juga dapat menggunakan pengobatan tradisional dan biomedis, tetapi mereka mungkin tidak mengungkapkan penggunaan obat tradisional kepada petugas kesehatan, sehingga perawat harus bertanya kepada pasien apa yang dia lakukan untuk meredakan gejala seperti konsumsi makanan tertentu.

## REFERENSI

- Andrews, M.M., & Boyle, J.S. (2016). *Transcultural concepts in nursing care*. 7<sup>th</sup> Ed. Philadelphia. Wolters Kluwer.
- Badan Pusat Statistik. (2015). *Sensus penduduk 2010*. <https://www.bps.go.id/news/2015/11/18/127/mengulik-data-suku-di-indonesia.html>. Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022.
- Badan Pusat Statistik. (2020). Laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017. <https://e-koren.bkkbn.go.id/wp-content/uploads/2018/10/Laporan-SDKI-2017-WUS.pdf> Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022.
- Hockenberry, W., Wilson, D., Rodgers, C. (2016). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 10<sup>th</sup> ed. Elsevier
- Intan, T., (2018). Fenomena tabu makanan pada perempuan Indonesia dalam perspektif antropologi feminis. Palastren, Vol.11 No.2. <https://journal.iainkudus.ac.id>. Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022
- Kyle & Carman. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri* ed. 2 vol. 1. Jakarta. EGC
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice*. 3<sup>rd</sup> Ed. New York. McGraw-Hill
- Noor, M.s., Panghiyangani, R., Husaini, dkk. (2020). *Buku ajar aspek sosial pangan dan gizi*. Yogyakarta. CV Mine
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A.M. (2020). *Dasar-dasar keperawatan*. Ed. Indonesia ke-9 Vol.1. Editor: Novieastari, E. dkk. Singapore. Elsevier.
- Putri, D.M.P., (no date). *Keperawatan Transkultural: Pengetahuan dan praktik berdasarkan budaya*. Yogyakarta. Pustaka Baru Press

- Rafsanjani, T.M., (2018). Pengaruh individu, dukungan keluarga dan sosial budaya terhadap konsumsi makanan ibu muda menyusui (Studi kasus di Desa Sofyan Kecamatan Simeulue Timur Kabupaten Simeulue). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekah, Aceh, Indonesia, Indonesia. DOI : 10.30867/action.v3i2.112 *Jurnal AcTion: Aceh Nutrition Journal*, Nopember 2018 (3)2: 124. **Published In** Vol 3, No 2 (2018): AcTion Vol 3 No 2 Tahun 2018. Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022.
- Rany, N., (2018). Perilaku Lansia Dalam Pengobatan Rheumatoid Arthritis (Rematik) Di Kelurahan Pangkalan Kasai Kecamatan Seberida Kabupaten Indragiri Hulu Tahun 2017. *Al-Tamimi Kesmas : Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat (Journal Of Public Health Sciences)*. Vol. 7 No. 2 <https://jurnal.stikes-alinsyirah.ac.id/index.php/kesmas/article/view/106>. Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022.
- Rofika, A.M., Hariastuti, I., (2020). Faktor Sosial Budaya yang Mempengaruhi Terjadinya Pernikahan pada Usia Anak di Kabupaten Sumenep. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education* Vol. 8 No. 1 (2020) 12-20 doi: 10.20473/jpk.V8.I1.2020.12-20. Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022.
- Rosdahl, C.B., Kowalski, M.T. (2018). *Buku ajar keperawatan dasar*. Ed.10 Vol.1. Alih Bahasa: Widiarti, D. dkk. Jakarta EGC.
- Sari, F.R., Salim, A., Ekayanti, F., Subchi, I. (2018). *Bekam sebagai kedokteran profetik : dalam tinjauan hadis, sejarah dan kedokteran berbasis bukti*. Depok. PT. RajaGrafindo Persada.
- Tania, I. (2021). *Tips dari Dokter untuk yang Ingin Minum Obat Tradisional* <https://www.republika.co.id/berita/qv3w9f414/emtipsem-dari-dokter-untuk-yang-ingin-minum-obat-tradisional> diakses pada Senin, 24 Januari 2021
- Widiyaningsih, D., & Suharyanta, D., (2020). Pengaruh Sosial Budaya Dan Geografis Terhadap Perilaku Merokok Lansia Perempuan Di Dataran Tinggi Dieng. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo JMK*. <https://jurnal.stikes-yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/view/539/164>. Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022.

Wulandari, N.E., (2021). Pengaruh Persepsi Sosial Budaya Terhadap Kepatuhan Ibu Dalam Melaksanakan Imunisasi Lanjutan Pada Batita di Puskesmas Kasiyan Kabupaten Jember. *thesis*, Universitas Muhammadiyah Jember.  
<http://repository.unmuhjember.ac.id/id/eprint/8457>. Diakses pada Rabu, 19 Januari 2022.

## PROFIL PENULIS

**Ns. Siti Nurhayati., M.Kep., Sp.Kep.An.**

Lulus S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2000, lulus S2 dan program Spesialis tahun 2016 di tempat yang sama dengan peminatan Keperawatan Anak. Pernah menjadi dosen tetap di Akademi Keperawatan Bina Insan Jakarta dalam bidang kekhususan yang sama dari tahun 2000-2004. Sejak tahun 2005 hingga saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Akademi Keperawatan Pasar Rebo Jakarta.



Penulis tergabung dalam tim pengajar mata kuliah Ilmu Biomedik Dasar, Kebutuhan Dasar, Komunikasi, Manajemen Patient Safety, Karya Tulis Ilmiah. dalam tim pengajar Keperawatan Anak khususnya. Terlibat aktif dalam tim audit mutu internal institusi sejak tahun 2017 hingga sekarang. Pernah mengikuti pelatihan BTCLS, resusitasi neonatus, workshop kurikulum Diploma III Keperawatan, pelatihan auditor, pelatihan penulis soal Uji Kompetensi Perawat, dan berbagai seminar/pelatihan lainnya. Pernah menjadi salah satu pembicara dalam Seminar Nasional tentang Penyakit Kronik Pada Anak tahun 2020 dan Seminar internasional "*Nursing Contribution at Disaster Risk Management Impact Psychosocial and Learning From Nations*" (2019). Pernah tergabung dalam tim penulis buku Anatomi Fisiologi Manusia tahun 2021. Pernah menjabat sebagai Wakil Direktur Bidang 3 Kemahasiswaan dan hingga saat ini sebagai Wakil Direktur Bidang 1 Akademik.

Email: [siti.nurhayati@akperpasarrebo.ac.id](mailto:siti.nurhayati@akperpasarrebo.ac.id)

## **BAB 9**

# **APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL DALAM BERBAGAI MASALAH KESEHATAN PASIEN**

**(Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An)**

Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi UKI

Email : melfadamanik20@gmail.com

Keperawatan transkultural merupakan disiplin ilmu dan profesi yang humanis dan ilmiah yang tujuannya adalah untuk melayani individu, kelompok, komunitas masyarakat dan institusi. Leininger menjelaskan bahwa keperawatan transkultural lebih dari sekedar kesadaran untuk menggunakan ilmu keperawatan asuhan budaya, tetapi juga menerapkan praktik keperawatan yang sesuai budaya dengan penuh tanggung jawab. Perawat tidak bisa memisahkan pandangan dunia, struktur sosial dan keyakinan budaya dari kesehatan, penyakit atau perawatan ketika bekerja dengan budaya karena faktor-faktor tersebut sangat erat kaitannya. Asuhan keperawatan yang sesuai dengan budaya dapat dirasakan manfaatnya bila nilai-nilai perawatan, ekspresi, atau pola yang telah diketahui dan digunakan secara eksplisit untuk perawatan sesuai, aman dan bermakna.

Menurut Leininger, cara pandanginya pada asuhan keperawatan berdasarkan budaya yang dapat diterima dan tidak merugikan pasien atau negosiasi dan atau memperbaiki budaya tersebut menjadi sebuah aplikasi yang tidak membahayakan pasien. Falsafah yang dimiliki ini mengembangkan paradigma bahwa teori keperawatan transkultural sangat berpengaruh pada pasien sebagai manusia, keperawatan,

kesehatan, dan lingkungan. Penerapan model Leininger telah diaplikasikan oleh perawat sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan yang berbudaya, khususnya di Indonesia. Seperti yang diketahui, bahwa Indonesia terdiri dari berbagai suku, budaya, dan nilai yang dianut. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi keyakinan masyarakat dalam menerima asuhan keperawatan. Perawat sudah semestinya berpikir rasional dan kritis dalam tindakan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien, sehingga pasien memahami dan menerima asuhan, tanpa meninggalkan kebiasaan budaya yang dianut.

#### **A. PEDOMAN DALAM MENGAPLIKASIKAN ASUHAN KEPERAWATAN TRANSKULTURAL**

Untuk mengaplikasikan keperawatan transkultural dalam proses asuhan keperawatan dibutuhkan sejumlah pedoman yang bermanfaat sebagai petunjuk bagi perawat ataupun pasien untuk bertindak. Berbagai pedoman itu dibutuhkan agar perawat dapat menjalankan tugasnya dengan baik, dan pasien dapat sembuh secara total (Putri, 2018). Pedoman-pedoman itu diantaranya adalah:

- 1) Selalu memperlakukan pasien dengan hormat. Perawat harus mampu memperlakukan pasien yang latar belakangnya berbeda dengan cara berbeda pula. Cara-cara yang unik dan khas terhadap pasien dapat menjadi cara perawat untuk menunjukkan rasa hormat atau pengertian.
- 2) Sebagai perawat, kita harus mengenali, memahami dan membiasakan diri dengan berbagai adat dan kepercayaan kelompok budaya tertentu pada ruang asuhan keperawatan yang kita lakukan.
- 3) Kita harus secara pintar menggabungkan berbagai simbol dan praktik budaya ke dalam rencana asuhan keperawatan pasien. Tentu jika itu semua memungkinkan, karena ada sejumlah hal yang belum tentu pas

dengan berbagai bentuk pengobatan modern. Upaya memasukkan berbagai simbol dan praktik itu diharapkan dapat membuat pasien merasa nyaman dan sembuh dengan total.

4) Seorang perawat harus mampu melepaskan berbagai stereotipe kultural yang terkadang belum tentu tepat. Kita harus ingat bahwa warna kulit seseorang tidak selalu menunjukkan latar belakang budaya orang tersebut, atau menunjukkan bagaimana orang itu berpikir atau bertingkah laku.

5) Perawat harus mampu mempelajari bagaimana pasien memandang kesehatan, penyakit, kesedihan, kebahagiaan serta sistem pelayanan kesehatan.

6) Perawat harus mampu menerjemahkan atau mencari tenaga penerjemah untuk para pasien yang tidak memiliki kemampuan bahasa Indonesia yang baik.

7) Perawat harus selalu meletakkan kertas dan pensil di sisi tempat tidur pasien. Ini dibutuhkan agar pasien dapat mengutarakan berbagai hal yang ia anggap sangat privat, serta perlu mengutarakan perasaannya langsung kepada perawat.

