

Editor :
Yafi Sabila Rosyad



PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA

Dalam **KEPERAWATAN**

YOHANES ANDY RIAS | HARIET RINANCY | FEBI RATNASARI
MIRA AGUSTHIA | NYOMAN SRI ARIANTINI | AHMAD GUNTUR ALFIANTO
NURHAFIZAH NASUTION | HEALTHY SEVENTINA SIRAIT | SANON
UNTORO DWI RAHARJO | IRWAN HADI

BOOK CHAPTER

**PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA
DALAM KEPERAWATAN**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

Yohanes Andy Rias
Hariat Rinancy
Febi Ratnasari
Mira Agusthia
Nyoman Sri Ariantini
Ahmad Guntur Alfianto
Nurhafizah Nasution
Healthy Seventina Sirait
Sanon
Untoro Dwi Raharjo
Irwan Hadi

Editor:
Yafi Sabila Rosyad

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.penerbit.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

PSIKOSOSIAL DAN BUDAYA DALAM KEPERAWATAN

Yohanes Andy Rias
Harriet Rinancy
Febi Ratnasari
Mira Agusthia
Nyoman Sri Ariantini
Ahmad Guntur Alfianto
Nurhafizah Nasution
Healthy Seventina Sirait
Sanon
Untoro Dwi Raharjo
Irwan Hadi

Editor :

Yafi Sabila Rosyad

Tata Letak :

Mega Restiana Zendrato

Desain Cover :

Rintho R. Rerung

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 187

ISBN :

978-623-362-004-8

Terbit Pada :

Juli 2021

Hak Cipta 2021 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

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

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Book chapter ini disusun oleh sejumlah dosen dari sebelas Intitusi yang ada di Indonesia. Buku ini diharapkan dapat hadir memberikan kontribusi positif dalam ilmu keperawatan khususnya psikososial dan budaya dalam keperawatan. Book chapter ini disusun berdasarkan standart dikti dan berdasarkan Kurikulum Pendidikan Profesi Ners Tahun 2021.

Buku ini terdiri dari sebelas bab terkait konsep-konsep psikologi dalam praktik keperawatan yang mencakup konsep diri, kesehatan spiritualitas, adaptasi stress, dan konsep kematian, kehilangan serta berduka. Selaian pembasan tersebut kita juga akan belajar terkait antropologi kesehatan yang mencakup budaya secara umum, kebudayaan rumah sakit, etiologi penyakit, respon sehat, serta membahas transcultural nursing. Setiap bab akan diberikan contoh soal sebagai evaluasi untuk mengukur kompetensi mahasiswa.

Kami menyadari bahwa tulisan ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh sebab itu, kami menerima masukan dan saran dari para pembaca demi penyempurnaan edisi revisi nantinya. Ucapan terima kasih banyak, kami haturkan kepada seluruh pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan buku ini, dan secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Yogyakarta, Juli 2021

Editor

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan ke Hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena dengan berkat dan rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan buku ajar psikososial dan budaya dalam keperawatan. Buku ajar ini merupakan hasil kolaborasi dari sebelas perguruan tinggi di Indonesia. Buku ajar ini disusun berdasarkan kurikulum pendidikan ners 2021.

Pembelajaran psikososial dan budaya dalam keperawatan merupakan salah satu mata kuliah inti pada kurikulum pendidikan ners AIPNI 2021. Buku ajar ini disusun untuk membantu dan sekaligus sebagai pedoman mencapai kompetensi yang sudah ditentukan didalam kurikulum. Pada buku ini kita akan belajar terkait konsep-konsep psikologi dalam praktik keperawatan yang mencakup konsep diri, kesehatan spiritualitas, adaptasi stress, dan konsep kematian, kehilangan serta berduka. Selaian pembasan tersebut kita juga akan belajar terkait antropologi kesehatan yang mencakup budaya secara umum, kebudayaan rumah sakit, etiologi penyakit, respon sehat sehat, serta membahas *transcultural nursing*.

Kami ucapkan terima kasih banyak kepada para pimpinan beserta jajaran Institusi kami atas pemberian izin dan dukungan dalam penyusunan buku ajar ini. Kami juga berharap buku ini dapat dimanfaatkan sebagai refrensi sekaligus pedoman untuk mengajar dan belajar pada mata kuliah psikososial dan budaya dalam keperawatan.

Kediri, Juni 2021

Ns. Yohanes Andy Rias,
S.Kep., M.Kep., PhD

(Ketua Tim Penyusun)

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
PRAKATA	ii
DAFTAR ISI	iii
1 KONSEP DIRI	1
Pendahuluan	1
Konsep Diri.....	1
Rentang Respon Konsep Diri.....	5
Perilaku yang Berhubungan dengan Respon Konsep Diri.....	6
Penilai Stressor Terkait Respon Konsep Diri	8
Sumber dan Mekanisme Koping Terkait Respon Konsep Diri.....	9
Latihan Soal	11
2 KESEHATAN SPRITUALITAS BERBASIS KEPERAWATAN	15
Pendahuluan	15
Konsep Spritualitas	16
Spritualitas dan Keperawatan	18
Asuhan Keperawatan.....	24
Latihan Soal	29
3 KONSEP SEKSUALITAS	35
Pendahuluan	35
Karakteristik Seks	36
Pengertian Seksualitas.....	41
Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Seksualitas.....	43
Orientasi Seksual	44
Identitas, Role, dan Ekspresi Gender.....	45
Diagnose Keperawatan.....	47
Rangkuman	47

	Latihan Soal	48
4	PSIKOSEKSUALITAS.....	53
	Pendahuluan	53
	Psikoseksualitas	54
	Dimensi Seksualitas	57
	Sumber Koping Seksualitas	59
	Mekanisme Koping Seksualitas	59
	Diagnosa Keperawatan.....	60
	Rangkuman	61
	Latihan Soal	62
	Daftar Pustaka	64
5	KONSEP ADAPTASI STRES	67
	Pendahuluan	67
	Stres dan Adaptasi Stres.....	67
	Komponen Biopsikososial	71
	Penilaian Terhadap Stresor	72
	Mekanisme dan Pola Koping	74
	Rangkuman	77
	Latihan Soal	78
6	KONSEP KEHILANGAN, KEMATIAN, DAN BERDUKA	81
	Pendahuluan	81
	Konsep Kehilangan	81
	Konsep Berduka	87
	Diagnosis Keperawatan.....	93
	Rangkuman	97
	Latihan Soal	97
	Daftar Pustaka	98
7	PENGANTAR TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN	101

	Pendahuluan	101
	Sejarah Keperawatan Transkultural	102
	Pentingnya Keperawatan Transkultural.....	105
	Rangkuman	109
	Latihan Soal	109
8	TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN	112
	Pendahuluan	112
	Konsep Utama dan Definisi Keperawatan Transkultural	113
	Teori Keperawatan Transkultural	118
	Faktor – Faktor dalam Komunikasi Lintas Budaya	122
	Kesimpulan	124
	Latihan Soal	125
9	PARADIGMA BUDAYA DALAM KEPERAWATAN MUTIKULTURAL	129
	Pendahuluan	129
	Pengertian Budaya.....	131
	Karakteristik Budaya	134
	Masyarakat Rumah Sakit dan Budaya	139
	Paradigma Keperawatan Multikultural	141
	Rangkuman	145
	Latihan Soal	146
10	ANTROPOLOGI KESEHATAN.....	151
	Pendahuluan	151
	Konsep Antropologi dalam Kesehatan.....	152
	Etiologi Penyakit	154
	Konsep Sehat Sakit.....	155
	Peran dan Perilaku Pasien	155
	Respon Sakit Atau Nyeri Pasien Berdasarkan Faktor Budaya.....	159

Rangkuman	161
Latihan Soal	161
BAB 11 PROSES KEPERAWATAN TRANSKULTURAL..	167
Pendahuluan	167
Konsep dan Proses Keperawatan Transkultural....	167
Proses Keperawatan Transcultural Nursing.....	174
Rangkuman	184
Latihan Soal	185
GLOSARIUM	188

KONSEP DIRI

HARIET RINANCY

Pendahuluan

Bab ini membahas tentang teori konsep diri meliputi rentang respon konsep diri, perilaku yang berhubungan dengan respon konsep diri, penilaian stresor terkait respon konsep diri, sumber dan mekanisme koping terkait respon konsep diri. Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan rentang respon konsep diri adaptif dan maladaptif,
2. Mengidentifikasi perilaku yang berhubungan dengan respon konsep diri,
3. Menjelaskan sumber koping dan mekanisme koping yang berhubungan dengan respon konsep diri.
4. Menegakkan diagnosa keperawatan gangguan konsep diri

Konsep Diri

Konsep diri merupakan semua ide, pikiran, kepercayaan dan penilaian yang diketahui individu tentang dirinya yang mempengaruhi individu dalam berinteraksi dengan lingkungannya (Stuart, 2016). Konsep diri juga dapat diartikan sebagai pandangan individu terhadap dirinya sendiri. Konsep diri menggambarkan kondisi mental individu terhadap dirinya sendiri sehingga individu

berusaha untuk mempertahankan dan memperbaiki ini (Acocella, J.R & Calhoun, 1990). Sedangkan menurut Mehrad (2016), konsep diri merupakan pendapat, sikap, dan perasaan yang dipelajari dari diri sendiri dan dianggap benar tentang dirinya. Hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa aspek yaitu bagaimana individu mengamati dirinya sendiri, bagaimana individu berfikir tentang dirinya sendiri, bagaimana individu menilai dirinya sendiri, dan bagaimana individu berusaha dengan berbagai cara untuk menyempurnakan dan mempertahankan diri (Mehrad, 2016).

Menurut Stuart, (2016) Konsep diri memiliki beberapa komponen yang saling berkaitan antara satu dengan yang lainnya. Adapun komponen konsep diri tersebut adalah :

1. Identitas Diri

Identitas diri adalah kesadaran diri yang diperoleh dari observasi dan penilaian terhadap diri, sehingga individu menyadari bahwa dirinya berbeda dengan orang lain. Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, kemandirian timbul dari perasaan berharga (respek terhadap diri sendiri), kemampuan dan penguasaan diri. Menurut Erikson, (1968) dalam Suliswati, (2005) identitas diri ini berkembang sejak masa kanak – kanak beriringan dengan perkembangan konsep diri. Berikut ciri – ciri individu dengan identitas diri positif :

- a. Mengenal diri sebagai organisme yang utuh dan terpisah dari orang lain.
- b. Mengakui jenis kelamin sendiri.
- c. Memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai satu kesatuan yang selaras.

- d. Menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat atau relevan.
- e. Menyadari hubungan masa lalu, masa sekarang dan masa akan datang.
- f. Mempunyai tujuan yang bernilai dan realistik.

2. Citra Diri/Body Image

Citra diri adalah sikap individu terhadap dirinya sendiri baik yang disadari maupun yang tidak disadari, terkait dengan persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran, bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh. Citra diri ini terus berubah seiring dengan pengalaman baru yang terjadi dalam hidupnya. Citra tubuh, penampilan dan konsep diri yang positif berkaitan satu sama lain. Individu yang mampu menerima tubuhnya lebih mungkin memiliki harga diri yang tinggi dari pada individu yang tidak suka tubuhnya.

Ada beberapa factor yang mempengaruhi citra diri seseorang, munculnya stressor yang dapat mengganggu integritas gambaran diri seperti : efek pembedahan : amputasi, kegagalan fungsi tubuh : buta, tuli, efek penyakit dan proses penuaan dan lain-lain.

3. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana seharusnya individu bertingkah laku berdasarkan standar pribadi. Ideal diri akan mewujudkan cita – cita berdasarkan norma sosial yang ada di masyarakat. Individu cenderung menetapkan tujuan sesuai dengan kemampuan diri, kultur, realita, menghindari kegagalan dan rasa cemas. Ideal diri terbentuk semenjak kanak – kanak dan terus berkembang sesuai dengan daur kehidupan individu itu sendiri.