## **B. PANDUAN UNTUK MELAKUKAN KOMUNIKASI ANTAR BUDAYA**

Komunikasi transkultural adalah hal yang amat penting dalam proses asuhan keperawatan. Oleh karena itu perawat harus mengerti tentang sistem kepercayaan, serta bagaimana keyakinan hidup sehat dari pandangan pasien. Tren demografi baru menunjukkan adanya peningkatan budaya dan keragaman etnik di suatu tempat. Perawat memiliki banyak waktu untuk berinteraksi dengan pasien, oleh karena itu perawat harus menyadari pentingnya budaya yang berkaitan dengan komunikasi. Keterampilan berkomunikasi dalam proses transkultural keperawatan, serta berbagai pengetahuan akan konsep dan prinsipnya,

pasti akan menjadi kebutuhan penting untuk menyediakan kompetensi keperawatan. Ini semua dilakukan agar perawat dapat mengakomodir berbagai perubahan yang cepat dalam masyarakat yang heterogen (Alligood, 2014).

Perawat harus selalu belajar untuk menilai budaya, serta keragaman budaya yang ada di masyarakat. Termasuk berbagai apresiasi budaya yang ada. Misalnya saja ketrampilan negoisasi untuk melakukan komunikasi secara efektif. Komunikasi itu dilakukan dengan para individu dari latar belakang berbeda. Ini tentu saja merupakan hal yang kompleks, seperti penggunaan bahasa daerah dalam berkomunikasi. Ketika berkomunikasi perawat harus memperhatikan keyakinan budaya, serta dan perilaku dalam komunikasi (baik verbal maupun nonverbal). Komunikasi antar budaya mengacu pada kehadiran dua atau lebih individu yang berbeda budaya. Masing - masing budaya pasti memiliki atribut seperti nilai orientasi, kode komunikasi yang disukai, harapan peran, serta berbagai aturan yang dirasakan dalam hubungan sosial. Jika ada kode yang berbeda dan tidak dipahami oleh salah satu komunikan, maka akan terjadi kebingungan, ketidaksabaran dan kesalahpahaman.

a. Yang harus dilakukan (Do's)

Dalam melakukan komunikasi antar budaya, beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain (Putri, 2018) :

- 1) Jangan lupa bahwa kita sendiri sudah yakin dengan budaya yang kita miliki. Bila kita tidak tahu serta tidak yakin akan asal kita, maka mana mungkin kita bisa memahami keyakinan budaya orang lain.
- 2) Kita memiliki sikap dan pikiran terbuka terhadap apapun, terlebih terbuka untuk mempelajari berbagai hal yang baru, misalnya saja berbagai tipe komunikasi masing- masing individu
- 3) Jika kita sudah memiliki pemahaman secara konsep dan teoritis tentang komunikasi antar budaya, maka perlu dilakukan berbagai praktik

komunikasi agar apa yang sudah dipahami tidak hanya sampai sebatas konsep saja.

4) Secara aktif melakukan berbagai praktik mendengar dan membuat semacam kontrak waktu saat melakukan komunikasi antar budaya.

5) Harus memiliki sikap hormat-menghormati, terutama hormat pada berbagai keputusan orang lain untuk terlibat dalam proses komunikasi.

6) Secara mandiri melakukan proses eksplorasi atas berbagai pola komunikasi kelompok yang diajak bekerja sama.

7) Jangan pernah lupa memperhatikan komunikasi nonverbal yang secara tidak langsung ataupun langsung dikeluarkan oleh seseorang yang sedang berkomunikasi.

8) Jika ada berbagai pesan yang belum tersampaikan dengan jelas, maka sebaiknya jangan bersikap sok tahu, tetapi sebaiknya melakukan proses klarifikasi pesan terlebih dahulu kepada pemberi pesan.

9) Ketika sedang berkomunikasi, maka jangan melepaskan diri dari konteks komunikasi. Perhatikan elemen-elemen penting dalam kalimat-kalimat yang dikeluarkan, seperti 5W1H.

b. Yang tidak boleh dilakukan (Don't)

Dalam melakukan komunikasi antar budaya, ada beberapa hal yang tidak boleh dilakukan antara lain (Putri, 2018):

1) Saat berhubungan dengan orang lain, kita menempelkan stereotipe-stereotipe, terutama yang negatif, kepada kelompok-kelompok lain.

2) Kita berasumsi bahwa hanya ada satu cara komunikasi yang sempurna.

3) Kita berasumsi bahwa kerusakan dalam komunikasi adalah karena kesalahan orang lain.

4) Kita dengan semena menganggap bahwa komunikasi adalah pemahaman.

5) Kita berasumsi bahwa seluruh budaya adalah sama bagi diri kita

Dalam mengaplikasikan keperawatan transkultural, khususnya dalam sebuah alur proses keperawatan, pengetahuan tentang aturan budaya dan norma jelas amat membantu untuk mencegah berbagai kesalahan dalam berkomunikasi. Dalam proses keperawatan ini perawat harus benar-benar terbuka pada berbagai kelompok dengan keragaman budayanya. Tentu dalam perjalanannya masing-masing pihak akan bertemu pada berbagai perbedaan. Misalnya saja perbedaan yang sangat mendasar, misalnya jenis kelamin, orientasi seksual, tingkat pendidikan, tingkat ekonomi, ataupun status sosial dalam masyarakat.

### **C. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL DALAM BERBAGAI MASALAH KESEHATAN PASIEN**

Asuhan keperawatan transkultural saat ini sudah banyak diaplikasikan pada berbagai masalah kesehatan pasien di tatanan klinik maupun komunitas. Beberapa aplikasi asuhan keperawatan transkultural antara lain :

1. Aplikasi Keperawatan Transkultural pada pasien dengan masalah kesehatan mental

Manusia diciptakan dengan berbagai keberagaman sosial, budaya, dan spiritual. Perawat sebagai pemberi asuhan pelayanan memiliki kewajiban untuk memperhatikan keberagaman tersebut. Pelayanan asuhan yang diberikan sesuai dengan prinsip etik dan nilai-nilai profesi. Konsep yang memperhatikan keberagaman budaya pada asuhan keperawatan dikenalkan oleh Leininger dalam Model Transkultural. Perawat sebaiknya memiliki kemampuan dalam memahami keberagaman budaya dan nilai-nilai yang dianut oleh pasien. Leininger (2004) dalam Sagar (2012); Leininger & McFarland (2002) menyatakan bahwa hal yang harus dipahami oleh perawat dalam memahami perbedaan budaya adalah dengan mempertahankan budaya (*culture care*

*preservation*), negosiasi (*culture care accommodation*), rekonstruksi budaya (*culture care repatterning*).

Kesehatan mental dan jiwa pasien merupakan salah satu aspek yang harus diperhatikan dalam pemberian asuhan keperawatan. Proses intervensi yang dilakukan perawat memberikan hasil akhir yang baik pada kesehatan jiwa pasien. Pada kenyataannya, tak jarang pasien dan keluarga memiliki persepsi budaya dan nilai yang berbeda dengan perawat. Oleh karena itu, sesuai dengan konsep yang dibuat pada Model Leininger bahwa pengkajian budaya dilakukan untuk memahami nilai dan keyakinan budaya, simbol, dan makna hidup seseorang (Leininger, 2002).

Pengembangan empiris dalam aplikasi model Leininger diterapkan dalam penelitian studi kasus oleh Russell, Bronero, Lamont (2014) yaitu penerapan keperawatan transkultural pada kesehatan mental pasien isolasi yang menganut budaya China, namun berdomisili di Australia. Pada penelitian tersebut, Russell, Bronero, Lamont (2014) menerapkan *culture care preservation*, *culture care accommodation*, dan *culture care repatterning* dalam intervensi pasien tersebut. Kasus pada penelitian ini terjadi pada beberapa wanita berbudaya China yang harus diisolasi karena penyakitnya. Keluarga-keluarga pasien tersebut menganut nilai '*losing face*' pada pasien yang menderita penyakit, sehingga pasien tidak memiliki sistem pendukung dari keluarga. Perawat yang berbudaya Australia sebelumnya tidak mengetahui nilai budaya tersebut, sehingga perawat menerapkan konsep keperawatan transkultural dalam intervensi.

Penerapan *culture care preservation* ditunjukkan dengan menghargai keyakinan keluarga pasien terhadap budaya tersebut, namun perawat selalu berusaha memberikan kesempatan pasien untuk menghubungi ibunya setiap minggu via telepon. Hal itu dilakukan agar

pasien tidak merasa terabaikan, sehingga meningkatkan status kesehatannya. Selanjutnya penerapan *culture care accommodation* ditunjukkan dengan negosiasi yang dilakukan perawat untuk menyadarkan pasien agar menerima kondisinya dan tidak menutup diri dari lingkungan. Selain itu, memberikan edukasi pada lingkungan tempat kerjanya agar memahami kondisi pasien tersebut. Sedangkan penerapan *culture care repatterning* ditunjukkan dengan sikap empati perawat pada pasien. Perawat menyadari sulitnya intervensi terhadap nilai budaya yang dianut, karena perawat mengetahui kondisi ini adalah hal sensitif. Melalui empati, kecemasan pasien dapat teratasi dan tidak mengganggu proses penyembuhannya.

#### **E. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL MODEL LEININGER PADA LANSIA DENGAN DIABETES DI TATANAN KOMUNITAS**

Pengembangan empiris pada keperawatan komunitas ditunjukkan dengan salah satu bentuk intervensi advokasi dan pemberdayaan masyarakat (Douglas dkk, 2011). Advokasi yang dilakukan dengan menggunakan kemampuan refleksi diri, pengetahuan budaya, sumber daya dan memfasilitasi pola komunikasi bahasa pasien (Baumann, 2007, dalam Douglas dkk, 2011). Pada keperawatan komunitas membutuhkan pola komunikasi yang baik antara masyarakat dan perawat. Jika promosi kesehatan yang disampaikan perawat ingin diterapkan oleh masyarakat, maka perawat harus melakukan pengkajian budaya agar pola komunikasi jelas dan terarah. Perawat harus memahami nilai yang dianut serta bahasa yang digunakan oleh masyarakat, sehingga saat melakukan intervensi melibatkan *local hero* dalam penerapan pemberdayaan masyarakat.

Leininger & McFarland (2018) dengan *trancultural nursingnya* menyebutkan beberapa aspek budaya dapat menjadi bahan kajian dalam

upaya pemberian asuhan keperawatan. Sementara itu keluarga sebagai *family centre nursing* (FCN) memandang bahwa keluarga merupakan unit dasar dalam perawatan anggota keluarga dan menjadi bagian yang sangat berpotensi untuk membantu lansia dalam mengatasi masalah kesehatan, mengubah status kesehatan serta mendukung terhadap perubahan gaya hidup (Sahar et al., 2018). Oleh karena itu perawat komunitas harus bekerjasama dengan keluarga untuk mencapai keberhasilan dalam pemberian asuhan kepada anggota keluarga. Adanya interaksi yang intensif antara perawat, pelaku rawat dan lansia dengan pendekatan *silih asah, silih asuh silih asih* dapat meningkatkan pemahaman keluarga dalam mengenal masalah budaya atau kebiasaan yang lebih baik dalam merawat kesehatan pasien.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Badriah (2021) yang bertujuan untuk mengetahui efektifitas model keperawatan keluarga peka budaya sunda dalam meningkatkan pengetahuan keluarga dan menurunkan kadar gula darah lansia. Dalam penelitian ini bentuk kerjasama antara perawat dan keluarga ini selaras dengan filosofi budaya Sunda yaitu *silih asah, silih asuh, silih asih* yaitu saling mengasah dengan mengembangkan kemampuan keluarga dalam merawat lansia DM, mengasuh dengan cara memberikan pendampingan pada keluarga selama merawat lansia di rumah, dan saling mengasahi dengan selalu memberikan dukungan terhadap keluarga. Berdasarkan hal tersebut nilai-nilai *silih asah, silih asuh, silih asih* menjadi fondasi dari model asuhan keperawatan keluarga budaya Sunda untuk meningkat

#### **F. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL MODEL LEININGER DALAM MANAJEMEN KEPERAWATAN**

Penerapan keperawatan transkultural pada manajemen keperawatan sangatlah berpengaruh pada proses kepemimpinan dan

organisasi. Leininger (2006) dalam Sagar (2012) menjelaskan tiga alasan menggunakan konsep transkultural pada manajemen keperawatan adalah (1) berakhirnya paham unik ultrisme menjadi multikulturisme; (2) kebutuhan sumber daya dalam proses rekrutmen perawat; (3) pengembangan struktur organisasi yang bervariasi jenis kelamin dan budaya dalam keperawatan. Paham multikulturisme diterapkan agar sesama rekan sejawat memiliki sikap saling menghargai, sehingga nantinya akan mempengaruhi proses pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Kondisi ini menyebabkan pengembangan sumber daya yang dibutuhkan.

Proses penerimaan perawat bukan berdasarkan dari budaya yang sama, namun seorang perawat yang dapat menghargai perbedaan budaya, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan berkualitas dan adil. Selain berfokus pada perawat praktisi, model transkultural dapat diterapkan pada perawat yang berperan sebagai *leader*. Seorang pemimpin sebaiknya melakukan *upgrade* pengetahuan pada anggotanya terkait kemampuan penerapan keperawatan transkultural dalam asuhan keperawatan (Sagar, 2012). Hal ini diharapkan perawat terbiasa menyelesaikan kondisi pasien yang seringkali memiliki perbedaan nilai dan budaya.

## **G. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL MODEL LEININGER DALAM KEPERAWATAN MATERNAL**

Keperawatan merupakan salah satu profesi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan langsung baik kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Sebagai salah satu tenaga profesional, keperawatan menjalankan dan melaksanakan kegiatan praktek keperawatan dengan menggunakan ilmu pengetahuan dan teori keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan (Alligood, 2014).

Perawat dalam mempraktikkan keperawatannya harus memperhatikan budaya dan keyakinan yang dimiliki oleh pasien, sebagaimana yang disebutkan oleh teori model Madeleine Leininger bahwa teori model ini memiliki tujuan yaitu menyediakan bagi pasien pelayanan spesifik secara kultural. Untuk memberikan asuhan keperawatan dengan budaya tertentu, perlu memperhitungkan tradisi kultur pasien, nilai-nilai kepercayaan ke dalam rencana perawatan (Leininger & McFarland, 2002).

Sistem kesehatan di Arab merekrut tenaga kesehatan dari seluruh dunia kadang-kadang membuat kesadaran akan budaya menjadi tidak sesuai sehingga membuat kepedulian mereka dalam memberikan pelayanan kesehatan itu berkurang terhadap pasien. Di Arab dalam memberikan pelayanan kesehatan pada wanita harus memahami keanekaragaman budaya, jenis kelamin, jenis budaya, etnis, tradisi dan gaya hidup yang berbeda. Orang yang memiliki budaya berbeda mungkin memiliki jenis tuntutan berbeda dalam hal kesehatan. Jadi, Hak Asasi Manusia (HAM) setiap orang dalam mengeksplorasi nilai budaya mereka secara bebas sesuai dengan undang-undang yang berlaku.

Tujuan dari penelitian Karout et al. (2013) adalah untuk menggambarkan pengalaman hidup wanita di Saudi di ruang bersalin di sebuah rumah sakit dimana asuhan keperawatan diberikan oleh tenaga kesehatan dengan latar belakang budaya yang berbeda. Dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa keragaman agama, bahasa, gender nilai dan keyakinan serta kebangsaan berberdampak pada kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan dan kenyamanan pasien. Pasien lebih suka dilayani oleh petugas kesehatan dengan gender dan latarbelakang etnis dan budaya sama dengan pasien. Jadi dapat disimpulkan bahwa konsep keperawatan menurut Leininger sangat dibutuhkan oleh perawatan maternitas khususnya di Arab untuk

melakukan pendekatan budaya yang berlaku di suatu tempat sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan maternitas bisa maksimal dengan memperhatikan nilai yang dianut oleh pasien dan pelayanan kesehatan diterima dengan baik oleh pasien.

## **H. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL PADA ANAK**

Aplikasi keperawatan transkultural dapat dilakukan pada anak dalam mendukung asuhan keperawatan yang komprehensif dengan memperhatikan nilai-nilai dan budaya yang dianut oleh keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Hardini, Rustina dan Syahreni tahun 2019 menunjukkan bahwa aplikasi Teori *Transcultural Nursing* dapat dilakukan pada Bayi Prematur Di Ruang Perinatologi.

Teori keperawatan Transkultural dapat memfasilitasi bayi prematur dalam memenuhi kebutuhan perilaku tidur-terjaga dengan tercapainya perilaku tidur tenang dan terjaga tenang lebih lama. Teori ini dapat memfasilitasi interaksi yang baik antara orang tua dan bayinya melalui penerapan *evidence based nursing practice* (EBNP) pemberian stimulasi *biological maternal sounds (BMS)* serta memberdayakan keluarga untuk terlibat dalam perawatan bayi mereka (*family centered care*). *Biological Maternal Sounds* merupakan intervensi keperawatan mandiri yang menggunakan pendekatan transkultural karena pemberian stimulasi BMS berdasarkan kepercayaan dan keyakinan Ibu dalam menentukan suara yang akan direkam dan diperdengarkan kepada bayinya seperti suara saat bicara, saat membaca Alqur'an, suara saat bernyanyi lagu tradisional dari kebudayaan yang dimiliki atau saat melakukan lagu religi seperti sholawat. Tujuan BMS ini adalah untuk mengalihkan kebisingan yang muncul dalam lingkungan perawatan, meminimalkan komplikasi iatrogenik karena prematuritas maupun

karena intervensi dalam menangani prematuritas tersebut (Liu et al., 2012).

Perilaku tidur-terjaga adalah penilaian sensitif respon bayi terhadap stimulus suara dan kebisingan yang ada disekitar serta merupakan suatu indikator penting terhadap kesejahteraan yang dirasakan oleh bayi (Neal & Lindeke, 2008). Pentingnya bayi prematur mencapai perilaku tidur tenang dan terjaga tenang agar pengeluaran *resting energy expenditure* (REE) dapat diminimalkan sehingga energi yang dimiliki dapat digunakan untuk proses metabolisme guna mencapai pertumbuhan dan perkembangan optimal. Kondisi sebaliknya yaitu saat bayi prematur sulit mencapai perilaku tidur dan terjaga tenang akibat kebisingan yang ada dalam ruang perawatan menyebabkan bayi prematur mengalami stress sehingga energi banyak yang terbuang.

Stres yang terjadi pada bayi harus segera ditangani melalui stabilisasi dan pengaturan diri (*self-regulatory*), sehingga bayi mempunyai kemampuan koping positif (Kenner & Lott, 2007). Stres yang terjadi pada bayi prematur menyebabkan kegagalan bayi prematur dalam menjalankan aktivitas fungsionalnya seperti fungsi regulasi diri, status transisi (tidur-terjaga-menangis), pengolahan sensori, modulasi sensori, keterampilan perseptual, keterampilan kognitif, dan keterampilan auditori. Akhirnya bayi prematur sangat sulit mencapai pertumbuhan dan perkembangan optimal.

Sebuah studi yang dilakukan oleh Hardini, Rustina dan Syahreni (2019) bertujuan untuk menggambarkan penerapan teori Transcultural Nursing melalui intervensi BMS dalam memenuhi kebutuhan perilaku tidur-terjaga bayi premature dimana menciptakan kondisi lingkungan bayi sama seperti bayi saat berada didalam lingkungan rahim Ibu yaitu memperdengarkan rekaman suara Ibu pada frekuensi 500-1000 Hz atau sama dengan 20-50 dB. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus

dengan mengelola lima kasus bayi premature. Hasil penelitian ini adalah lima bayi dengan rerata usia koreksi lebih dari 30 minggu berespon positif setelah diberikan BMS, dengan menunjukkan rerata pencapaian status tidur tenang selama 35 menit dalam waktu 90 menit pengamatan. Hal ini menunjukkan bahwa bayi mampu menjalankan fungsi regulasi diri dengan mampu mencapai perilaku tidur tenang dan terjaga tenang lebih lama dibandingkan sebelum pemberian stimulasi BMS. Selain itu diketahui bahwa pada lima bayi kasus keloakan menunjukkan peningkatan berat badan setelah mendapatkan terapi stimulasi BMS.

### **Gambar Evaluasi pemberian stimulasi BMS pada bayi prematur**

Bayi	Usia Gestasi	Usia Koreksi	Pre BMS: Tidur Aktif (90 menit)	Post BMS: Tidur Tenang (90 menit)	Kebersihan Ruang Rawat	Jenis BMS
Kasus 1	30 minggu	32 minggu	43 menit	40 menit	80 dB	Lagu Sholawat
Kasus 2	30 minggu	40 minggu	44 menit	34 menit	90 dB	Baca Alqur'an
Kasus 3	33 minggu	37 minggu	40 menit	31 menit	75 dB	Berdo'a
Kasus 4	33 minggu	36 minggu	50 menit	37 menit	85 dB	Lagu nina bobo Bahasa Jawa
Kasus 5	33 minggu	36 minggu 1 hari	41 menit	30 menit	85 dB	Baca Alqur'an

Melalui pendekatan *transcultural nursing* dengan menggunakan prinsip *culture care preservatioan* dan *culture care accomodation*, yaitu perawat merencanakan dan melakukan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi pada aspek fisik bayi prematur, dan masalah psikologis dan kultural yang terjadi pada orang tua. Bentuk *culture care preservatioan* yang dilakukan oleh perawat

selama memberikan asuhan keperawatan kepada bayi prematur dan orang tuanya adalah perawat menggunakan prinsip membantu dan memfasilitasi orang tua untuk mendapatkan status kesehatan yang optimal melalui budaya yang sudah dimiliki. Adapun bentuk *culture care accomodation* adalah perawat menggunakan prinsip membantu dan memfasilitasi orang tua untuk mengurangi dan mengakomodasi budaya lama yang sudah dimiliki dengan beradaptasi dengan budaya yang baru dalam mencapai derajat kesehatan optimal.