Ideal diri ini penting untuk mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental. Ada beberapa factor yang mempengaruhi ideal diri individu yaitu :

- a. Menetapkan ideal diri sesuai dengan kemampuan
- b. Factor kultur dibandingkan dengan standar orang lain.
- c. Hasrat melebihi orang lain
- d. Hasrat untuk berhasil
- e. Hasrat untuk memenuhi kebutuhan realistik
- f. Hasrat untuk menghindari kegagalan
- g. Adanya perasaan cemas dan rendah diri

4. Peran Diri

Peran diri adalah serangkaian pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat yang dikaitkan dengan fungsi individu dalam kelompok social/ masyarakat. Setiap individu akan berperan sesuai dengan fungsi dan posisi individu yang dapat berubah sepanjang daur kehidupannya. Ada beberapa stressor yang dapat mengganggu peran diri seperti konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai dan peran yang berlebihan.

5. Harga Diri

Harga diri adalah penilaian diri pribadi terhadap hasil yang dicapai sesuai dengan ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain, aspek utamanya adalah dicintai dan menerima penghargaan dari orang lain. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran diri yang memenuhi kebutuhan dan sesuai dengan ideal diri (Keliat, 2010).

Rentang Respon Konsep Diri

Respon konsep diri dipengaruhi oleh perubahan yang terjadi pada lima komponen konsep diri di atas, respon dapat berfluktuasi mulai dari rentang respon adaptif sampai maladaptif.



1. Aktualisasi diri

Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif terhadap pencapaian kesuksesan yang nyata dan dapat diterima oleh lingkungan.

2. Konsep diri positif

Dikatakan individu memiliki konsep diri positif apabila individu menyadari hal – hal yang positif dan yang negative yang ada pada dirinya sehingga individu mampu mencapai aktualisasi dirinya.

3. Harga diri rendah

Kondisi dimana individu cenderung menilai negative terhadap diri sendiri dan merasa lebih rendah dari orang lain.

4. Kerancuan identitas

Kerancuan identitas adalah kegagalan individu dalam mengintegrasikan aspek – aspek identitas masa kanak – kanak kedalam kematangan aspek psikososial kperibadian pada masa dewasa.

5. Depersonalisasi

Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realistik terhadap diri sendiri yang berhubungan dengan kecemasan, kepanikan serta tidak dapat membedakan diri sendiri dengan orang lain.

Perilaku yang Berhubungan dengan Respon Konsep Diri

Konsep diri adalah landasan kepribadian yang berkaitan erat dengan ansietas dan depresi, masalah dalam hubungan, bertindak dan perilaku merusak diri sendiri. Individu yang memiliki kepribadian sehat akan mampu memahami diri sendiri dan lingkungan secara akurat sehingga terciptanya rasa harmonis dan kedamaian bathin. Adapun karakteristik kepribadian yang sehat itu adalah :

1. Memiliki citra tubuh positif dan tepat
2. Ideal diri yang realistik
3. Konsep diri positif
4. Harga diri yang tinggi
5. Penampilan peran yang memuaskan
6. Rasa identitas yang jelas

Sedangkan individu yang memiliki konsep diri negative maka akan memberikan respon perilaku sesuai dengan factor penyebab dan factor pencetus yang menyebabkan adanya gangguan pada komponen konsep diri, seperti :

1. Perilaku berhubungan dengan harga diri rendah :

Menurut Stuart & Sundeen, (1998) ada sepuluh respon perilaku individu yang berhubungan dengan harga diri rendah yaitu :

- a. Mengejek dan mengkritik diri sendiri

- b. Merendahkan diri sendiri
 - c. Rasa bersalah terhadap diri sendiri
 - d. Manifestasi fisik
 - e. Menunda keputusan
 - f. Menarik diri dari realita
 - g. Gangguan berhubungan
 - h. Merusak diri
 - i. Melukai orang lain
 - j. Menolak tekanan
2. Perilaku yang berhubungan dengan kekacauan identitas terjadi karena kegagalan mengintegrasikan berbagai identifikasi pada masa kanak – kanak secara selaras dan harmonis. Perilaku yang berhubungan dengan indentias kabur adalah hubungan interpersonal yang kacau atau masalah hubungan intim, biasanya individu akan mengalami kesulitan untuk tampil sesuai dengan jenis kelaminnya.
3. Perilaku yang berhubungan dengan depersonalisasi
- Stressor yang dialami individu menimbulkan respon kecemasan bahkan kepanikan yang merupakan respon maladaptif sehingga individu menarik diri dari realita. Individu merasa asing dengan diri sendiri, sulit membedakan dirinya dengan orang lain dan lingkungan. Dalam keadaan lanjut individu akan mengalami depresi dan dapa ditemukan pada skizoprenia. Menurut Permatasari and Rosyidi (2020) individu yang mengalami gangguan konsep diri akan menunjukkan perilaku seperti :
- a. Emosi yang tidak stabil
 - b. Hubungan interpersonal yang tidak baik

- c. Perilaku impulsive dan cenderung merusak diri sendiri
- d. Perasaan atau penilaian tentang diri yang tidak stabil

Penilai Stressor Terkait Respon Konsep Diri

Penilaian terhadap stresor merupakan penentuan arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons social. Masalah konsep diri dipengaruhi oleh stressor psikologis, sosiologis, atau fisiologis, namun unsur penting adalah persepsi klien terhadap stressor apakah stressor tersebut berupa ancaman bagi individu atau tidak (Luyckx *et al.*, 2016).

Stressor yang mempengaruhi harga diri rendah dan ideal diri adalah penolakan dan kurang penghargaan dari orang tua dan orang yang berarti, pola asuh yang tidak tepat, misalnya terlalu dilarang, dituntut, dituruti, persaingan dengan saudara, kesalahan atau kegagalan yang berulang, cita - cita yang tidak bisa dicapai, gagal bertanggung jawab terhadap diri sendiri (Stuart & Sundeen, 1998).

Harga diri rendah dapat terjadi karena kegagalan atau berduka disfungsi dan individu mengalami gangguan ini mempunyai coping yang maladaptive. Resiko yang dapat terjadi pada individu dengan gangguan harga diri rendah adalah isolasi social, menarik diri karena ada perasaan malu kalau kekurangannya diketahui orang lain (Stuart & Sundeen, 1998)

Sumber dan Mekanisme Koping Terkait Respon Konsep Diri

Sumber Koping

Sumber koping adalah hal-hal yang dapat membantu individu agar dapat menghadapi stressor yang ada. Adapun sumber koping tersebut bisa berasal dari asset ekonomi, keyakinan spiritual, sosial support, dan keyakinan yang positif (Stuart, 2016). Pada individu dengan gangguan konsep diri (konsep diri negatif) dapat menggunakan berbagai mekanisme pertahanan ego untuk melindungi diri dari kekurangan yang dimiliki. Mekanisme pertahanan ego adalah strategi psikologis yang dilakukan individu untuk melindungi egonya, mekanisme ini muncul secara sadar ataupun tidak sadar ketika individu berusaha untuk melindungi diri dari kecemasan yang dipicu oleh adanya reaksi sosial yang tidak menyenangkan (Permatasari and Rosyidi, 2020).

Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dari situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun secara perilaku. Mekanisme koping pada gangguan konsep diri dibagi menjadi dua yaitu :

1. Koping Jangka Pendek
 - a. Aktivitas yang memberikan kesempatan lari sementara dari situasi penyebab/ stressor. Misalnya pemakaian obat, olah raga berat, ikut music rock.
 - b. Aktivitas yang memberikan kesempatan untuk mengganti identitas. Misalnya ikut kelompok tertentu untuk mendapat identitas kelompok tersebut.

- c. Aktivitas yang memberikan kekuatan atau dukungan sementara terhadap konsep diri atau identitas diri yang kabur. Misalnya aktivitas yang kompetitif, olah raga.
 - d. Aktivitas yang memberi arti kehidupan, misalnya penjelasan tentang keisengan akan menurunnya gairah dan tidak berarti pada diri sendiri dan orang lain.
2. Koping jangka panjang

Koping jangka pendek bisa berlanjut menjadi koping jangka panjang. Penyelesaian masalah yang positif akan menghasilkan ego identitas dan keunikan individu. Sementara koping yang maladaptive akan membentuk identitas negative, jelas bertentangan dengan nilai – nilai yang ada dimasyarakat. Dalam hal ini individu kan mencoba untuk mendefinisikan diri dengan cara antisosial. Misalnya pada remaja bisa saja mengatakan “saya lebih baik menjadi anak yang badung daripada tidak menjadi apa – apa”. Individu yang mengalami gangguan konsep diri paa usia lanjut menggunakan *ego oriented reaction*, yang digunakan adalah fantasi, disosiasi, proyeksi, perpindahan, mengubah kemarahan terhadap diri dan acting out. Dalam keadaan yang semakin berat dapat terjadi deviasi perilaku dan kegagalan penyesuaian seperti: psikosis, neurosis, obesitas, anoreksia, nervosa, bunuh diri, criminal, persetubuhan dengan siapa saja dan penganiayaan (Stuart, 2016).

Latihan Soal

1. Seorang wanita 37 tahun baru saja ditinggal cerai oleh suaminya. Wanita tersebut memiliki 4 orang anak. Kesehariannya bekerja sebagai pedagang. Semenjak pisah dengan suami wanita tersebut jadi malas melakukan aktivitas sehari – hari baik dalam hal pekerjaan rumah tangga maupun berdagang. Wanita tersebut sering menangis dan banyak bermenung, dan sering mengatakan kalau dia adalah wanita yang jelek, tidak pandai berdandan, tidak pantas dicintai, pantaslah suaminya pergi meninggalkannya. Hal ini sering diucapkan setiap kali di ajak bicara oleh orang lain. Apakah yang dialami oleh wanita pada kasus di atas?
2. Tn. G seorang yang pendiam dan pemalu. Beliau bertingkah lalu seperti wanita. Tn. G akan marah bila ada orang yg memanggilnya bapak atau om. Tn. G senang berteman dengan perempuan. Masalah apa yg kita temukan pada Tn. G?
3. Tn. A sudah di PHK dari kantornya sejak sebulan yang lalu. Beliau sekarang tampak sering melamun dan males melakukan aktivitas. Beliau merasa kalau dirinya sudah tidak dapat berperan sebagai kepala keluarga lagi. Masalah apa yg dialami oleh Tn. A?

Daftar Pustaka

- Acocella, J.R & Calhoun, J. . (1990) *Psikologi Tentang Penyesuaian dan Hubungan Kemanusiaan*. Semarang: IKIP Press.
- Erikson, Erick, H. (1968) *Identitas dan Skilus Hidup Manusia*. Jakarta: PT. Gramedia.
- Keliat, B. A. (2010) *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Luyckx, K. *et al.* (2016) 'Self-esteem and illness self-concept in emerging adults with Type 1 diabetes: Long-term associations with problem areas in diabetes', *Journal of Health Psychology*, 21(4), pp. 540–549. doi: 10.1177/1359105314531467.
- Mehrad, A. (2016) 'Mini Literature Review of Self-Concept', *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, 5(2), p. 62. doi: 10.12928/jehcp.v5i2.6036.
- Permatasari, I. and Rosyidi, M. I. (2020) 'Self-Concept as a Result of Personality Disorder Portrayed in Haruki Murakami's "Norwegian Wood"', *Rainbow: Journal of Literature, Linguistics and Cultural Studies*, 9(2), pp. 166–175. doi: 10.15294/rainbow.v9i2.37848.
- Stuart, G.W., Sundeen, J. (1998) *Keperawatan Jiwa*. III. Edited by A. Yani. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. wai. (2016) *Prinsip Dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Singapore: Elsevier.
- Suliswati (2005) *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Profil Penulis



Ns. Hariet Rinancy, S.Kep., M.Kep., Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas jurusan IPA dan berhasil lulus tahun 2005. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 Keperawatan di STIKes Ceria Buana Sumatera Barat pada tahun 2009. Penulis sempat bekerja disalah satu rumah sakit swasta selama 1 tahun dengan ijazah S.Kep, kemudian melanjutkan studi Ners dan selesai tahun 2012. Setelah itu penulis mengabdikan diri sebagai seorang dosen disebuah Akademi Keperawatan Pariaman. Tahun 2016, penulis melanjutkan studi S2 keperawatan jiwa di Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang dan tamat tahun 2018.

Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan jiwa. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Email Penulis: hariet.rinancy@gmail.com

KESEHATAN SPRITUALITAS BERBASIS KEPERAWATAN

YOHANES ANDY RIAS

Pendahuluan

Bab ini membahas terkait konsep spiritualitas berbasis keperawatan dengan dilengkapi asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil kajian ilmiah, sejarah spiritualitas dalam keperawatan telah diakui dan kemudian perannya dalam mengimplementasi keperawatan (asuhan keperawatan) dengan menitikberatkan karakteristik individu melalui kepercayaan spritualitas terkait pemaknaan terhadap kondisi kesehatan atau sehat sakit serta penyembuhannya. Spiritualitas diperjelas melalui berbagai definisi serta identifikasi konsep komponen: *atecedents*, *conseqences*, *attributes* dan konsep terkait meliputi agama, kepercayaan mistis, budaya, dan individu. Konsep komponen tersebut di definisikan sebagai konsep yang disatukan ke dalam kerangka kerja dalam bentuk nilai spiritualitas termasuk dalam bidang ilmu keperawatan. Diagnosis keperawatan menggali tantangan terkait kesehatan yang dialami untuk menciptakan nilai spiritual dan peluang untuk transformasi spiritual dalam diri pasien (Kalkim et al., 2018). Oleh karena itu, dalam kurikulum keperawatan terdapat instruksi untuk menilai dan menangani

kebutuhan spiritual pasien yang biasanya diberi label diagnosis perawatan spiritual.

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa mampu;

1. Memahami dan menjelaskan kembali terkait spiritualitas melalui definisi, kerangka teoritis dan kerangka konsep, dan
2. Mengimplementasikan asuhan spiritualitas ke dalam intervensi keperawatan terkait profesionalitas dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik.

Konsep Spritualitas

Spiritualitas merupakan hal yang abstrak sekaligus subjektif, dengan beberapa asumsi. Hal tersebut memiliki keterkaitan dari sesuatu di luar diri kita dan menghubungkan sesuatu di dalam diri kita sendiri, dan orang-orang menafsirkan dan mengalami spiritualitas mereka dengan cara yang berbeda melalui praktik agama tertentu atau di luar sistem agama yang terorganisir atau dengan campuran tradisi agama dan budaya serta filosofis yang berbeda (Paul Victor & Treschuk, 2020). Spiritualitas juga mewakili nilai kunci fundamental bagi kemanusiaan, termasuk perawat dan pasien. Ini dapat memberikan kontribusi positif bagi kesehatan dan kesejahteraan pasien, keluarga dan komunitas dalam menangani penyakit dan penyakit dan membantu mereka dalam memahami terapi yang diusulkan (Murgia et al., 2020). Setiap individu mempunyai pemahaman tersendiri terkait dengan arti spiritualitas hal tersebut dikarenakan masing-masing individu telah memiliki cara dan sudut pandang yang berbeda mengenai hal tersebut. Perbedaan tersebut lebih dipengaruhi oleh budaya, perkembangan jaman atau kondisi lingkungan, pengalaman hidup seseorang, serta persepsi terkait makna hidup. Pengaruh tersebut nantinya dapat mengubah pandangan individu mengenai

konsep spiritualitas dalam dirinya sesuai dengan pemahaman yang ia miliki dan keyakinan yang ia pegang teguh, seperti di masa pandemik COVID-19 (Rias et al., 2020). Dilihat dari pentingnya implementasi spritualitas dalam keperawatan, namun masih ada beberapa pertanyaannya yang ada seperti: apa sebenarnya spiritualitas itu?. Hal tersebut perlu adanya pemahaman terhadap defenisi spritualitas yang bersifat universal karena setiap manusia mengalaminya, tetapi itu mencakup begitu banyak faktor dan meresap begitu banyak kehidupan, sehingga setiap pengalaman adalah individu yang unik terkait penilainya terdapat spritualitas, maka banyak terdapat definisi yang dipaparkan yang kami rangkum dalam table 1 dibawah ini untuk mempermudah memahaminya.

Tabel 1. Defenisi Spirituality

Definisi	Referensi
Seseorang yang mengalami dan mengekspresikan jiwa dalam proses yang unik dan dinamis yang mencerminkan iman kepada Tuhan atau makhluk tertinggi; itu keterhubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, atau Tuhan; dan integrasi dimensi pikiran, tubuh, dan jiwa individu.	(Meraviglia, 1999)
Kecenderungan untuk membuat makna hidup melalui hubungan intrapersonal, interpersonal dan transpersonal dalam mengatasi berbagai masalah kehidupan dengan berpikir dan bertindak secara tepat.	(O'Hara, 2002)
Merupakan kesatuan tema dalam kehidupan kita dan keadaan hidup. Jika diambil dari definisi fungsionalnya, merupakan komitmen tertinggi individu atau prinsip hidup yang komprehensif dari	(Potter & Perry, 2005)

suatu argument sebagai pilihan yang dibuat dalam hidup kita

Merupakan sesuatu yang penting (inti) (Dossey, 2013) dalam memahami keberadaan diri sendiri untuk menjalani kehidupan, hubungan dengan orang lain, ketebukaan terkait jati diri (tentang siapa dan apa kita, dan tujuan yang dikehendaki), serta keyakinan batin dan membentuk perjalanan hidup seseorang.

Sesuatu yang berkaitan dengan *spirit*, (Yusuf et al., semangat dalam memperoleh suatu 2016) keyakinan, harapan dan makna hidup.

Spiritualitas dan Keperawatan

Sejak tahun 2005, perawat diseluruh dunia telah diamanatkan oleh organisasi professional keperawatan untuk menerapkan nilai spiritual untuk intervensi ke dalam praktik pelayanan keperawatan (Jasemi et al., 2017; Papathanasiou et al., 2013). Selain itu, terdapat persepsi bahwa gagal dalam mengimplementasikan spiritualitas dalam asuhan keperawatan atau dengan kata lain adalah tidak memperhatikan kebutuhan spiritual pasien merupakan hal yang tidak etis. Namun, terdapat banyak perawat telah mengungkapkan kesulitan dalam memahami defenisi sekaligus pengimplementasian spiritualitas serta menilai tolak ukur keberhasilan dalam pengimplemntasiannya (Kalkim et al., 2018; Taylor et al., 2017). Selain itu, spiritualitas dapat berkontribusi untuk meningkatkan pendekatan keperawatan holistik, dan mengembangkan individu dalam menghadapi suatu permasalahan. Spiritualitas secara harfiah memiliki arti 'jiwa, keberanian, kekuatan, nafas, kekuatan hidup dan tidak hanya memotivasi orang tetapi juga mempengaruhi kehidupan, kesehatan, dan perilaku (Dhamani, 2014).

Intervensi yang diimplemetasikan oleh perawat sebagai perawatan spiritual, pada dasarnya merupakan elemen dari perawatan dasar (misalnya, menunjukkan rasa hormat) dianggap sebagai perawatan spiritual; demikian pula, perawatan yang merupakan perawatan psikososial (misalnya, mendengarkan) juga disamakan dengan perawatan spiritual. Hal tersebut terjadi karena, bersama dengan kekhawatiran tentang apa itu spiritualitas, mengaburkan penelitian yang menyelidiki apa yang diberikan perawat perawatan spiritual (Taylor et al., 2017). Kebutuhan spiritualitas pasien sering ditemui oleh perawat dalam menjalankan perannya untuk memberikan asuhan keperawatan. Hal ini perawat menjadi contoh peran spiritual bagi kliennya. Perawat memiliki landasan yang kuat tentang keyakinan spiritual yang memenuhi kebutuhannya untuk mendapatkan arti dan tujuan hidup.

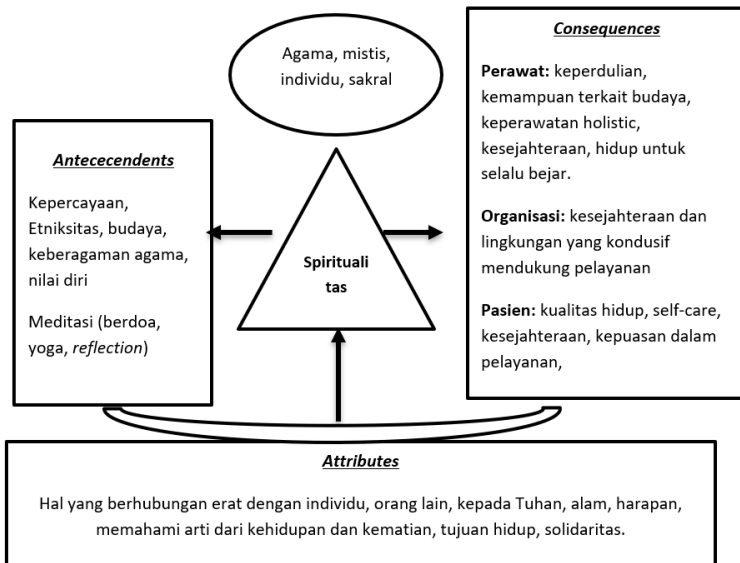
Filosofi keperawatan pada dasarnya didasarkan pada etos perawatan holistik. Namun, aspek perawatan spiritual seringkali diabaikan. Terdapat masalah yang jelas terkait tentang bagaimana spiritualitas saat ini didekati dan sejauh mana mahasiswa maupun perawat merasa kompeten dalam menilai dan memberikan perawatan spiritual dalam praktik. Sejalan dengan tinjauan pustaka yang telah di telaah dari tahun 1993 sampai 2017 di paparkan bahwa dari tema yang diidentifikasi dalam tinjauan pustaka, terdapat kesenjangan praktik perlu dicatat dalam pendidikan perawat. Adapun hal tersebut adalah kurangnya integrasi Pendidikan dan Instansi layanan kesehatan; kurangnya pemahaman fenomenologis; kurangnya dukungan dan kendala lingkungan dan struktur kurikulum yang belum siap. Mengembangkan kompetensi untuk menghadapi masalah spiritual dalam pendidikan keperawatan masih menjadi tantangan. Masalah kejelasan konseptual keperawatan harus ditangani untuk mempersiapkan perawat untuk memberikan asuhan yang benar-benar holistik, termasuk

masalah spiritual. Persiapan yang memadai, dukungan lingkungan untuk pendidik dan siswa keperawatan, dan representasi eksplisit spiritualitas dalam kurikulum keperawatan akan memfasilitasi hal ini. Penekanan pada dasar filosofis asuhan keperawatan diperlukan untuk menyeimbangkan kembali pendidikan keperawatan yang ada untuk merangkul perawatan kebutuhan spiritual sebagai bagian dari asuhan holistic (Ali et al., 2018).

Menariknya, berdasarkan studi Murgia et al., (2020), memaparkan bahwa spiritualitas merupakan proses yang dinamis dan memiliki berbagai atribut. Budaya dimensi, agama dan tradisi spiritual, keragaman etnis dan pengaruh sejarah dan konteks sosial merepresentasikan kondisi kemasyarakatan dan sejarah yang telah di yakini oleh masyarakat dalam pemikiran hal tersebut. Hal itu mempengaruhi munculnya spiritualitas sebagai sebuah konsep. *Atecedents, conseqences, attributes* merupakan kosep yang berfungsi untuk menginformasikan serta memperkuat satu sama lain untuk mempengaruhi nilai spiritual individu. Spiritualitas adalah konsep penting untuk disiplin keperawatan dengan konsekuensi yang besar untuk merawat pasien dan untuk organisasi kerja. Adapun kerangka konseptual yang merepresentasikan konsep spiritualitas ditunjukkan pada gambar 1.