Keterlibatan orang tua dalam pemberian asuhan keperawatan merupakan suatu strategi dalam asuhan perkembangan (*developmental care*) untuk memberdayakan kemampuan orang tua dalam merawat bayinya. Pendekatan *transcultural nursing* berdasarkan prinsip *culture care preservatioan* dan *culture care accomodation* yang diterapkan selama mengelola kasus adalah melalui pemberian edukasi kesehatan kepada orang tua. Pemberian edukasi kepada orang tua merupakan komponen penting dalam asuhan perkembangan karena orang tua dipandang sebagai anggota tim yang terlibat dalam perawatan bayi mereka. Asuhan transkultural ditunjukkan dengan perawat sensitif terhadap berbagai kemauan dan kemampuan yang dimiliki orang tua dalam kaitannya dengan kesehatan bayi mereka. Sensitivitas itu ditunjukkan dengan perawat menjaga tingkah laku untuk tidak merasa yang paling benar, tidak menghakimi keluarga, menghargai perbedaan budaya diantara perawat dan keluarga, dan menghormati norma serta latar belakang keluarga (Departemen IKA RSCM, 2013). Akhirnya tujuan edukasi keluarga akan tercapai yaitu untuk memperkuat perasaan orang tua akan kompetensi dirinya dan memperkuat keterlibatan keluarga dalam perawatan bayi mereka.

Interaksi atau hubungan antara komponen fisik yang dimiliki bayi prematur melalui perilaku tidur-terjaga, komponen psikologis yaitu

kondisi psikis orang tua yang tergambarkan melalui keinginan dan harapan, dan komponen kultural yaitu melalui nilai dan keyakinan yang dimiliki orang tua terhadap suara Ibu yang diperdengarkan kepada bayi mereka, akhirnya dapat dibuktikan melalui pendekatan *transcultural nursing* yang diberikan kepada bayi prematur dan orang tuanya. Akhirnya, *transcultural nursing* dalam membantu tercapainya asuhan keperawatan yang kompeten berdasarkan budaya dan pengetahuan kesehatan yang sensitif pada nilai-nilai dan keyakinan keluarga, kreatif, serta cara-cara yang bermakna melalui pemberian stimulasi BMS dapat digunakan untuk mencapai tingkat kesehatan dan kesejahteraan bayi prematur dalam memenuhi kebutuhan perilaku tidur-terjaga yaitu mencapai perilaku tidur tenang dan terjaga tenang lebih lama.

## **I. APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TYPE II**

Salah satu bentuk asuhan keperawatan transkultural yang dapat diaplikasikan pada pasien dengan masalah Diabetes Mellitus Tipe 2 adalah dengan membangun *self-efficacy* atau efikasi diri yang baik. Pada penderita Diabetes Mellitus, faktor psikososial memiliki peranan penting dalam mencapai manajemen individu pada perawatan pasien secara mandiri. Berdasarkan teori kognitif sosial salah satu faktor psikososial yang paling penting adalah *self-efficacy*. *Self-efficacy* adalah sebuah keyakinan pada kemampuan seseorang untuk mengatur dan melaksanakan serangkaian tindakan yang diperlukan untuk mengatasi kondisi dan situasi yang akan datang.

## REFERENSI

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorist and their work*. 8<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Badriah, S. (2021). Model keperawatan keluarga peka budaya sunda dalam meningkatkan pengetahuan keluarga dan menurunkan kadar gula darah diabetisi lansia. *Jurnal Keperawatan Silampari*, Vol (4), No.2, 329-336.
- Departemen Ilmu Kesehatan Anak. (2013). *Pelayanan kesehatan anak terpadu*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta.
- Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., ...Purnell, L. (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 317-333. <http://doi.org/10.1177/1043659611412965>
- Erdogan, S., & Cosansu, G. (2014). Influence of psychosocial factors on self-care behaviors and glycemic control in Turkish patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol 25 (1), 51-59.
- Hardini, D.S., Rustina, Y., & Syahreni, E. (2019). *Aplikasi Teori Transcultural Nursing Melalui Intervensi Biological Maternal Sounds Untuk Kebutuhan Perilaku Tidur-Terjaga Bayi Prematur Di Ruang Perinatologi Rsupn Cipto Mangunkusumo Jakarta*. University Research Collogium, The 10th University Research Collogium 2019
- Karout, N., Abdelaziz, S. H., Goda, M., AlTuwaijri, S., Almostafa, N., Ashour, R., & Alradi, H. (2013). Cultural diversity: A qualitative study on Saudi Arabian women's experience and perception of maternal health services. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(11), p172. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n11p172>
- Kenner, C., & Lott, J.W. (2007). *Comprehensive neonatal care: An interdisciplinary approach*. (4th ed). St. Louis: Saunders Elsevier.

- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice (3rd Edition)*. *Journal of Transcultural Nursing* (Vol. 13).
- Liu, W.F., Laudert, S., Perkins, B., MacMillan-York, E, Martin, S., & Graven, S. (2012). The development of potentially better practice to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27, s48-s74.
- Neal, D.O., & Lindeke, L.L. (2008). Music as a nursing intervention for preterm infants in the NICU. *Neoanatal Network*. 27 (5), 319-326. Diunduh pada tanggal 5 Februari 2013 dari <http://www.cehd.umn.edu/icd/cnbd/academic/documents>
- Putri, D.M.P. (2018). *Keperawatan Transkultural: Pengetahuan dan praktik berdasarkan budaya*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS
- Russell, R., Brunero, S., & Lamont, S. (2014). Reflecting on Transcultural Care; Culture Care Theory and Mental Health Nursing. *Austin Journal of Nursing & Health Care*, 1(2), 12-15
- Sagar, P. L. (2012). *Transcultural Nursing Theory and Model: Application in Nursing*. United States of America: Springer Publishing Company.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., & Aghajari, P. (2017). The Exploration of Culturally Sensitive Nursing Care in Pediatric Setting: a Qualitative Study, 5(38), 4329-4341. <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.7975>

## **PROFIL PENULIS**

Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An.

Penulis merupakan dosen keperawatan di Prodi Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Pada tahun 2012, penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran, Bandung dan berhasil menyelesaikan profesi Ners pada tahun 2013. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan (S2) di Universitas Indonesia pada tahun 2017 dan pendidikan Ners spesialis keperawatan anak tahun 2020. Selain sebagai dosen penulis juga aktif dalam melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan penelitian.



Email : melfadamanik20@gmail.com

# BAB 10

## Globalisasi dan Persepektif Transkultural Diversity Dalam Masyarakat

**(Kens Napolion, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J)**

STIKes Panakkukang Makassar, Jln Adhyaksa No.5 Makassar

Tlp (0411) 444-133

email : daeng\_kens1@yahoo.com

Dengan begitu pesatnya perkembangan zaman dan informasi serta tehnologi di era globalisasi saat ini, maka terjadi pula peningkatan jumlah penduduk baik populasi maupun variasinya. Kondisi ini memungkinkan adanya multikultural atau variasi budaya pada setiap wilayah. Tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang professional dan berkualitas pun semakin tinggi. Hal ini menuntut setiap tenaga kesehatan profesional termasuk perawat untuk mengetahui dan bertindak setepat mungkin dengan prespektif global dan medis bagaimana merawat pasien dengan berbagai macam latar belakang kultur atau budaya yang berbeda dari berbagai tempat di dunia dengan memperhatikan namun tetap pada tujuan utama yaitu memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

### **A. PENGERTIAN TRANSKULTURAL**

Istilah transkultural berasal dari kata **trans** dan **culture**, trans berarti alur perpindahan, jalan lintas atau penghubung, sedangkan culture berarti budaya. melalui. Cultur berarti kebudayaan, cara pemeliharaan, kepercayaan, nilai-nilai dan pola prilaku yang umum

berlaku bagi suatu kelompok dan diteruskan pada generasi berikutnya. Menurut Leininger (1991), transkultural dapat diartikan sebagai pertemuan kedua nilai-nilai budaya yang berbeda melalui proses interaksi sosial. Transkultural nursing merupakan suatu area kajian ilmiah yang berkaitan dengan perbedaan maupun kesamaan nilai-nilai budaya.

## **B. KONSEP TRANSKULTURAL**

Konsep keperawatan adalah tindakan perawatan yang merupakan konfigurasi dan ilmu kesehatan dan seni merawat yang meliputi pengetahuan ilmu humanistic, filosofi perawatan, praktik klinis keperawatan, komunikasi dan ilmu sosial. konsep ini ingin memberikan penegasan bahwa sifat seorang manusia yang menjadi target pelayanan dalam perawatan adalah bersifat bio, psiko, sosial, spiritual. Oleh karenanya, tindakan perawatan harus didasarkan pada tindakan yang komferhensif sekaligus holistic (Kozier Barbara, 2010).

Budaya merupakan perwujudan atau bentuk interaksi yang nyata sebagai manusia yang bersifat sosial. Bentuk budaya seperti norma, adat istiadat menjadi acuan perilaku manusia dalam kehidupan dengan yang lain. Pola kehidupan yang berlangsung lama dalam suatu tempat, selalu diulangi, membuat manusia terikat dalam proses yang dijalaninya. Keberlangsungan terus-menerus dan lama merupakan proses internalisasi dari suatu nilai-nilai yang mempengaruhi pembentukan karakter, pola pikir, pola interaksi perilaku yang kesemuanya itu akan mempunyai pengaruh pada pendekatan intervensi keperawatan (cultural nursing approach).

### C. PERAN DAN FUNGSI TRANSKULTURAL

Dampak budaya memberikan pengaruh yang cukup luas terhadap kehidupan manusia. Oleh karena itu, penting bagi perawat memahami latar belakang budaya orang atau pasien yang dirawat. misalnya kebiasaan hidup sehari-hari; seperti tidur, makan, pekerjaan, pergaulan sosial dan lain-lain. Budaya (cultural) juga terbagi dalam sub budaya. Subkultur adalah kelompok pada suatu kultur yang tidak seluruhnya menganut pandangan kelompok kultur yang lebih besar /memberi makna yang berbeda. Nilai-nilai budaya timur, menyebabkan sulitnya wanita yang hamil mendapat pelayanan dari dokter pria. dalam beberapa keadaan, lebih mudah menerima pelayanan kesehatan dari dokter wanita dan bidan. Hal ini menunjukkan bahwa budaya timur masih kental dengan hal-hal yang dianggap tabu.

Dalam tahun-tahun terakhir ini, makin ditekankan pentingnya pengaruh kultur terhadap pelayanan perawatan. Perawatan transkultural merupakan bidang yang relatif baru diberi fokus pada studi perbandingan nilai-nilai dan praktik budaya tentang kesehatan dan hubungan dengan perawatannya. Transkultural nursing merupakan suatu area kejadian ilmiah yang berkaitan dengan perbedaan maupun kesamaan nilai-nilai budaya pelayanan kesehatan transkultural adalah berfungsi untuk meningkatkan pemahaman atas tingkahlaku manusia dalam kaitan dengan kesehatannya. Leininger berpendapat, kombinasi pengetahuan tentang pola praktek transkultural dengan kemajuan teknologi dapat menyebabkan makin sempurnanya pelayanan keperawatan dan kesehatan orang banyak dan berbagai kultur (Leininger, 1991)

## **D. KONSEP DAN PARADIGMA DALAM ASUHAN KEPERAWATAN TRANSKULTURAL**

Banyaknya tuntutan dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan pada saat ini secara global, termasuk tuntutan terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas dan profesional akan semakin tinggi. Dengan adanya kemajuan teknologi dan era globalisasi, dimana perpindahan penduduk antar negara menyebabkan adanya pergeseran terhadap tuntutan asuhan keperawatan. Sehingga, perawat tidak hanya dituntut untuk bisa berkembang pada masa kini tapi juga pun harus berkembang dari masa lalu, dengan memahami kebudayaan klien, latar belakang klien, lingkungan dan lain sebagainya.

Ada 10 (sepuluh) Konsep dan Prinsip dalam asuhan keperawatan menurut **J.N Giger dan Davidhizar**, yaitu :

1. **Budaya** ; Norma atau aturan tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan dibagi serta memberi petunjuk dalam berfikir, bertindak dan mengambil keputusan.
2. **Cultural** ; Seseorang yang memiliki pertentanan antara dua individu dari budaya, gaya hidup, dan hukum hidup. Contohnya, Didin adalah anak yang dilahirkan dari pasangan suku sunda dan batak.
3. **Diversity** ; Diversity atau keragaman budaya adalah suatu bentuk yang ideal dari asuhan keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan budaya individu, kepercayaan, dan tindakan.
4. **Etnosentris**; Prsepsi yang dimiliki oleh individu yang menganggap bahwa budayanya adalah yang terbaik diantara budaya-budaya yang dimiliki oleh orang lain.
5. **Ras**; Perbedaan manusia didasarkan pada asal muasal manusia.
6. **Cultural shock** ; Suatu keadaan yang dialami klien pada suatu kondisi dimana perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan

kepercayaan. Hal ini dapat menyebabkan munculnya rasa ketidaknyamanan, ketidakberdayaan dan beberapa mengalami disorientasi. 7. **Diskriminasi**; Perbedaan perlakuan individu atau kelompok berdasarkan ras, etnik, jenis kelamin, sosial, dan lain sebagainya. 8. **Sterotyping** ; Anggapan suatu individu atau kelompok bahwa semua anggota dari kelompok budaya adalah sama. Seperti, perawat beranggapan bahwa semua orang Indonesia menyukai nasi. 9. **Assimilation** ; Suatu proses individu untuk membangun identitas kebudayaannya, sehingga akan menghilangkan budaya kelompoknya dan memperoleh budaya baru. 10. **Prajudice**; Adalah prasangka buruk atau beranggapan bahwa para pemimpin lebih suka untuk menghukum terlebih dahulu suatu anggota.

Menurut Leininger (1991), Paradigma *Transcultural Nursing* adalah cara pandang, keyakinan, nilai-nilai, konsep-konsep dalam asuhan keperawatan yang sesuai latar belakang budaya, terhadap 4 konsep sentral keperawatan yaitu :

#### 1. Manusia

Manusia adalah individu, keluarga atau kelompok yang memiliki nilai-nilai dan norma-norma yang diyakini dan berguna untuk menetapkan pilihan dan melakukan pilihan.

#### 2. Sehat

Kesehatan adalah keseluruhan aktifitas yang dimiliki klien dalam mengisi kehidupannya, terletak pada rentang sehat sakit. Kesehatan merupakan suatu keyakinan, nilai, pola kegiatan dalam konteks budaya yang digunakan untuk menjaga dan memelihara keadaan seimbang/sehat yang dapat diobservasi dalam aktivitas sehari-hari. Klien dan perawat mempunyai tujuan yang sama yaitu ingin mempertahankan keadaan sehat dalam rentang sehat-sakit yang adaptif.

### 3. Lingkungan

Lingkungan didefinisikan sebagai keseluruhan fenomena yang mempengaruhi perkembangan, kepercayaan dan perilaku klien. Lingkungan dipandang sebagai suatu totalitas kehidupan dimana klien dengan budayanya saling berinteraksi. Terdapat tiga bentuk lingkungan yaitu : fisik, sosial dan simbolik. Lingkungan fisik adalah lingkungan alam atau diciptakan oleh manusia seperti daerah katulistiwa, pegunungan, pemukiman padat dan iklim seperti rumah di daerah Eskimo yang hampir tertutup rapat karena tidak pernah ada matahari sepanjang tahun. Lingkungan sosial adalah keseluruhan struktur sosial yang berhubungan dengan sosialisasi individu, keluarga atau kelompok ke dalam masyarakat yang lebih luas.

Di dalam lingkungan sosial individu harus mengikuti struktur dan aturan-aturan yang berlaku di lingkungan tersebut. Lingkungan simbolik adalah keseluruhan bentuk dan simbol yang menyebabkan individu atau kelompok merasa bersatu seperti musik, seni, riwayat hidup, bahasa dan atribut yang digunakan.

### 4. Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan latar belakang budayanya. Asuhan keperawatan ditujukan memnadirikan individu sesuai dengan budaya klien. Strategi yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah perlindungan / mempertahankan budaya, mengakomodasi/negoosiasi budaya dan mengubah/mengganti budaya klien.

## **E. KONSEP TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN**

Teori transkultural dikembangkan dalam konteks keperawatan oleh **Leininger**. Teori ini menjabarkan konsep keperawatan yang didasari oleh pemahaman tentang adanya perbedaan nilai-nilai kultural

yang melekat dalam masyarakat. Leininger beranggapan bahwa sangatlah penting memperhatikan keanekaragaman budaya dan nilai-nilai dalam penerapan asuhan keperawatan kepada klien. Bila hal tersebut diabaikan oleh perawat, akan mengakibatkan terjadinya cultural shock. Cultural shock akan dialami oleh klien pada suatu kondisi dimana perawat tidak mampu beradaptasi dengan perbedaan nilai budaya dan kepercayaan.

Hal ini dapat menyebabkan munculnya rasa ketidaknyamanan, ketidakberdayaan dan beberapa mengalami disorientasi. Kebutaan budaya yang dialami oleh perawat ini akan berakibat pada penurunan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.

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

Asumsi mendasar dari teori adalah perilaku Caring. Caring adalah esensi dari keperawatan, membedakan, mendominasi serta mempersatukan tindakan keperawatan. Tindakan Caring dikatakan sebagai tindakan yang dilakukan dalam memberikan dukungan kepada individu secara utuh. Perilaku Caring semestinya diberikan kepada manusia sejak lahir, dalam perkembangan dan pertumbuhan, masa pertahanan sampai dikala manusia itu meninggal. Human caring secara umum dikatakan sebagai segala sesuatu yang berkaitan dengan dukungan dan bimbingan pada manusia yang utuh. Human caring merupakan fenomena yang universal dimana ekspresi, struktur dan polanya bervariasi diantara kultur satu tempat dengan tempat lainnya.

Beberapa konsep merupakan teori yang mendasari bagaimana seorang perawat dalam mengaplikasikan praktik keperawatan dalam transcultural nursing yaitu ;

#### 1. Budaya

Adalah norma atau aturan tindakan dari anggota kelompok yang dipelajari, dan dibagi serta memberi petunjuk dalam berfikir, bertindak dan mengambil keputusan.

#### 2. Nilai budaya

Adalah keinginan individu atau tindakan yang lebih diinginkan atau sesuatu tindakan yang dipertahankan pada suatu waktu tertentu dan melandasi tindakan dan keputusan.

#### 3. Perbedaan budaya

Dalam asuhan keperawatan merupakan bentuk yang optimal dari pemberian asuhan keperawatan, mengacu pada kemungkinan variasi pendekatan keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan asuhan budaya yang menghargai nilai budaya individu, kepercayaan dan tindakan termasuk kepekaan terhadap lingkungan dari individu yang datang dan individu yang mungkin kembali lagi (Leininger, 1985)

#### 4. Etnosentris

Diantara budaya-budaya yang dimiliki oleh orang lain. adalah persepsi yang dimiliki oleh individu yang menganggap bahwa budayanya adalah yang terbaik.

#### 5. Etnis

Berkaitan dengan manusia dari ras tertentu atau kelompok budaya yang digolongkan menurut ciri-ciri dan kebiasaan yang lazim.

#### 6. Ras

Adalah perbedaan macam-macam manusia didasarkan pada mendiskreditkan asal muasal manusia.

## 7. Etnografi

Adalah ilmu yang mempelajari budaya. Pendekatan metodologi pada penelitian etnografi memungkinkan perawat untuk mengembangkan kesadaran yang tinggi pada perbedaan budaya setiap individu, menjelaskan dasar observasi untuk mempelajari lingkungan dan orang-orang, dan saling memberikan timbal balik diantara keduanya.

## 8. Care

Adalah fenomena yang berhubungan dengan bimbingan, bantuan, dukungan perilaku pada individu, keluarga, kelompok dengan adanya kejadian untuk memenuhi kebutuhan baik actual maupun potensial untuk meningkatkan kondisi dan kualitas kehidupan manusia.

## 9. Caring

Adalah tindakan langsung yang diarahkan untuk membimbing, mendukung dan mengarahkan individu, keluarga atau kelompok pada keadaan yang nyata atauantisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi kehidupan manusia.

## 10. Cultural Care

Berkenaan dengan kemampuan kognitif untuk mengetahui nilai, kepercayaan dan pola ekspresi yang digunakan untuk membimbing, mendukung atau memberi kesempatan individu, keluarga atau kelompok untuk mempertahankan kesehatan, sehat, berkembang dan bertahan hidup, hidup dalam keterbatasan dan mencapai kematian dengan damai.

## 11. Cultural imposition

Berkenaan dengan kecenderungan tenaga kesehatan untuk memaksakan kepercayaan, praktik dan nilai diatas budaya orang lain karena percaya bahwa ide yang dimiliki oleh perawat lebih tinggi

daripada kelompok lain.