Attibutes. Menjadi bagian dari makhluk hidup secara individual atau lebih besar adalah keseluruhan dan keseimbangan antara tubuh, pikiran dan jiwa, hubungannya dengan dan dalam harmoni total dengan diri sendiri, dengan orang lain, dengan Tuhan dan dengan alam. Agama yang beragam terlibat dalam banyak bentuk spiritualitas yang berbeda, menjadikannya lebih onsep yang berlaku untuk perawat berurusan dengan masyarakat luas. Dalam kepercayaan Hindu, spiritualitas adalah gerak dan transformasi diri, dalam hubungannya dengan masyarakat di dalamnya yang mana yang hidup dan bekerja. Spiritualitas adalah sarana untuk mencari

kesadaran akan ketuhanan dalam praktik sehari-hari dengan penyebut umum antara Manusia dan Tuhan, antara keilahian dan realitas tertinggi. Hal tersebut berguna untuk menjelaskan pengalaman sakral yang melampaui pengalaman religius dan memastikannya yang tidak percaya pada satu Tuhan hanya mengalami hubungan dengan mistik. Nilai atau memahami arti dari kehidupan adalah elemen penting dalam hubungan spiritual dan dapat mencakup cinta, harmoni, integritas, kasih sayang, harapan, kepercayaan dan kebijaksanaan. Pengakuan dari efek terapi positif pasien nilai-nilai dan keyakinan semakin kuat saat pasien dan keluarga mereka meminta penghormatan atas keyakinan dan nilai-nilai mereka di lingkungan perawatan kesehatan dengan frekuensi yang meningkat (Murgia et al., 2020).



Gambar 1. Kerangka konseptual spiritualitas dan keperawatan
(Murgia et al., 2020)

Istilah terkait spiritualitas. Identifikasi konsep yang dimiliki beberapa koneksi ke konsep minat, tetapi tidak

selalu memiliki atribut yang sama. Agama adalah istilah pertama yang muncul dalam literatur yang ditinjau dan kadang-kadang dipertukarkan dengan spiritualitas. Mereka memiliki definisi yang berbeda, meskipun keduanya melibatkan fokus pada apa yang dianggap sakral bagi setiap individu. Istilah sebagai religiusitas, mistisisme dan sakral sering digunakan untuk mengungkapkan hal yang sama atau proses serupa dalam spritualitas (Murgia et al., 2020).

Antecedents. Dimensi budaya, tradisi agama dan spiritual, keragaman agama dan etnis masyarakat kita, pengaruh konteks sejarah dan budaya atau dengan kata lain adalah apakah kondisi sosial dan sejarah mempengaruhi munculnya spiritualitas sebagai fenomena yang ada. Hal ini seperti budaya patriarki dalam memutuskan sesuatu terutama dalam keputusan penggunaan medis, seperti penggunaan KB pada Perempuan ataupun vaksinasi pada anak. Pengalaman spiritual sangat bervariasi antara berbagai agama dan individu; bagaimanapun juga, meskipun praktik formal dan informal mungkin mendahului spiritualitas, mungkin tindakan yang dilakukan dalam kehidupanlah yang mendukung individu dalam menumbuhkan atribut spiritualitas. Di antara tindakan ini, meditasi muncul menjadi elemen penting dari praktik informal di antara berbagai budaya. Latihan yoga merupakan salah satu elemen lain dari latihan spiritual di mana individu terlibat dengannya tubuh dan nafas, hati dan jiwa, pikiran dan intelektualitas. Ini adalah bentuk komunikasi dengan diri sendiri, dengan orang lain atau dengan makhluk yang lebih tinggi dan dapat mencakup refleksi dan meditasi. Ini bisa dipraktekkan secara pribadi dan atau di publik, individu, kolektif, atau kelompok dalam suatu komunitas (Murgia et al., 2020)..

Consequences. Spiritualitas untuk keperawatan memiliki kaitan erat dengan konsep perawatan holistik yang mempertimbangkan aspek individu dan kebutuhan yang mereka hasilkan, termasuk yang sosial dan spiritual. Mengenali dan menangani kebutuhan spiritual sangatlah penting, terutama dalam lingkungan multikultural, karena penyembuhan dan perawatan ditujukan pada individu secara keseluruhan untuk mendukung dan meningkatkan kesehatan tidak hanya pada tingkat fisik dan mental tetapi juga pada tingkat spiritual dan kemasyarakatan. Kesehatan dan kesejahteraan, konsep kesejahteraan meliputi fisik, emosional, sosial, dimensi fungsional dan spiritual, menegaskan bahwa masing-masing elemen ini saling berhubungan dan mempengaruhi lain-lain. Spiritualitas juga merupakan bagian penting dari perawatan kesejahteraan orang sakit karena itu menyangkut integritas atau keutuhan seseorang. Individu yang memiliki ekspresi spiritual yang lebih baik dapat menemukan lebih banyak kepuasan dalam hidup daripada mereka yang tidak, sebagai mereka mungkin memiliki perasaan sejahtera yang melampaui keadaan fisik karena menjadi tua atau menderita dari penyakit terminal. Kenyamanan sebagai kondisi akhir kesejahteraan dan hasil yang diakui dari spiritualitas adalah ketenangan pikiran dan apa adanya terkait dengan konsep harmoni. Konsekuensinya termasuk komunikasi, dialog terapeutik dan kepuasan karena membantu orang lain juga membawa rasa harga diri, refleksi diri dan pemenuhan pribadi, dan menumbuhkan rasa bersyukur yang akhirnya meningkatkan nilai spritualits seseorang. Disisi lain, spiritualitas dapat secara efektif mendorong koneksi atau memperbaiki disfungsiional hubungan kerja, oleh karena itu, di mana dalam lingkungan perawatan kesehatan, proses ke relasional dan untuk terhubung, atribut kunci yang muncul adalah mendukung, mengenali dan mendorong staf, dan membangun hubungan dan

mendemonstrasikan kasih sayang. Spiritualitas terkait dengan banyak konsep kesehatan dan kesejahteraan seperti spiritualitas dan *gender*, dan spiritualitas dan penuaan serta kualitas hidup dan etika, kesadaran akan sakral, dan kesadaran dan kesadaran diri. Dalam kepedulian, kepercayaan diri menyiratkan kesadaran diri, tidak menghakimi dan konsisten serta mampu mengidentifikasi kebutuhan pasien. Ini juga mencakup keterampilan budaya dan agama keperawatan menuju peningkatan pluralitas keragaman etnis, agama dan spiritual dan pemenuhan diri (Murgia et al., 2020).

Asuhan Keperawatan

Peran holistik perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien merupakan bagian dari peran dan fungsi perawat dalam implementasi asuhan keperawatan. Oleh karena itu diperlukan suatu metode ilmiah dalam menyelesaikan masalah keperawatan melalui implementasi yang sistematis berdasarkan pendekatan proses keperawatan seperti pengkajian data, penetapan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut ini akan diuraikan mengenai proses keperawatan pada aspek spiritual (Berman et al., 2010; Potter & Perry, 2005; Potter et al., 2009).

Pengkajian. Ketepatan waktu pengkajian merupakan suatu hal yang krusial untuk seluruh aspek holistik pada pasien. Pengkajian aspek spiritualitas memerlukan hubungan interpersonal yang baik antara perawat dengan pasien maupun keluarga sebagai *support system*. Adapun pengkajian yang perlu dilakukan meliputi:

1. Pengkajian data subjektif

Praktik pengkajian nilai spritualitas meliputi beberapa contoh pertanyaan yang harus digali dengan mendalam, seperti; (a) konsep terkait nilai ketuhanan; (b) sumber kekuatan dan harapan; (c) praktik agama

dan ritual; dan (d) hubungan antara keyakinan spiritual dengan kondisi kesehatan.

2. Pengkajian data objektif

Pengkajian data objektif di implementasikan dengan langkah pengkajian klinik yang terdiri dari pengkajian sikap maupun afek, perilaku, verbalisasi, hubungan interpersonal dan lingkungan. Dalam menilai afek dan sikap, perawat bisa mengobservasi terkait kesepian, deperesi, atau anxiety, koping tidak efektif. Hal tersebut bisa dilakukan dengan pengkajian kuesioner Depression Anxiety Scale-21 items (Lovibond & Lovibond, 1995), dan *loneliness quessionare* (Mayers et al., 2002). Sedangkan terkait aspke perilaku, perawat dapat menggali kegiatan keagamaan atau spritualitas yang dilakukan oleh pasien seperti membaca kitab suci, dan berdoa atau bahkan melakukan kegiatan yang bersifat sakral terkait dengan kepercayaan masing-masing. Pengkajian lainnya yaitu verwalisasi yang dapat dilakukan dengan pasien selalu menyebut nama Tuhan, berdoa atau bahkan membicarakan kegiatan spritualitas yang tela dilaksanakan ataupun pasien mengungkapkan rasa ketakutan akan kematian atau sakit yang dialaminya dalam cobaan dari Tuhan. Aspek Hubungan interpersonal juga menjadi hal yang perlu diklarifikasi dalam pengkajian seperti bagaimanakah hubungan pasien dengan keluarga, temen sahabat melalui interaksi dari kunjungan yang ada, atau bahkan apakah terjalin hubungan interpersonal yang dilakukan pasien dengan pemuka agama yang dianut. Terakhir, dari segi aspek lingkungan dengan mengobservasi terkait ada atau tidaknya kitab suci atau perlengkapan ibadah lainnya.

3. Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan nilai spiritualitas menurut *North American Nursing Diagnosis Association* adalah distres spiritual. Distres spiritual merupakan salah satu kerusakan dalam kemampuan untuk mengintegrasikan arti dan tujuan hidup individu dihubungkan dengan diri, orang lain, lingkungan atau kekuatan yang lebih besar dari dirinya dengan kata lain Tuhan dan alam semesta (Carpenito-Moyet, 2006). Berikut merupakan rangkuman masalah yang dapat terkait dengan diagnosa keperawatan terkait spritualitas diantaranya adalah kecemasan, keputusasaan, ketidakberdayaan, kesedihan, tekanan / resiko spiritual (Carr, 2010; Clarke, 2013; Koenig, 2008). Telaah teori memaparkan bahwa ketika meninjau masalah terkait kesehatan spiritual dengan mengintegrasikan informasi kedalam rumusan diagnosa keperawatan, maka seorang perawat seyogjanya mempertimbangkan status kesehatan klien dengan perspektif holistik termasuk nilai spiritual sebagai satu kesatuan diagnosis keperawatan (Clarke, 2013; Potter et al., 2009).

4. Perencanaan.

Setelah diagnosa keperawatan dan faktor-faktor yang berhubungan teridentifikasi, maka tahap selanjutnya perawat memiliki peran untuk menyusun kriteria hasil dan rencana intervensi. Adapun tujuan perencanaan asuhan keperawatan pada individu yang mengalami distres spiritual difokuskan pada tanda gejala yang dialami, apabila terdapat anxiety maka akan dilakukan perencanaan intervensi spiritual seperti bicang atau konsultasi dengan tenaga kesehatan maupun ahli rohani yang telah disediakan oleh rumah sakit dalam menghadapi masalah yang

dihadapi. Perencanaan keperawatan ditujukan untuk menetapkan rencana secara individual dengan mempertimbangkan riwayat pasien, dan tanda-tanda disfungsi serta data objektif yang relevan (Berman et al., 2010). Perencanaan pada individu dengan distres spiritual dirancang untuk memenuhi kebutuhan spiritualitas dengan perencanaan sebagai berikut: (1) mendorong individu dengan memenuhi kewajiban agamanya, seperti memberikan leaflet terkait spritualitas kesehatan dan beberapa cara untuk meningkatkan nilai spritualitas individu dalam menghadapi penyakitnya (Gardner et al., 2020; Matthews, 2010); (2) mendorong dan memotivasi individu untuk mempertahankan atau membina hubungan personal dengan Maha Pencipta ketika sedang menghadapi penyakit yang sedang dialami, seperti contoh memfasilitasi untuk berkonsultasi dengan tenaga medis atau tenaga rohaniawan yang disediakan oleh pihak rumah sakit (Machrom & Nailil, 2018); (3) meningkatkan perasaan penuh harapan (Taraghi et al., 2017), dan (4) memberikan sumber spiritual seperti contohnya kegiatan yoga (Kishan, 2020) atau musik rohani (Matsunobu, 2018).