#### **F. PRINSIP DALAM ASUHAN KEPERAWATAN TRANSKULTURAL**

1. Culture care preservation / maintenance : Yaitu prinsip membantu, memfasilitasi atau memperhatikan fenomena budaya guna membantu individu menentukan tingkat kesehatan dan gaya hidup yang diinginkan.
2. Culture care accomodation / negotiation : Yaitu prinsip membantu, memfasilitasi atau memperhatikan fenomena budaya, merefleksikan cara-cara untuk beradaptasi, bernegosiasi atau mempertimbangkan kondisi kesehatan dan gaya hidup individu dan klien.
3. Culture care reparterning / restructuring : Yaitu prinsip merekontruksi atau mengubah desain untuk memperbaiki kondisi kesehatan dan pola hidup klien kearah yang lebih baik. Hasil yang diperoleh melalui pendekatan keperawatan transkultural pada asuhan keperawatan adalah tercapainya culture congruent nursing care health and well being yaitu asuhan keperawatan yang kompeten berdasarkan budaya dan pengetahuan kesehatan yang sensitif, kreatif, serta cara- cara yang bermakna guna kesejahteraan bagi masyarakat.

#### **G. PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN BUDAYA**

Banyak kebudayaan dan keyakinan yang mempunyai akar dari latar belakang budaya, etnik, keagamaan, sosial dari individu, keluarga atau komunitas yang diwariskan selain warisan budaya.

Menurut **Giger & Davidhizar** (1995) dikutip dari **Potter & Perry** (2005), Ada 6 fenomena kultural yaitu :

### 1. Kontrol lingkungan

Kontrol lingkungan mengacu pada kemampuan untuk merencanakan aktivitas yang mengontrol sifat dan faktor lingkungan langsung termasuk sistem keyakinan tradisional tentang kesehatan dan penyakit, praktik pengobatan tradisional dan penggunaan penyembuhan tradisional

### 2. Variasi biologis

Terdapat beberapa cara seseorang dari satu kelompok kultural berbeda secara biologis dari anggota lainnya. Seperti struktur dan bentuk tubuh lebih kecil di kebangsaan Asia. Perbedaan warna kulit, kerentanan terhadap penyakit seperti TBC lebih tinggi di suku Indian-amerika. Variasi nutrisi misalnya kesukaan panas dan dingin pada keturunan Spanyol, kesukaan yin dan yang pada keturunan Asia-amerika, intoleransi laktosa pada orang Meksiko, kulit hitam dari Afrika, Asia dan Yahudi Eropa Timur.

### 3. Organisasi sosial

Lingkungan sosial mempunyai peranan penting. Proses sosialisasi merupakan warisan yang diturunkan kultural, agama dan latar belakang etnik. Organisasi sosial mengacu pada unit keluarga dan organisasi kelompok sosial.

### 4. Komunikasi

Perbedaan komunikasi memberikan dampak pada proses asuhan keperawatan termasuk bahasa, perilaku verbal dan non verbal. Perawat dapat belajar tentang frase pertanyaan atau pernyataan dari klien dengan latar belakang etnik berbeda yang membentuk respon berbeda. Misalnya seorang pria Meksiko-Amerika ditanyakan apakah ia merasakan nyeri, ia akan gampang menjawab “tidak”, karena jika ia mengakui mengalami nyeri adalah tanda bahwa ia tidak jantan. Akhirnya perawat harus belajar bahasa klien.

5. Ruang Ruang personal mencakup perilaku individu dan sikap.

Teritorialitas adalah sikap yang ditunjukkan ketika seseorang bereaksi terhadap emosional dan dipengaruhi oleh kultur. Perawat harus menghargai teritorial klien ketika melakukan prosedur keperawatan.

6. Waktu

Banyak kultur di Amerika Serikat dan Kanada cenderung untuk berorientasi pada masa mendatang. Orientasi waktu beragam diantara kelompok kultur yang berbeda dan perawat mempunyai sikap untuk menemukan kesulitan, memahami, merencanakan asuhan bagi klien dengan orientasi waktu yang berbeda. Misal: klien datang terlambat dalam suatu janji karena mereka tidak terlalu memikirkan tentang perencanaan kedepan dan sibuk dengan aktifitas mereka

Perawat dalam menjalankan peran dan tugasnya sebagai pemberi asuhan keperawatan sering menghadapi klien yang memiliki latar belakang etnik, budaya, dan agama yang berbeda. Untuk menghadapi situasi ini penting bagi perawat untuk memahami bahwa klien memiliki pandangan dan interpretasi mengenai penyakit dan kesehatan yang berbeda. Pandangan tersebut didasarkan pada keyakinan sosial-budaya klien. Perawat harus sensitif dan waspada terhadap keunikan warisan budaya dan tradisi kesehatan klien dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien dari latar belakang kebudayaan yang berbeda. Perawat harus mengkaji dan mendengarkan dengan cermat tentang konsistensi warisan budaya klien.

Menurut **Leininger & MC Farlan** (2002), menjelaskan tentang pengakajian budaya pasien yaitu merupakan pengkajian budaya pada klien yang sistematik dan komprehensif dari nilai-nilai pelayanan budaya, kepercayaan, dan praktik individual, keluarga, komunitas. Tujuan

pengkajian budaya adalah untuk mendapatkan informasi yang signifikan dari klien sehingga perawat dapat menerapkan kesamaan budaya.

Perawat dalam melakukan pengkajian terhadap kebudayaan klien dimulai dari menentukan warisan kultural budaya klien, latar belakang organisasi sosial, dan keterampilan bahasa serta menanyakan penyakit atau masalah untuk mengetahui klien mendapatkan pengobatan rakyat secara tradisional baik secara ilmiah maupun mesogiso religius atau kata ramah, suci untuk mencegah dan mengatasi penyakit. Hal ini dilakukan untuk pemenuhan komponen pengkajian budaya untuk menyediakan informasi yang berguna dalam mengumpulkan data kebudayaan klien.

Model matahari terbit dari leininger menggambarkan keberagaman budaya dalam kehidupan sehari-hari dan membantu melaksanakan pengkajian budaya yang dilakukan secara komperhensif. Model ini beranggapan bahwa nilai - nilai pelayanan budaya, kepercayaan, dan masyarakat, konteks lingkungan bahasa dan riwayat etik atau peristiwa bersejarah dari kelompok tertentu (Potter and Perry, 2005).

Menurut Spradley, Tahapan pengkajian budaya dimulai dari mengetahui perubahan demografik populasi pada lingkungan praktik komunitas yang disebut dengan data sensus. Data sensus didapatkan dari data sensus lokal dan regional serta laporan pelayanan kesehatan. Langkah berikutnya perawat menggunakan teknik wawancara yang terbuka, terfokus, dan kontras untuk mendorong klien menceritakan nilai-ilai, kepercayaan, dan praktik dalam warisan budayanya. Dalam melaksanakan pengkajian budaya seorang perawat menjalin hubungan dengan klien dan memiliki keterampilan dalam berkomunikasi. Pengkajian budaya yang komprehensif membutuhkan keterampilan,

waktu hingga persiapan dan antisipasi sangat diperlukan.

## **H. INSTRUMEN PENGKAJIAN BUDAYA**

Pada abad ke-21 ini, tuntutan terhadap asuhan keperawatan semakin besar, tak hanya asuhan keperawatan yang melihat sisi medisnya saja, tetapi juga melihat dari sisi budaya. Jika melihat dari sisi budaya, ini termasuk ilmu keperawatan yang memasuki level midle theory range, yaitu teori transkultural nursing. Menurut Leinenger (2002), Tanskultural nursing adalah suatu daerah/wilayah keilmuan budaya pada proses belajar dan praktek keperawatan yang fokusnya memandang perbedaan dan kesamaan diantara budaya dengan menghargai asuhan, sehat dan sakit didasarkan pada nilai budaya manusia, kepercayaan dan tindakan, dan ilmu ini digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan khususnya budaya atau keutuhan budaya kepada manusia.

Transkultural nursing merupakan tahapan yang sama dengan proses keperawatan, antara lain pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pengkajian dalam transkultural nursing memiliki instrumen atau komponen tersendiri antara lain : warisan sejarah etnik, variasi biologis, religious, dan kepercayaan, organisasi sosial, komunikasi, waktu, kepercayaan keperawatan dan prakteknya, serta pengalaman sebagai tenaga proposional. Warisan budaya dan sejarah etnik sering membawa pada nilai-nilai dan norma yang berlaku pada suatu adat istiadat, ras klien, atau dalam hal ini dapat dikaji tentang persepsin sehat dan sakit menurut budaya klien, keikutsertaan cara-cara budaya dalam proses perawatan. Religius dan kepercayaan ini adalah faktor yang sangat mempengaruhi karena membawa motivasi tersendiri untuk menempatkan kebenaran di atas segalanya. Kajian religious dapat meliputi agama yang dianut, sudut pandang pasien

terhadap penyebab penyakit, proses penyembuhannya serta sisi positif agama pasien yang dapat membantu proses kesembuhannya. Variasi biologis, perbedaan biologis antara anggota kelompok kultur, seperti struktur dan bentuk tubuh, warna kulit, variasi enzimatik dan genetik, kerentanan terhadap penyakit, variasi nutrisi. Pengkajian organisasi sosial mengacu pada unit keluarga dan kelompok sosial, dimana di lihat tentang keadaan soal keluarga seperti ekonomi, pergaulan sosial. Sedangkan pada kelompok sosila klien dapat dilihat sejarah lingkungan dan kondisi lingkungan.

Komunikasi adalah hal terpenting dalam pelangsanaakn proses asuhan keperawatan, ketidak berhasilan komunikasi dapat menghambat proses diagnosis dan tindakan serta dapat membawa pada hasil yang trgis. Dalam hal ini perawat harus dapat melihat bahasa yang digunakan pasien secra verbal maupun non verbal. Ruang personal menunjukkan sikap klien yang harus ditanggapi oleh perawat secara sensitive, sehingga tidak menimbulkan rasa ketidak nyamanan pasien. Bukan hanya mengenai ruang personal yang harus menjadi pertimbangan tetapi juga mengenai waktu, orientasi waktu berbedadeada dalam setiap ethic ada yang memprioritaskan pada saat ini ada juga yang saat mendatang. Perbedaan orientasi waktu ini akan membawa pada perencanaan asuhan jangka panjang. Keyakinan perawatan klien juga menjadi faktor kajian, di sini perawat harus melihat bagai mana keyakinan dan praktik pengobatan tradisional yang dipercayai pasien dlam proses penyembuhannya apakah dapat membantu atau memperparah penyakitnya.

## **I. KEYAKINAN TRADISIONAL TENTANG KESEHATAN DAN PENYAKIT**

Setiap kebudayaan diberbagai Negara memiliki berbagai metode pengobatan dan keyakinan dalam penyembuhan anggota masyarakatnya yang sakit.

Berbeda dengan ilmu medis yang menganggap bahwa penyebab penyakit disebabkan oleh kuman, kemudian diberi obat antibiotika dan obat tersebut dapat membunuh kuman penyebab penyakit. Pada masyarakat tradisional, tidak semua penyakit itu disebabkan oleh penyebab biologis. Kadangkala mereka mengaitkan dengan sesuatu yang gaib, sihir, roh jahat atau iblis yang mengganggu manusia dan menyebabkan sakit.

Suku Azande di Afrika Tengah mempunyai kepercayaan bahwa jika anggota sukunya jari kakinya tertusuk sewaktu sedang berjalan melalui jalan biasa dan dia terkena penyakit tuberkulosis maka dia dianggap terkena serangan sihir. Penyakit itu disebabkan oleh serangan tukang sihir dan korban tidak akan sembuh sampai serangan itu berhenti. Orang Kwait di bagian barat Kanada percaya bahwa penyakit dapat disebabkan oleh dimasukkannya benda asing ke dalam tubuh dan yang terkena dapat mencari pertolongan ke dukun. Dukun itu biasa disebut Shaman. Dengan suatu upacara penyembuhan maka Shaman akan mengeluarkan benda asing itu dari tubuh pasien

Beberapa suku di Indonesia menganggap bahwa penyakit itu timbul akibat guna-guna. Orang yang terkena guna-guna akan mendatangi dukun untuk meminta pertolongan. Masing-masing suku di Indonesia memiliki dukun atau tetua adat sebagai penyembuh orang yang terkena guna-guna tersebut. Cara yang digunakan juga berbeda-beda masing-masing suku. Begitu pula suku-suku di dunia, mereka menggunakan pengobatan tradisional masing-masing untuk menyembuhkan anggota sukunya yang sakit.

## **J. PERSPEKTIF BUDAYA TENTANG KESEHATAN DAN PENYAKIT**

Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Dan kesehatan yang demikian yang menjadi dambaan setiap orang sepanjang hidupnya. Tetapi datangnya penyakit merupakan hal yang tidak bisa ditolak meskipun kadang-kadang bisa dicegah atau dihindari. WHO mendefinisikan pengertian sehat sebagai suatu keadaan sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang. Oleh para ahli kesehatan, antropologi kesehatan dipandang sebagai disiplin biobudaya yang memberi perhatian pada aspek-aspek biologis dan social budaya dari tingkah laku manusia, terutama tentang cara-cara interaksi antara keduanya sepanjang sejarah kehidupan manusia yang mempengaruhi kesehatan dan penyakit. Penyakit sendiri ditentukan oleh budaya: Hal ini karena penyakit merupakan pengakuan social bahwa seseorang tidak dapat menjalankan peran normalnya secara wajar. Cara hidup dan gaya hidup manusia merupakan fenomena yang dapat dikaitkan dengan munculnya berbagai macam penyakit, selain itu hasil berbagai kebudayaan juga dapat menimbulkan penyakit. Dalam tulisan ini diuraikan beberapa perpektif masing-masing budaya tentang kesehatan dan penyakit diantaranya.

### **1. Kehidupan Orang Amerika - Asia**

Asian American atau yang biasa disebut Amerika-Asia adalah orang-orang yang berasal dari asal yang lahir di Amerika. Mereka datang dari berbagai negara misalnya China, Jepang, Korea, Filipina,

Vietnam, India, Pakistan, negara-negara Arab dan lain-lain. Misalnya di kota-kota besar selalu ada Chinatown. Orang Amerika-Asia adalah orang yang berasal dari Asia dan menetap di Amerika sampai beberapa generasi. Pengobatan tradisional yang dilakukan oleh orang asal Tiongkok di Amerika telah berkembang selama beberapa ribu tahun. Praktik pengobatan termasuk pengobatan herbal, akupunktur, dan pijat tuina. Pengobatan tradisional Tiongkok percaya bahwa segala proses dalam tubuh manusia berhubungan dan berinteraksi dengan lingkungan. Oleh karena itu, penyakit disebabkan oleh ketidakharmonisan antara lingkungan di dalam dan di luar tubuh seseorang. Gejala ketidakharmonisan ini digunakan dalam pemahaman, pengobatan, dan pencegahan penyakit. Teori yang digunakan dalam pengobatan didasarkan pada beberapa acuan filsafat termasuk teori ( *ing\_Luo* ), teori organ Zang Fu dan lainnya. Diagnosis dan perawatan dirujuk pada konsep tersebut.

- a. **Praktek Pengobatan** Kini pengobatan tradisional Tionghoa diajarkan di semua kedokteran di Tiongkok, sebagian besar Asia dan Amerika Utara. Pada dunia Barat, pengobatan tradisional Tionghoa sebagai obat alternatif. Pengobatan tradisional ini memiliki pengetahuan yang terbatas mengenai penyakit infeksi, dan pemahaman ilmu kedokteran Barat seperti biokimia. Mereka menggunakan teori-teori ribuan tahun dan didasarkan pengalaman, pngamatan, serta sebuah prosedur yang menjadi dasar pengobatan tradisional yang telah punah, pengobatan modern dan bagian kesehatan. Dalam beberapa decade belakangan ini, banyak ahli kedokteran barat yang juga meneliti kebenaran pengobatan tradisional Tionghoa ini.

b. Diagnosis

Terdapat empat macam metode diagnosis pada pengobatan tradisional yang dilakukan oleh orang-orang suku American - Asia, yaitu

- Wang (mengamati)
- Wen (mendengar, menghidu dan menanyakan riwayat)
- Wie (menyentuh)

c. Tehnik Diagnosis

- a) Palpasi atau merasakan denyut nadi arteri rasialis pasien pada posisi
- b) Mengamati keadaan lidah pasien.
- c) Pengamati wajah pasien
- d) Menyentuh tubuh pasien, terutam bagian abdomen
- e) Mengamati suara pasien
- f) Mengamati permukaan telinga
- g) Mengamati pembuluh darah halus pada jalur telunjuk anak-anak
- h) Membandingkan kehangatan relatif atau suhu pada beberapa bagian tubuh
- i) Mengamati bau badan pasien
- j) Menanyakan efek permasalahannya.pemeriksaan lain tanpa alat dan melukai pasien

9. Kehidupan Indian - Afrika

Indian Afrika adalah suku Indian asal Afrika dan menetap di Afrika, yang biasa disebut orang kulit hitam afrika. Sistem keluarga sering terbentuk dari keluarga tunggal. Maksudnya terdapat banyak keluarga yang berasal dari satu keluarga. Budaya ini berdampak negatif pada keturunannya termasuk penyakit keturunan yang tidak bisa hilang pada generasi berikutnya.

Tradisi dan ketaatan agam yang kuat didalam komunitas cenderung menggunakan obat-obatan tradisional.

Penyakit itu dipandang sebagai ketidakharmonisan antara manusia dan alam, kepercayaan mereka yang lain bahwa penyakit itu berasal dari kutukan atau sering dikaitkan dengan iblis atau roh jahat. Ada cara-cara tertentu yang digunakan sebagai pelindung terhadap roh-roh yang jahat ini. Keyakinan berfokus pada menghindari orang atau benda-benda tertentu yang membawa roh jahat atau dengan memakai gelang perak bagi balita agar terhindar dari penyakit panas yang menimbulkan kejang-kejang.

#### 10. Kehidupan Indian – Amerika

Orang Amerika asli adalah American Indian ( orang Indian ). Mereka terdiri dari berbagai macam suku. Orang kulit putih adalah orang Eropa yang pada abad ke-15, 16, 17, 18 bermigrasi ke Amerika yang disebut 'dunia baru' terutama sejak Christopher Columbus menemukan Amerika tahun 1492. Orang Indian tinggal di tempat reservation ( atau tempat penangkaran ). Banyak yang dibunuh pada masa perang dan sisanya ditempatkan di penangkaran seperti sekarang. Mereka umumnya hidup dari berburu, memancing, dan bertani. Suku-suku yang terkenal diantaranya adalah Cheyenne, Comanche dan Sioux yang hidup di daerah Barat Daya. Mereka mempunyai sistem kepercayaan yang sama. Dalam suku Indian , wanita berperan penting dalam kehidupan suku, Mereka membuat makanan, membuat pakaian, dan membesarkan anak.

Pada suku Indian Hopi di Barat Daya, pemilik rumah dan pengurus desa adalah wanita. Pandangan tentang kesehatan oleh suku Indian Amerika adalah bahwa tubuh manusia mempunyai dua sistem yang berlawanan dan menjadikannya jeseimbangan yaitu bagian positif dan negatif. Yang dimaksud dengan hal ini adalah manusia

mempunyai energy positif dan energy negatif. Apa bila tidak ada keseimbangan di antara keduanya akan mengakibatkan kondisi tubuh bahkan kejiwaan seseorang terganggu, dalam hal ini seseorang akan dinyatakan sakit. Menurut persepsi/pandangan suku Hopi, penyakit disebabkan oleh roh jahat yang ingin bereinkarnasi kepada korbannya. Untuk menghindarinya, mereka membuat penangkal roh jahat dengan melaksanakan upacara-upacara sacral adat, seperti upacara penyucian. Suku Indian menganggap hidup seperti layaknya berbagai ajaran agama yang ada.

Hidup dipandang sebagai realita yang saling berkaitan antara hal-hal yang bersifat natural dan supranatural. Artinya dalam hidup hendaknya megamalkan sikap tepa selira, saling menghargai dan saling membantu antar sesama. Juga menganggap adanya kepercayaan lain di luar kemampuan dirinya yang mempengaruhi dalam kehidupannya. Itulah wujud kepercayaan terdapat wujud 'halus' atau roh-roh nenek moyang.

#### 11. Budaya Amerika Asal Hispanik

Dari beberapa hasil penelitian hubungan antara kategori penyakit dengan pemahaman budaya tentang tubuh dan interpretasi peranan dari kategori penyakit dalam mediasi individu dengan lingkungan sosialnya. Ini juga memberikan informasikan bagaimana memberi nama pada sebuah penyakit, siapa yang mendeterminasi kategori apa yang digunakan dan implikasi dari determinasi tersebut. Secara spesifik tulisan ini mencoba untuk meneliti berbagai pengalaman nervous diantara masyarakat Puerto Rico di Puerto Rico dan di kota New York. Nervious lebih dari sekedar diffuse idiom stress dimana terdapat perbedaan kategori dan pengalaman nervous yang memberikan pengetahuan tentang bagaimana stress dialami dan

diekspresikan oleh masyarakat Puerto Rico. Perlu untuk diketahui bahwa nervous tidak hanya terjadi pada masyarakat Puerto Rico saja melainkan terjadi hampir pada semua kebudayaan Amerika.

Terkait dengan kategori penyakit, dinyatakan bahwa kategori penyakit dapat dipahami sebagai imej yang memberikan pengetahuan terutamatentang pengalaman stress. Kategori ini dapat dipahami sebagai inti dalam jaringan semantic, jaringan kata, situasi, syptom, dan penasaran yang terasosiasikan dengan memberikan pengertian pada para penderitanya. Harwood juga memberikan skema lain untuk mngdiagnosis penyakit jiwa dalam 'bingkai' espiritismo, sebuah bentuk penyembuhan dan praktek yang religi diantara masyarakat Puerto Rico. Dengan penelitiannya tentang eperitismo di USA, Harwood menemukan bahwa espiritismo yang ada di USA dibawa berdasarkan sponsor dari pusat penyembuhan masyarakat agar pusat penyembuhan menjadi lebih responsif terhadap kebutuhan komunitas masyarakat lain (Good, 1977).