5. Implementasi.

Perawat menerapkan rencana intervensi berdasarkan atau memodifikasi sesuai dengan keadaan pasien. Tinjauan dari (McCloskey & Bulechek, 2006) dalam *Nursing Interventions Classification* (NIC), intervensi keperawatan dari diagnosa distres spiritual salah satunya ialah dengan mengimplementasikan support spiritual. Menariknya, support spiritual ialah bagaimana cara untuk membantu pasien untuk merasakan keseimbangan dalam berhubungan dengan kekuatan Maha Besar atau kepercayaan yang dianut. Berikut merupakan beberapa aktivitas dalam

meningkatkan nilai spritualits meliputi: (1) pasien mengisi buka ekspresi pasien terhadap kesendirian dan ketidakberdayaan; (2) pasien membaca artikel atau berita tentang spiritual, sesuai pilihan pasien yang disediakan oleh tenaga perawat; (3) Beri semangat untuk menggunakan sumber-sumber spiritual, seperti music (Matsunobu, 2018) atau yoga (Kishan, 2020); (4) melakukan tidndakan fasilitasi terhadap pasien dalam meditasi, berdo'a dan ritual keagamaan lainnya; (5) Mendengar perasaan pasien serta berekspersi empati dengan perasaan pasien yang ditunjukkan; (6) Meyakinkan pasien bahwa perawat dan caregiver atau keluarga akan dapat mendukung pasien ketika sedang menghadapi masalah terutama masalah kesehatan; dan (7) Membantu pasien untuk berekspresi dengan mengungkapkan perasaannya dengan cara yang baik, seperti menagis dalam kegiatan spritualitasnya, apabila marah dapat melakukan tarik nafas dalam (McKay & Rogers, 2009) ataupun yoga (Kishan, 2020).

6. Evaluasi

Dalam mengetahui kemampuan pasien untuk mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan, maka seyogyanya perawat sangat perlu dalam mengumpulkan data yang sesuai dengan capaian tujuan asuhan keperawatanyang telah ditetapkan. Tujuan asuhan keperawatan tercapai apabila secara umum pasien: (1) mampu mengekspresikan rasa damai dan positif dalam menghadapi penyakitnya; (2) Menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka dengan rohaniawan, perawat, maupun keluarga; dan (3) menunjukkan afek positif, kecemasan berkurang atau dengan kata lain tanda tanda objektif dan subjektif dalam keadaan yang baik.

Latihan Soal

Dyah Kartika (namanya fiktif) adalah seorang ibu rumah tangga berusia 41 tahun dan mempunyai empat anak, satu gadis berumur 14 tahun dan tiga laki-laki yang berumur 12 tahun, 8 tahun dan 2 tahun. Dia dirawat di departemen bedah umum untuk post operasi kanker payudara, dengan keadaan biologis tetap stabil dan tidak ada keluhan umum, tetapi tidak bisa berbahasa Indonesia dengan jelas dan hampir tidak bisa berkata-kata apa pun dalam Bahasa Indonesia. Pasien ini berasal dari suku Madura. Dia ditemani oleh putrinya, pasien dan keluarganya beragama Hindu. Putrinya mengungkapkan dalam wawancara bahwa ibunya selalu menyalahkan keadaannya dan jarang bahkan hampir tidak melakukan ibadah. Tetapi pasien tidak bisa melewati malamnya karena terjaga dari sepanjang malam. Ners Andina tidak bisa Bahasa Madura dan kebingungan untuk mengobservasi atau mengkaji kondisi pasien. Saat Suami dan keluarga pasien datang, secara tiba-tiba membawa seorang pemuka agama Hindu untuk mengadakan upacara keagamaan.

1. Berdasarkan soal cerita diatas, maka diagnosa keperawatan yang timbul adalah?
 - a. Distress spiritual b.d gangguan konsep diri
 - b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual muntah
 - c. Distress spiritual b.d infeksi
 - d. Resiko tinggi perdarahan b.d pembedahan

2. Pilih salah satu intervensi yang paling tepat untuk menyelesaikan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien?
 - a. Berkolaborasi dengan pemuka Agama Hindu untuk menumbuhkan nilai spritualitas
 - b. Memberikan penyuluhan psikologis
 - c. Membantu pasien merawat luka post-op
 - d. Mengobservasi luka post-op
3. Bagaimana tanggapan Anda terkait dengan pihak keluarga yang menginginkan diadakan upacara keagamaan untuk pasien dan apa yang sebaiknya Anda lakukan?
4. Dalam menjalankan Intervensi keperawatan, berikan minimal 3 intervensi keperawatan pada psien terkait dengan distress spiritual!
5. Menurut Anda, masalah keperawatan apa saya yang muncul yang berhubungan dengan distress spiritual yang terjadi pada pasien!

Daftar Pustaka

- Ali, G., Snowden, M., Wattis, J., & Rogers, M. (2018). Spirituality in nursing education: Knowledge and practice gaps. *International Journal of Multidisciplinary Comparative Studies*, 5(1-3), 27-49.
- Berman, A., Snyder, S. J., Koziar, B., Erb, G., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., Luxford, Y., & Moxham, L. (2010). *Koziar and Erb's fundamentals of nursing* (Vol. 1). Pearson Australia.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2006). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Carr, T. J. (2010). Facing existential realities: Exploring barriers and challenges to spiritual nursing care. *Qualitative Health Research*, 20(10), 1379-1392.
- Clarke, J. (2013). *Spiritual care in everyday nursing practice: A new approach*. Macmillan International Higher Education.
- Dhamani, K. A. (2014). Spirituality and nursing: an Ismaili perspective on holistic nursing care. *Journal of holistic nursing*, 32(4), 341-346.
- Dossey, B. M. (2013). *Holistic nursing: A handbook for practice*. Jones & Bartlett Publishers.
- Gardner, F., Tan, H., & Rumbold, B. (2020). What spirituality means for patients and families in health care. *Journal of religion and health*, 59(1), 195-203.
- Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., & Keogh, B. (2017). A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian journal of palliative care*, 23(1), 71.
- Kalkim, A., Midilli, T. S., & Daghan, S. (2018). Nursing students' perceptions of spirituality and spiritual care and their spiritual care competencies: a correlational research study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 286-295.

- Kishan, P. (2020). Yoga and spirituality in mental health: Illness to wellness. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(5), 411-420.
- Koenig, H. G. (2008). *Spiritual dimensions of nursing practice*. Templeton Foundation Press.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Machrom, M., & Nailil, A. (2018). *Komunikasi Terapeutik Pada Pelayanan Spiritual Dalam Proses Penyembuhan Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa (Studi Fenomenologi Rohaniawan Pada Pelayanan Spiritual Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat) Lawang, Malang Universitas Brawijaya*].
- Matsunobu, K. (2018). Music for life: a Japanese experience of spirituality, ageing and musical growth. *Ageing and Society*, 38(6), 1100.
- Matthews, P. (2010). Religion and the Secularization of Spirituality: A Catholic Perspective on Spirituality in the Care of the Elderly. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 22(4), 283-290.
- Mayers, A. M., Khoo, S. T., & Svartberg, M. (2002). The Existential Loneliness Questionnaire: background, development, and preliminary findings. *Journal of clinical psychology*, 58(9), 1183-1193.
- McCloskey, B., & Bulechek, G. (2006). Nursing Interventions Classification. 2000. *Norwegian version*.
- McKay, M., & Rogers, P. D. (2009). *The anger control workbook*. ReadHowYouWant. com.
- Meraviglia, M. G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of holistic nursing*, 17(1), 18-33.
- Murgia, C., Notarnicola, I., Rocco, G., & Stievano, A. (2020). Spirituality in nursing: a concept analysis. *Nursing ethics*, 27(5), 1327-1343.
-

- O'Hara, D. P. (2002). Is there a role for prayer and spirituality in health care? *Medical Clinics*, 86(1), 33-46.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1-5.
- Paul Victor, C. G., & Treschuk, J. V. (2020). Critical literature review on the definition clarity of the concept of faith, religion, and spirituality. *Journal of holistic nursing*, 38(1), 107-113.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamentals of nursing*. Mosby.
- Potter, P. A., Perry, A. G. E., Hall, A. E., & Stockert, P. A. (2009). *Fundamentals of nursing*. Elsevier mosby.
- Rias, Y. A., Rosyad, Y. S., Chipojola, R., Wiratama, B. S., Safitri, C. I., Weng, S. F., Yang, C. Y., & Tsai, H. T. (2020). Effects of Spirituality, Knowledge, Attitudes, and Practices toward Anxiety Regarding COVID-19 among the General Population in INDONESIA: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 3798.
- Taraghi, Z., Lolaty, H. A., Mohammadpour, R. A., & Abbasabadi, A. O. (2017). Strategies to promote hope and spirituality in the elderly: A narrative review. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(6), 1619.
- Taylor, E. J., Mamier, I., Ricci-Allegra, P., & Foith, J. (2017). Self-reported frequency of nurse-provided spiritual care. *Applied Nursing Research*, 35, 30-35.
- Yusuf, A., Nihayati, H. E., Iswari, M. F., & Okviansanti, F. (2016). Kebutuhan spiritual: konsep dan aplikasi dalam asuhan keperawatan. In (pp. 1-316): Mitra Wacana Media.

Profil Penulis



Ns. Yohanes Andi Rias, S.Kep., M.Kep., PhD lahir di Surabaya, 05 Maret 1986. Riwayat pendidikan penulis : Lulus SLTA N 1 Sukodadi, Lamongan 2004; Kemudian melanjutkan S1 dan Profesi Ners di Universitas Muhamadiyah Surabaya, lulus tahun 2013; melanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Muhamadiyah Yogyakarta pada tahun 2013 dan lulus tahun 2015. Tahun 2018 penulis melanjutkan PhD in Nursing di Taipei Medical University Taiwan dan selesai pada Tahun 2021.

Pengalaman bekerja dimulai sejak tahun 2004 sebagai Staf Riset dan Chemical di PT Untung Bersama Sejahtera sampai tahun 2007. Penulis mengawali karir sebagai dosen di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri sejak tahun 2013. Selain menjadi dosen, penulis juga aktif sebagai peneliti serta penulis buku. Penulis sudah beberapa kali mendapatkan hibah penelitian baik dari intitusi tempat bekerja, maupun hibah Dalam dan Luar Negeri. Penulis juga dipercaya sebagai reviewer maupun editor baik di Jurnal Nasional maupun Internasional beriputasi.

KONSEP SEKSUALITAS

FEBI RATNASARI

Pendahuluan

Konsep seksualitas penting di pelajari dalam keperawatan, hal ini diperlukan karena seksualitas merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia. Namun kebutuhan dasar ini tidak diimbangi dengan keberanian dalam mengkaji dan melakukan intervensi terkait dengan seksualitas seseorang, karena membicarakan mengenai seksualitas masih dianggap tabu dan tidak sopan. Bab ini akan membahas mengenai seks, seksualitas, faktor-faktor yang mempengaruhi seksualitas, orientasi seksual, identitas, *role* dan ekspresi *gender*.

Setelah Pembelajaran pada bab ini diharapkan mahasiswa mampu;

1. Menjelaskan kembali perbedaan dari seks seksulitas, orientasi seksual, identitas, *role* dan ekspresi *gender*,
2. Menjelaskan mengenai karakteristik seks, jenis orientasi seksual, kelainan identitas, dan peran seksual, dan
3. Mengenal masalah keperawatan terkait seksualitas.

Karakteristik Seks

Menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) daring karakteristik adalah sifat khas sesuai dengan perwatakan tertentu, dan Seks adalah jenis kelamin. Sehingga jika didefinisikan karakteristik seks adalah ciri ciri fisik atau sifat khas organisme yang menunjukkan jenis kelamin biologisnya. Karakteristik seks terjadi pada saat adanya perubahan fisik karena adanya pertumbuhan fisik termasuk pertumbuhan organ reproduksi (organ seksual), perubahan fisik mulai dialami ketika remaja menuju perubahan kematangan organ reproduksi (Kemenkes RI, 2018). Perubahan ini dapat dilihat dari perkembangan seks primer (*primary sex characteristics*) dan perkembangan seks sekunder (*secondary sex characteristics*) (Hidajahturrokhmah et al., 2018).