### **Kategori Etiologikal Pada Diagnosis Roh/Spirit Kategori Etiologikal Roh/Spirit**

- 1) Envidia (envy) roh jahat yang bereinkarnasi mempunyai hubungan yang dekat dengan korban.
- 2) Brujeria (sorcery) roh dikirim untuk menyakiti korban, merupakan kerjasama antara musuh dengan dukun.
- 3) Mala Influencia roh jahat dari tingkat rendah seolah-olah memberikan (evil anfluence) 'pencerahan' atau jalan keluar atas suatu masalah.
- 4) Facultades roh dari berbagai tingkatan memasuki tubuh korban dan (faculities) mulai mengontrol tubuh korban.
- 5) Prueba roh pelindung yang menguji korban (tes or trial) mengembangkan perlindungan diri sendiri.

- 6) Cadena roh dari keluarga atau saudara dari masa lalu yang telah (chain) melakukan suatu kesalahan atau kejahatan.
- 7) Castigo rohyang tidak mempunyai tujuan diperbolehkan tinggal(punishment) dalam tubuh korban yang menolak berhubungan dengan pelindung spiritualnya

## 12. Budaya Orang Amerika – Eropa

Orang Amerika-Eropa adalah orang Amerika kulit putih yang asal-usulnya dari Eropa yang pada abad ke-15, 16, 17, 18 bermigrasi ke Amerika yang disebut 'dunia baru' terutama sejak Christopher Columbus menemukan Amerika tahun 1492. Salah satu budaya Amerika Kulit putih yaitu mengkonsumsi alkohol. Hal ini mereka lakukan karena iklim yang tidak menentu dan terutama pada musim dingin. Tetapi dalam kenyataannya mereka mengkonsumsi alkohol bukan hanya untuk meningkatkan suhu tubuh dan stamina, melainkan digunakan untuk menghilangkan beban stress, yaitu dengan mengkonsumsinya secara berlebihan. Hal ini berdampak buruk bagi kesehatan.

Pada kasus seks bebas lainnya Orang Amerika kulit putihlah yang paling banyak mendapat sorotan tentang permasalahan ini. Terutama dalam Hollywood berarti cikal bakal seks dan kekerasan di AS. Kondisi yang memprihatinkan ini tidak saja membahayakan bangsa Amerika sendiri, namun juga membahayakan masyarakat dunia mengingat besarnya penyebaran film-film produksi AS di seluruh dunia. Terutama efek dari penyebaran budaya hedonisme dan gaya hidup bebas. Hedonisme tidak hanya sebuah gaya hidup yang serba bebas, melainkan sebagai pemikiran dan kepercayaan yang tentunya berakhir pada kehancuran nilai-nilai agama.

## 13. Budaya Indonesia Tentang Kesehatan

Bangsa Indonesia pernah mencanangkan Gerakan Nasional Minum Temulawak (GNMT) oleh wakil presiden R.I. Sesudah

Temulawak dinyatakan sebagai tanaman obat unggulan nasional. Di antara tumbuhan obat Indonesia temulawak memang yang paling banyak dimanfaatkan sebagai obat tradisional, ada sekitar 50 jenis jamu mengandung temulawak baik untuk menjaga kesehatan dan mengobati penyakit. Temulawak sudah dikenal sejak permulaan abad XVI dan popularitasnya terus meningkat seiring dengan manfaat serta hasil penelitian khasiatnya. Di Eropa temulawak sudah dikenal sejak akhir abad XVI dan saat ini menjadi salah satu bahan dasar untuk fitoterapi di beberapa negara Eropa. Sejak 40 tahun terakhir ini, berbagai penelitian telah mengungkapkan rahasia khasiat temulawak ini. Hasil penelitian tersebut umumnya mendukung kearifan nenek moyang kita dalam penggunaan temulawak ini, khususnya sebagai obat penyakit kuning (penyakit hati) dan pegel linu.

Dari hasil penelitian dalam dunia kedokteran modern, diketahui bahwa khasiat temulawak terutama disebabkan oleh dua kelompok kandungan kimia utamanya, yaitu senyawa berwarna kuning golongan kurkuminoid dan minyak atsiri. Kurkuminoid temulawak ini terdiri atas dua jenis senyawa yaitu kurkumin dan desmetoksi kurkumin yang berkhasiat menetralkan racun, menghilangkan rasa nyeri sendi, meningkatkan sekresi empedu, menurunkan kadar kolesterol dan trigliserida darah, antibakteri, serta dapat mencegah terjadinya pelemakan dalam sel-sel hati dan sebagai antioksidan pengangkal senyawa-senyawa radikal yang berbahaya. Tahun 2006 dibuktikan bahwa kurkuminoid secara klinis berkhasiat mencegah penyakit jantung koroner dan meningkatkan daya tahan tubuh dan mencegah penggumpalan darah. Minyak atsiri temulawak terdiri atas 32 komponen yang secara umum bersifat meningkatkan produksi getah empedu dan mampu menekan pembengkakan jaringan.

Kajian berikutnya menunjukkan bahwa paduan antara zat warna kuning temulawak (kurkuminoid) dan minyak atsiri mempunyai kemampuan mempercepat regenerasi sel-sel hati yang mengalami kerusakan akibat pengaruh racun kimia. Pada saat ini sejalan dengan perkembangan ilmu kimia, orang dengan mudah memisahkan kurkuminoid dan minyak atsiri, dan kemudian mencampurkannya kembali (rekombinasi) dengan perbandingan yang sesuai dengan dosis yang dikehendaki dibuat sediaan bentuk kapsul atau kaplet yang praktis penggunaannya. Persepsi masyarakat mengenai terjadinya penyakit berbeda antara daerah yang satu dengan daerah yang lain, karena tergantung dari kebudayaan yang ada dan berkembang dalam masyarakat tersebut.

Berikut ini contoh persepsi masyarakat tentang penyakit malaria, yang saat ini masih endemik di beberapa daerah pedesaan di Papua (Irian Jaya). Makanan pokok penduduk Papua adalah sagu yang tumbuh di daerah rawa-rawa. Selain rawa-rawa tidak jauh dari mereka tinggal terdapat hutan lebat. Penduduk desa tersebut beranggapan bahwa hutan tersebut memiliki penguasa gaib yang dapat menghukum setiap orang yang melanggar ketentuannya. Pelanggaran dapat berupa penebangan, pembabatan hutan untuk tanah pertanian dan lain-lain akan diganjar hukuman berupa penyakit dengan gejala panas tinggi, menggigil, dan muntah. Penyakit tersebut dapat sembuh dengan cara minta ampun kepada penguasa hutan, kemudian memetik daun dari pohon tertentu, dibuat ramuan untuk diminum dan dioleskan keseluruh tubuh penderita, dalam beberapa hari penderita akan sembuh. Persepsi masyarakat mengenai penyakit diperoleh dan ditentukan dari penuturan sederhana dan mudah secara turun-temurun.

## REFERENSI

- Arum dan Pratiwi. (2011). Buku Ajar Keperawatan Transkultural. Yogyakarta: Penerbit Gosyen.
- Barbara & Koziar . (2010). Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, & Praktik, Jakarta: EGC.
- Elly M. Setiadi, et al. 2006. Ilmu Sosial Dan Budaya Dasar edisi kedua catatan ke-5. Jakarta : Penerbit Kencana Prenada Media Group.
- Foster, Anderson. (1986). Antropologi Kesehatan, Jakarta, Ginger, J. N. & Davidhizar (1995). Transcultural Nursing: Assessment and Intervention. St. Louis: Mosby.
- Potter & Perry. (2005). Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, & Praktik, Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Potter & Perry, (20015). Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep,Proses dan Praktik, Ed 4, Jakarta : EGC.
- Leininger. M & McFarland. M.R, (2002). Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice, 3rd Ed, USA, Mc.
- Wahyu Ratna, 2010. Sosiologi dan Antropologi Kesehatan dalam Perspektif Ilmu Keperawatan Edisi I. Pustaka Rihama: Yogyakarta.

## PROFIL PENULIS

### **Kens Napolion, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J**

Lahir di Sidodadi, pada tanggal 16 Oktober 1972. Setelah lulus di SMAN 1 Polewali pada tahun 1991, penulis melanjutkan pendidikan dan kuliah di AKPER Panakkukang Makassar. Penulis melanjutkan pendidikan S1.Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia pada tahun 1997 – 2000 dan meraih gelar Sarjana Keperawatan (SKp). Kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan dan Program Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) pada tahun 2008 – 2012 dan meraih gelar Magister Keperawatan (M.Kep) dan Spesialis Keperawatan Jiwa (Sp.Kep.J). Selanjutnya pada tahun 2018 melanjutkan pendidikan S3 Sosiologi konsentrasi sosiologi kesehatan di Pascasarjana Universitas Negeri Makassar (UNM).



Sejak tahun 1996 sampai dengan saat ini penulis mulai meniti karier sebagai asisten dosen sampai menjadi dosen keperawatan di STIKes Panakkukang Makassar dan sebagai penanggung jawab mata kuliah Departemen Keperawatan Jiwa dan Komunitas. Selain itu penulis juga menjadi dosen tamu keperawatan jiwa di beberapa PTN di Sul-Selbar dan invite speaker di beberapa instansi pelayanan kesehatan. Penulis juga terlibat di badan kelengkapan DPW PPNI Sulawesi Selatan sebagai Ketua PW IPKJI Sul-Sel periode (2013–2018). Saat ini penulis aktif sebagai Narasumber dan Fasilitator regional dan nasional pada berbagai pelatihan dan workshop peningkatan kapasitas perawat kesehatan jiwa dalam deteksi dini kesehatan jiwa dipelayanan dasar.

Email Penulis: [daeng\\_kens1@yahoo.com](mailto:daeng_kens1@yahoo.com), IG : enoes\_72, WA : 082293761865

## **PENUTUP**

Kami Tim Penulis Buku **PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN** terdiri dari : Ns. Sri Nyumirah.,M.Kep.,Sp.Kep.J ; Ns.Hasian Leniwita, S.Kep., M.Kep ; Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep ; Devi Hairina Lestari, S.Kep., Ns.,M.Kep ; Ns. Yuanita Panma, M.Kep., Sp.Kep.M.B ; Ns. Nawang Pujiastuti., M.Kep., Sp.Kom ; Andi Arniyanti, S.Kep., Ns., M.Kes ; Ns. Siti Nurhayati, M.Kep., Sp.Kep.An. ; Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An ; Kens Napolion, SKp., M.Kep., Sp.Kep.J

**“Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.”**

**World Health Organization**

Mengucapkan terima kasih untuk semua pihak yang terlibat dalam pembuatan buku ini dan semoga suatu saat kami bisa melanjutkan tulisan kami di edisi selanjutnya dengan tema buku yang sama ataupun berbeda.

**TIM PENULIS**