Primary Sex Characteristics

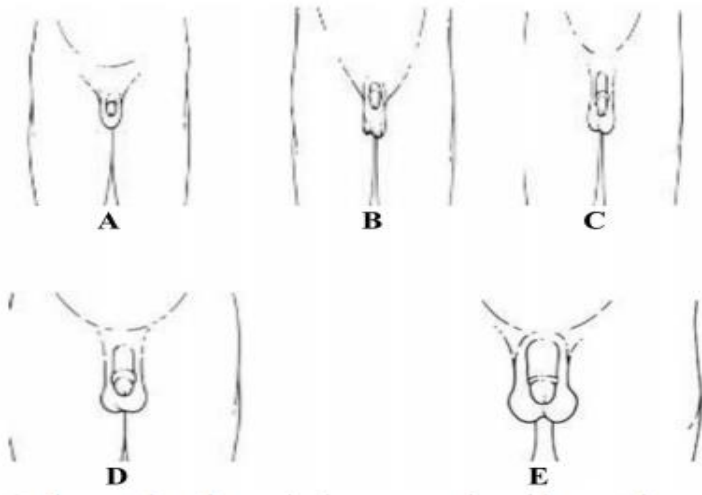
Karakteristik primer adalah perubahan seks laki laki dan perempuan didasarkan pada perkembangan yang berkaitan dengan pertumbuhan dan kematangan organ organ seks, dimana adanya perubahan hormonal dan organ kelamin. Misalnya perubahan berat uterus dari anak anak skeitar 3,5 gr menjadi 43 gr ketika remaja.

Secondary Sex Characteristics

Karakteristik seks sekunder adalah perubahan seks skunder yang terjadi pada laki laki dan perempuan yang beranjak remaja. Perubahan perkembangan seks sekunder pada laki laki dan perempaun sebagai berikut (Muliani et al., 2017):

1. Perkembangan genitalia laki laki:
 - a. Tahap I: adalah tahap prepubertas atau awal masa anak anak, dimana ukuran penis, testis dan scrotum tidak ada perubahan ukuran.

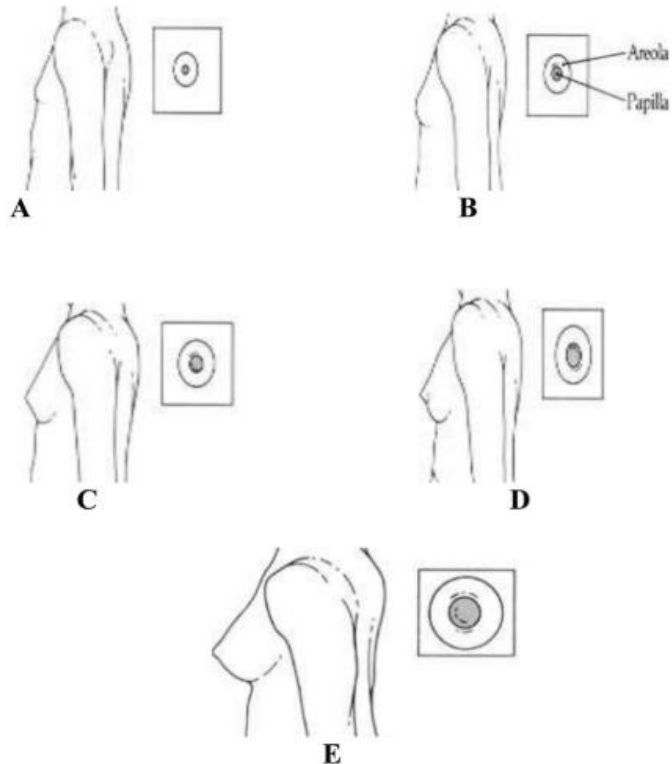
- b. Tahap II: adalah tahap progresif pubertas, dimana skrotum dan testis membesar, dengan penis sedikit atau tidak membesar dan terjadi kemerahan dan perubahan tekstur kulit.
- c. Tahap III: masih tahap progresif pubertas, dimana penis melebar dan memanjang, begitu juga skrotum dan testis mengalami pertumbuhan.
- d. Tahap IV: tahap progresif akhir, dimana kelenjar sudah mulai berkembang dan pertumbuhan lebih lanjut pada testis, penis membesar dan scrotum memiliki kulit semakin gelap.
- e. Tahap V: adalah tahap kematangan seksual sempurna, dimana genitalia sudah mencapai bentuk dan ukuran dewasa.



Gambar 1 Perubahan Genitalia Laki Laki

2. Perkembangan genitalia perempuan:
 - a. Tahap I: adalah tahap prepubertas atau awal masa anak-anak, dimana puting susu hanya mengalami peninggian.

- b. Tahap II: adalah tahap progresif pubertas, dimana payudara sudah meninggi sedikit.
- c. Tahap III: masih tahap progresif pubertas, dimana aerola dan payudara sudah membesar.
- d. Tahap IV: tahap progresif akhir, dimana payudara membesar lebih lanjut dan aerola dan putting susu mengalami penonjolan.
- e. Tahap V: adalah tahap kematangan seksual sempurna, dimana payudara dewasa sudah tampak dengan proyeksi hanya pada puting susu.

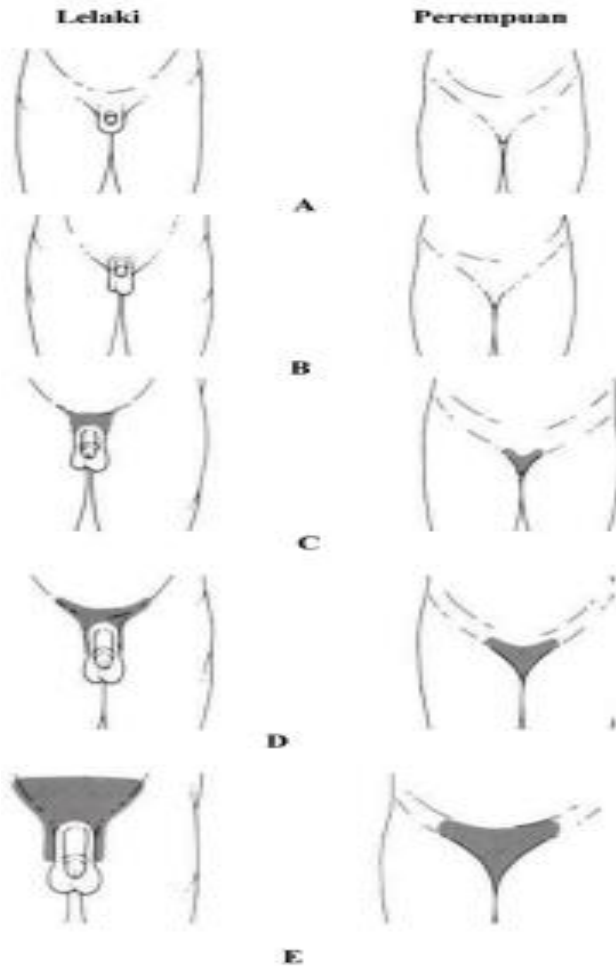


Gambar.2 Perubahan Payudara

3. Perkembangan rambut pubis laki laki
 - a. Tahap I: adalah tahap prepubertas atau awal masa anak anak, dimana tidak terdapat rambut pubis.
 - b. Tahap II: adalah tahap progresif pubertas, dimana pada dasar penis sudah ada rambut pubis namun masih jarang.
 - c. Tahap III: masih tahap progresif pubertas, dimana rambut pubis mulai banyak, keriting, gelap dan kasar.
 - d. Tahap IV: tahap progresif akhir, dimana rambut pubis sudah seperti dewasa namun penyebarannya belum ke medial paha.
 - e. Tahap V: adalah tahap kematangan seksual sempurna, dimana rambut pubis sudah mencapai bentuk dan ukuran dewasa dan sudah menyebar ke medial paha.

4. Perkembangan rambut pubis laki laki
 - a. Tahap I: adalah tahap prepubertas atau awal masa anak anak, dimana tidak terdapat rambut pubis.
 - b. Tahap II: adalah tahap progresif pubertas, dimana rambut pubis tumbuh sepanjang labia namun jarang.
 - c. Tahap III: masih tahap progresif pubertas, dimana rambut pubis mulai banyak, keriting, gelap dan kasar yang masih jarang tersebar.
 - d. Tahap IV: tahap progresif akhir, dimana rambut pubis sudah seperti dewasa namun penyebarannya belum ke medial paha.

- e. Tahap V: adalah tahap kematangan seksual sempurna, dimana rambut pubis sudah mencapai bentuk dan ukuran dewasa dan sudah menyebar ke medial paha.



Gambar.3

Perkembangan Rambut Pubis Laki-Laki dan Perempuan

5. Perubahan suara

Suara laki laki lebih berat, sedangkan suara perempuan lebih lembut.

6. Tubuh lebih tinggi

Pengertian Seksualitas

Pengertian *sex* menurut definisi kerja WHO (2002) mengacu pada sifat-sifat biologis dimana mendefinisikan manusia sebagai perempuan ataupun laki-laki, sedangkan menurut Sumbulah, 2008 mendefinisikan *sex* sebagai pensifatan biologis dan permanen yang melekat pada kelamin tertentu dalam bentuk laki laki dan perempuan yang tidak dapat dipertukarkan. Maksud tidak dapat dipertukarkan yaitu jika laki laki merubah atau bertukar seks dengan jenis kelamin perempuan, maka tetap tidak bisa merubah tugas reproduksi sebagaimana perempuan, dikarenakan perubahan itu tidak bisa merubah isi panggul laki laki dimana isi panggul wanita ada *Uterus* (Rahim), ovarium dan *Tuba Falopii* yang merupakan penghasil ovum (sel telur), begitu juga sebaliknya. Perempuan yang merubah atau bertukar seks dengan jenis kelamin laki laki tidak akan bisa membuahi karena tidak memiliki isi panggul laki laki sebagai organ reproduksi yaitu skrotum, epididemis dan lainnya yang berperan dalam menghasilkan spermatozoa (Sumbulah, 2008). Sedangkan seksualitas menurut definisi kerja WHO (2002) adalah suatu aspek inti manusia sepanjang hidupnya dan meliputi seks, identitas, peran gender, orientasi seksual, erotisme, kenikmatan, kemesraan dan reproduksi (Demartoto, 2010).

Seksualitas adalah komponen penting dalam identitas individu, dimana seksualitas membantu membentuk respon fisik, social, emosional dan intelektual individu (Reeder & Martin, 2011). Seksualitas memiliki dua aspek penting yang saling berkaitan yaitu aspek fisik atau biologi

dan aspek psikologis atau emosi. Jika kedua aspek ini hadir dengan seimbang maka akan tercipta seksualitas yang sehat. Seksualitas yang sehat didefinisikan sebagai kemampuan seseorang untuk dapat mengekspresikan diri, perasaan, pikiran, melalui hubungan yang intim pada orang lain. Psikologis atau emosi yang tidak baik, seperti marah, sedih, tidak suka atau rasa terpaksa yang ditujukan kepada pasangan akan membuat hubungan seks terasa hambar, tidak menyenangkan bahkan menyakitkan. Keadaan fisik seperti hamil, menyusui, menapous atau penyakit tertentu juga menghambat hubungan seks yang nyaman, meskipun individu tersebut sedang sangat menginginkannya (Widiyantoro & Sarwono, 2002).

Selain aspek fisik dan psikologis, juga terdapat aspek sosial kultural yang juga berperan sangat mendasar dalam mempengaruhi persepsi akan seksualitas dan bagaimana mengkontruksikan dan menafsirkan fantasi serta pandangan-pandangan seksualnya (Hidayana dkk., 2004). Aspek sosial dan nilai-nilai budaya serta agama yang ditanam sejak dini oleh lingkungan terdekat akan membawa dampak kuat bagi perkembangan psikologi atau emosi dalam kontak seksualitas. Dampak positif sosial kultural terhadap seksualitas dapat tercapainya keadaan emosi yang stabil, sedangkan dampak negatif menjadikan individu tidak percaya diri, timbul perasaan tidak puas, frustasi, stres, tidak bisa menghargai diri sendiri, kurang tenang dan kurang bahagia (Widiyantoro & Sarwono, 2002).

Pembicaraan seputar seksualitas dilingkungan sosial dan agama masih dianggap tabu sehingga dapat berdampak negatif terhadap perkembangan kehidupan seks dimasa-masa berikutnya. Contohnya, perempuan dewasa sering mengalami kesulitan dalam menyampaikan ketidakpuasan dan harapan dalam hubungan

seksualnya, dimana hal ini terjadi dikarenakan adanya penanaman akan pemikiran bahwa membicarakan seks adalah tabu dan tidak pantas. Timbulnya pemikiran tersebut membangun persepsi bahwa seksualitas bukan sesuatu yang dapat dinikmati, melainkan sekedar kewajiban seorang perempuan terhadap pasangannya (Widiyantoro & Sarwono, 2002).

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Seksualitas

Penelitian mengenai seksualitas pada remaja cukup banyak dilakukan diantaranya penelitian mengenai factor factor yang berhubungan dengan perilaku seksual remaja dimana menyebutkan bahwa laki laki memiliki perilaku seksual beresiko lebih tinggi dibandingkan perempuan, perilaku seksual beresiko juga dialami oleh remaja yang memiliki intensitas paparan informasi seksual lebih tinggi dan memiliki sikap negatif (Mahmudah et al., 2016). Perilaku seksual beresiko adalah kegiatan seksual yang meningkatkan terjadinya peluang menyebarkan infeksi menular seksual atau kehamilan (Sankoh, 2014). Perilaku seksual beresiko diantaranya adalah bergonta ganti pasangan seksual, memulai aktivitas seksual di usai muda, berhubungan seksual dengan pasangan yang pernah menggunakan narkoba suntik, memiliki pasangan yang melakukan perilaku seksual beresiko dan lainnya (Pandor et al., 2015).

Paparan informasi seksual yang diterima remaja memiliki hubungan dengan kejadian perilaku seksual beresiko. Remaja yang selalu mendapatkan informasi dengan membaca, meihat dan menonton film porno akan memotivasi dan merangsang remaja untuk meniru atau mempraktikannya. Jika hal ini terjadi terus menerus sangat mungkin remaja terdorong melakukan hubungan seksual dini (luar ikatan pernikahan) (Sunaryo, 2004). Sikap negatif remaja mengenai seksualitas memiliki hubungan dengan perilaku seksual beresiko hal ini terjadi

dikarenakan sikap yang merupakan respon seseorang terhadap stimulus atau objek melihat seksualitas sebagai hal biasa dan bisa dilakukan dengan siapa saja serta berganti ganti pasangan (Mahmudah et al., 2016)

Orientasi Seksual

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) online mendefinisikan orientasi adalah pandangan yang mendasari pikiran, perhatian atau kecenderungan, sedangkan seksual adalah jenis kelamin dan perkara persetubuhan antara laki-laki dan perempuan. *American Psychiatric Association* (APA), 2011 mendefinisikan orientasi seksual adalah ketertarikan, romantic, emosional atau seksual seseorang kepada orang lain. Orientasi seksual di bagi tiga jenis, yaitu heteroseksual, homoseksual dan biseksual.

1. Heteroseksual adalah ketertarikan individu pada jenis kelamin berbeda.
2. Homoseksual adalah individu yang tertarik dengan kesamaan jenis kelamin, sebagai contoh adalah lesbian dan Gay. Lesbian adalah perempuan memilih untuk mengikatkan dirinya secara personal (psikis, fisik dan emosional) dengan sesama perempuan, sedangkan Gay adalah laki laki yang memiliki ketertarikan dengan laki-laki.
3. Biseksual adalah individu yang bisa tertarik dengan jenis kelamin sama ataupun berbeda dalam waktu bersamaan.

Selain ketiga orientasi seksual diatas terdapat juga orientasi seksual transgender dan transseksual. Transgender adalah seseorang yang menggunakan atribut atribut gender berlainan dengan seks (konsepsinya) secara social oleh masyarakat, sebagai contoh adalah waria/bencong, sedangkan transeksual adalah seseorang

yang merasa memiliki kesalahan jenis kelamin. Missal seseorang yang memiliki jenis kelamin perempuan (vagina) sejak lahir, tetapi setelah tumbuh dan berkembang jiwa dan psikologisnya merasa dirinya adalah laki laki dan kemudian melakukan perubahan organ seksualnya dengan cara operasi (Yudiyanto, 2016). Orientasi seksual yang di anggap lazim dan “normal” di dalam masyarakat adalah heteroseksual, sedangkan homoseksual dimasyarakat dianggap sebagai penyimpangan orientasi seksual (Wardhani, 2012).

Orientasi seksual terbentuk karena adanya interaksi kompleks antara faktor lingkungan, kognitif dan biologis dimana kesemuanya terbentuk sejak masih kecil. Orientasi seksual bisa mengalami penyimpangan dikarenakan adanya perkembangan fisik, psikologi, keluarga (pola asuh) dan lingkungan (pornografi, narkoba) yang tidak optimal dimana mendorong dalam menguatkan identitas negatif selain itu adanya pengalaman kekerasan seksual masa kanak kanak juga menentukan orientasi seksual individu (*American Psychiatric Association*, 2011 & Wardhani, 2012)

Identitas, Role, dan Ekspresi Gender

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) *online* identitas adalah ciri ciri atau keadaan khusus seseorang atau jati diri seseorang. Sedangkan identitas gender adalah kesadaran seseorang mengenai gendernya. Gender menurut Meissner, 2005 dalam Nurohim, 2018 adalah pengalaman internal diri mengenai gender dan menjadi bagian dari identitas diri seseorang. Identitas gender terbagi kedalam dua bagian, yaitu identitas gender inti dan identitas peran gender. Identitas gender inti adalah perasaan mejadi laki-laki atau perempuan yang terbentuk sejak usia dini (2 tahun) berdasarkan kepada aspek biologis (laki laki dan perempuan). Sedangkan identitas peran gender adalah perasaan individu akan gendernya

baik maskulin maupun feminine yang dipengaruhi oleh faktor sosiologis, biologis dan psikologis (Nurohim, 2018). Contoh variasi identitas dan peran gender yang dimiliki di Indonesia berada pada suku bugis dimana ada lima identitas gender yang dimiliki yaitu Makkunrai, Orowane, Calabai, Calalai dan Bissu, adapun peran gender dari Makkunrai adalah perempuan murni (tulen), orowane adalah laki laki murni (tulen), calabai adalah laki laki yang memiliki sifat dan perilaku ke wanitaan (feminine), calalai adalah perempuan yang memiliki perilaku dan sifat kelaki lakian (maskulin) dan bissu adalah gabungan antara laki laki dan perempuan. Pemilihan identitas dan peran ini ditentukan oleh diri sendiri berdasarkan pengalaman pada hidup yang dialaminya (Nurohim, 2018).

Adanya variasi identitas dan peran yang ada di suku bugis didalam masyarakat umum merupakan satu hal yang tidak wajar, karena persepsi di masyarakat pada umumnya hanya ada dua ekspresi gender yaitu maskulin dan feminine. Ideology gender yang ada dimasyarakat telah dibangun sehingga persepsi social secara umum ini membuat pelabelan gender hanya ada laki-laki dan perempuan, dimana seorang laki laki memiliki kekuatan pada fisiknya, rasional perkasa dan jantan. Sedangkan perempuan dikenal keibuan, emosional, cantik dan lemah lembut (Fakih, 2013 dalam (Nurohim, 2018).

Ketidaksesuaian antara identitas gender (yaitu perasaan psikologis seseorang tentang gendernya) dengan jenis kelamin yang ditetapkannya saat lahir (biasanya berdasarkan alat kelamin luar) disebut dengan gangguan identitas gender atau *Gender Identity Disorder* (GID). GID menurut DSM-5 (*Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder*) APA (*American Psychiatric Association*) istilahnya diperbaharui menjadi disforia gender (*Gender Dysphoria*) atau GD hal ini dikarenakan GD bukanlah

kelainan mental atau sakit jiwa melainkan keragaman dalam bentuk gender (Davy & Toze, 2018).

Gender Dysphoria (GD) dialami oleh transgender dimana adanya tekanan psikologis yang dihasilkan dari ketidaksesuaian antara jenis kelamin yang ditetapkan saat lahir dengan identitas gendernya. Biasanya GD muncul ketika masa kanak-kanak sampai dengan masa setelah pubertas. Identitas gender berbeda dengan ekspresi gender, identitas gender mengacu kepada perasaan psikologi seseorang tentang gender mereka, sedangkan ekspresi gender mengacu kepada tampilan individu dimata dunia. misalkan penggunaan baju gaun menggambarkan ekspresi gender “feminine” sedangkan menggunakan jas sebagai ekspresi gender “ maskulin” (Davy & Toze, 2018).

Diagnose Keperawatan

Masalah keperawatan yang bisa diangkat dari identitas, role dan ekspresi gender adalah

1. Gangguan identitas diri
2. Gangguan citra diri
3. Harga diri rendah situasional
4. Resiko penyebaran infeksi (infeksi menular seksual)

Rangkuman

Seks atau jenis kelamin memiliki perkembangan seks primer dan sekunder dimana seks primer berkaitan dengan perkembangan organ seksual dan hormone seperti pertumbuhan berat uterus dan adanya mimpi basah atau menstruasi, sedangkan sekunder berkaitan dengan perubahan seks yang tampak di luar seperti suara, tumbuhnya jakun. Seksualitas di bedakan dengan identitas, peran, orientasi seksual. Identitas seksual yang tidak umum dihadapi seseorang akan mempengaruhi

peran dan orientasi seksualnya. Hal ini didukung dengan adanya factor factor yang mendorong hal tersebut diantaranya adalah pola asuh, dan pengalaman yang menyakitkan di masa kanak kanak seperti tindakan kekerasan seksual.

Latihan Soal

1. Perubahan orientasi seksual dimana laki laki tertarik dan terikat secara psikologi dan fisik oleh laki laki lainnya maka di sebut:
 - a. Lesbian
 - b. Gay
 - c. Makkunrai
 - d. Orowane
 - e. Calabai
2. Seseorang yang orientasi seksualnya menyukai sesama jenis di sebut dengan
 - a. Homoseksual
 - b. Heteroseksual
 - c. Transgender
 - d. Transeksual
 - e. Biseksual
3. Seseorang yang orientasi seksualnya menyukai wanita dan pria di dalam waktu yang sama disebut dengan
 - a. Homoseksual
 - b. Heteroseksual
 - c. Transgender
 - d. Transeksual

- e. Biseksual
4. Seseorang yang memiliki jenis kelamin laki laki namun seiring pertumbuhan dan perkembangan biologis dan psikologisnya membuat perubahan kearah lawan jenis dan adanya keinginan untuk merubah jenis kelamin dengan cara di operasi, disebut dengan
- a. Homoseksual
 - b. Heteroseksual
 - c. Transgender
 - d. Transeksual
 - e. Biseksual
5. Seseorang yang menggunakan atribut atribut seksual lawan jenisnya dimana berbeda pandangan dengan masyarakat pada umumnya disebut dengan
- a. Homoseksual
 - b. Heteroseksual
 - c. Transgender
 - d. Transeksual
 - e. Biseksual

Kunci Jawaban

- 1. B
- 2. A
- 3. E
- 4. D
- 5. C

Daftar Pustaka

- American Psychiatric Association, 2011. Sexual Orientation. Diakses tanggal 01 Juni 2021. <https://web.archive.org/web/20110722080052/http://www.healthyminds.org/More-Info-For/GayLesbianBisexuals.aspx>
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat, Kemenkes RI, 2018. Bagi Para Remaja, Kenali Perubahan Fisik untuk Mneghindari Masalah Seksual, <https://www.kemkes.go.id/article/print/18122000004>
- Davy, Z., & Toze, M. (2018). *Health What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review*. 3. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0014>
- Hidajahturrokhmah, N., Kemuning, D. R., Rahayu, E. P., Araujo, P. A., Taqwim, R. A., & Rahmawati, S. (2018). Sosialisasi Hiv Atau Aids Dalam Kehamilan Di Rt 27 Rw 10 Lingkungan Tirtoudan Kelurahan Tosaren Kecamatan Pesantren Kota Kediri. *Journal of Community Engagement in Health*, 1(1), 14–16. <https://doi.org/10.30994/10.30994/volliss1pp16>
- Mahmudah, M., Yaunin, Y., & Lestari, Y. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seksual Remaja di Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(2), 448–455. <https://doi.org/10.25077/jka.v5i2.538>
- Muliani, M., Widiarti, I. G. A., Gede Wardana, N., Yuliana, Y., & Karmaya, M. (2017). Tahap pertumbuhan dan perkembangan tanda-tanda seks sekunder remaja SMPN 4 Bangli, Desa Pengotan, Kecamatan Bangli. *Medicina Journal*, 48(2), 75. <https://doi.org/10.15562/medicina.v48i2.31>
- Nurohim, S. (2018). *IDENTITAS DAN PERAN GENDER PADA MASYARAKAT SUKU*. 8(1), 457–461.
- Pandor, A., Kaltenthaler, E., Higgins, A., Lorimer, K., Smith, S., Wylie, K., & Wong, R. (2015). *Sexual health risk reduction interventions for people with severe*
-

mental illness: a systematic review.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1448-4>

Sankoh, O. (2014). *promoting sexual networks to reduce potential biases.* 1, 1–6.

Sunrayo, 2004. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta: EGC

Wardhani, D. T. (2012). *PERKEMBANGAN DAN SEKSUALITAS REMAJA (Deevelopment and Adolescent Sexuality).* 17(03).

Yudiyanto. (2016). Fenomena Lesbian, Gay, Biseksual Dan Transgender (LGBT) Di Indonesia Serta Upaya Pencegahannya. *Nizham Journal of Islamic Studies*, 5(1), 63–74.

Profil Penulis



Ns. Febi Ratnasari, S.Kep., M.Kep. adalah seorang dosen sekaligus Ketua Program Studi Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Yatsi Tangerang. Pengalaman mengajarnya sudah dilakukan sejak 12 tahun lalu, saat ini focus pengajarannya pada kesehatan perempuan, ibu hamil, bersalin, postpartum, bayi baru lahir, usia subur dan klimakterium (Keperawatan Maternitas). Pendidikan magister di lakukan penulis di Universitas Indonesia FIK dan saat ini sedang melanjutkan program doctoral di Lincoln Universitas Collage (LUC) Malaysia.

PSIKOSEKSUALITAS

MIRA AGUSTHIA

Pendahuluan

Kesehatan seksual tidak hanya suatu keadaan yang bebas dari kesejahteraan fisik, emosional, mental dan sosial yang berubungan dengan seksual, tidak hanya terbebas dari penyakit, disfungsi seksual maupun kelemahan seksual. Individu yang sehat secara seksual memiliki cara pandang yang positif dan penuh rasa hormat terhadap seksualitas dan hubungan seksual. Psikoseksual merupakan bagian dari kepribadian dan kesehatan secara menyeluruh yang terintegrasi dengan semua aspek yaitu aspek somatik, aspek emosional, intelektual, sosial dari kehidupan seksual yang positif. Seksualitas seperti yang diketahui sangat tabu untuk dibicarakan, namun dalam bab ini memberikan pengetahuan tentang masalah seksualitas pada umumnya secara psikologis. Untuk memberikan rasa nyaman pada saat membicarakan seksualitas perawat harus memiliki dasar pengetahuan tentang fungsi dan masalah seksual, dimensi seksual, sumber koping seksual dan mekanisme seksual agar dapat melakukan Asuhan Keperawatan secara maksimal kepada pasien.

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu;

1. Mengidentifikasi definisi psikoseksual
2. Mengidentifikasi dimensi seksual
3. Menguraikan sumber koping dan Mekanisme koping berhubungan dengan respon seksual
4. Merumuskan diagnosa keperawatan berhubungan dengan psikoseksual.

Psikoseksualitas

Psikoseksualitas merupakan sebutan dari perkembangan manusia yang didasarkan pada gagasan seksualitas individu dimana masing-masing tahap hubungan antara individu satu dengan yang lain mengalami kepuasan secara psikis. (Sigmund Freud, 1977). Relasi seksual secara normal adalah suatu mekanisme manusia yang penting guna meneruskan keturunan dengan tujuan mengurangi kepunahan pada manusia itu sendiri. Adapun tahap pertumbuhan dan perkembangan psikoseksual menurut Sigmund Freud sebagai berikut;

1. Masa Neonatus dan Kanak-kanak Awal

Masa ini tahap perkembangan psikoseksual berada pada tahap Fase Oral, fase ini merupakan tahap pertama pada siklus kehidupan seseorang. Fase ini dimulai dari bayi telah mencari kepuasan yang diinginkan, organ yang digunakan pada fase ini adalah mulut, seorang bayi akan merasa puas ketika menghisap ibu jari ataupun payudara ibu pada saat menyusui.

2. Usia Sekolah

Usia sekolah merupakan usia yang berada pada fase anal yaitu fase dimana balita telah mengenal bagaimana cara toilet training. Selama usia ini

orangtua, guru dan kelompok teman sebaya mempunyai peranan penting dalam mengenalkan dan mengajarkan tentang bagaimana perilaku pria dan wanita dalam berhubungan dengan setiap orang. Pada usia sekolah seorang anak membutuhkan informasi yang akurat terkait tentang perubahan-perubahan fisik dan emosi yang terjadi pada diri anak sehingga mereka lebih siap saat menghadapi tahap remaja atau pubertas.

3. Masa Remaja

Menurut King (2005), masa remaja merupakan masa dimana individu mengeksplor orientasi seksual primer. Pada usia ini remaja harus meningkatkan pengetahuan mengenai perubahan tubuh, aktivitas seksual, respon emosi terhadap hubungan intim seksual, PMS, pemakaian kontrasepsi dan kehamilan. Penelitian di Amerika Serikat dilaporkan bahwa 47% Siswa Sekolah Menengah Atas telah melakukan aktivitas seksual, salah satu alasannya adalah karena mereka mempercayai dengan melakukan aktivitas seksual membantu mereka mencapai tujuan keintiman, status sosial, dan kesenangan (Ott et al, 2006).

4. Masa Usia Dewasa Muda

Pada usia dewasa muda ini telah memiliki kematangan fisik dalam melakukan hubungan seksual akan tetapi di usia ini harus mematangkan hubungan emosional karena hubungan seksual pada masa dewasa muda ini merupakan masalah apakah mereka harus memutuskan bagaimana berperan sebagai makhluk seksual apakah harus melakukan hubungan seks, apakah harus menjauh dan memilih hidup sendiri, memutuskan untuk peran seksual seperti: homoseksual atau heteroseksual. Sebagai

individu yang aktif secara seksual harus menggali dan mempelajari teknik stimulasi yang dapat memuaskan diri sendiri dan pasangan seksual mereka.

5. Masa Dewasa Usia Menengah

Masa dewasa usia menengah adalah masa memasuki premenopause bagi seorang wanita, perubahan fisik yang aktual dan perubahan hormon akan mempengaruhi fungsi seksual bagi seorang wanita dan hal ini dapat menimbulkan masalah dalam ketertarikan seksual. Selanjutnya perubahan yang terjadi juga dapat mempengaruhi ketika berhubungan intim yang disebut dengan istilah *dispareunia*. Selain perubahan fisik dan hormon perubahan emosi dan sosial juga mempengaruhi hubungan intim.

6. Masa Lansia

Sebagai seorang perawat harus memahami perubahan – perubahan seksual normal yang terjadi sepanjang siklus usia yang efektif untuk meningkatkan kesehatan seksual (Nusbaum et al, 2005). Adapun faktor – faktor yang mempengaruhi aktivitas seksual pada lansia sebagai berikut :

- a. Status kesehatan terbaru
- b. Kepuasan dulu dan sekarang
- c. Status pernikahan dan hubungan intim.

Perawat yang menjadi pendamping lansia harus melakukan pengkajian seksualitas lansia meliputi keinginan dan fungsi dan rencana yang sesuai. Menekankan pada lansia bahwa aktivitas seksual bukanlah hal penting untuk mempertahankan kualitas hidup.

Dimensi Seksualitas

1. Dimensi Sosiokultural

Masyarakat mempunyai peranan yang penting dalam dalam pembentukan nilai dan sikap seksual dan ekspresi seksualitas tertentu dalam diri anggotanya. Peran budaya dan norma-norma terhadap perilaku yang dapat diterima dalam budaya akan mempengaruhi seksualitas, sehingga individu dapat menentukan sendiri persepsi mereka terhadap seksualitas berdasarkan budaya, gender, pendidikan, sosioekonomi dan kepercayaan yang dianut (McCrathy dan Bonar, 2005). Sebagai contoh, norma – norma budaya mempengaruhi bagaimana individu mendapatkan pasangannya dan keputusan dalam memberikan pengetahuan seks secara dini pada anak banyak yang meyakini bahwa mengenalkan seks pada anak dapat meningkatkan aktivitas seksual dan kebanyakan orangtua mengalami ketidaknyamanan ketika mengajarkan dan memberikan pendidikan seks kepada anaknya terutama anak perempuan.

2. Dimensi biologis

perkembangan seksualitas sejalan dengan pertumbuhan dan perkembangan individu dimana setiap tahap pertumbuhan dan perkembangan dapat memberikan perubahan pada fungsi dan peran seksual dalam melakukan hubungan. Dimensi biologis berkaitan dengan organ reproduksi, seseorang mengoptimalkan dan bertanggungjawab terhadap perkembangan jenis kelamin, apakah seseorang tersebut secara genetis laki-laki atau wanita. mendorong dan mengekspresikan, bereproduksi dorongan seksualnya. Ciri somatik meliputi kromosom, hormon, genitalia eksternal dan internal dan kelenjer gonad. Perbedaan seks

ditentukan oleh kromosom Y. Seorang wanita memiliki kromosom XX, dengan estrogen sebagai hormon yang utama, genitalia eksternal dan internal yang sesuai dan ovarium dan seorang laki-laki memiliki kromosom XY dengan androgen sebagai hormon utama, genitalia eksternal dan internal dan testis dan dari asumsi ini tidak terjadinya variasi jenis kelamin. setiap faktor biologis menghasilkan jenis kelamin tunggal baik laki-laki maupun perempuan.

3. Dimensi Psikologis

Idealnya seks merupakan tindakan yang normal, alami dan spontan, dan telah melewati berbagai tahap psikologis yang dapat dikenali dengan mudah dan berakhir dengan satu atau lebih orgasme. Pada dimensi psikologis ini seksualitas erat kaitannya dengan peran, identitas dan gender dalam menjalankan fungsi seksualnya. Pada dimensi ini seks mengacu pada kategori biologis seseorang, identitas mengacu pada psikologis dimana hal ini bersifat privasi bagi seseorang apakah dia memahami dirinya sebagai laki-laki atau perempuan. Sedangkan peran mengacu kepada bagaimana aturan dan norma mengatur perilaku sebagai seorang laki-laki dan seorang perempuan. Dalam hal kepribadian, kepribadian laki-laki lebih mampu menerima hubungan seksual dimana mereka baru sama-sama mengenal satu dengan yang lainnya, namun perempuan lebih percaya diri dan patuh terhadap pasangannya dan hal ini menyebabkan perempuan lebih sering mengalami kecemasan dan afek negatif. agresivitas dan komunikasi antara laki-laki dengan perempuan juga berbeda.

Sumber Koping Seksualitas

Persepsi sebagai makhluk seksual akan terus mengalami perubahan sepanjang siklus kehidupan dan hal ini dipengaruhi oleh situasi stres. Apabila terjadi perubahan pada emosional dan fisiologis maka respon seksual juga akan berubah. Pengkajian ini akan membantu apabila melibatkan dua belah pihak pasangan seksual karena dapat mengevaluasi kualitas hubungan dan mampu menentukan intervensi dalam konteks memberikan dukungan kepada pasangan seksual. Hal ini penting bagi perawat untuk melakukan pengkajian sumber koping antara lain:

1. Pengetahuan tentang seksualitas
2. Pengalaman positif tentang seksual dimasa lalu
3. *Support system* seksual
4. Norma sosial dan budaya yang mendorong ekspresi seksual yang sehat.

Mekanisme Koping Seksualitas

Mekanisme koping berhubungan dengan sikap adaptif dan maladaptif. Fantasi merupakan mekanisme koping yang digunakan oleh individu dalam meningkatkan pengalaman aktivitas seksual. Pria dan wanita akan melepas fantasi erotisnya dengan pasangannya hal ini seringkali menjadi cara kreatif dalam meningkatkan hasrat dan kenikmatan seksual. Fantasi ini sering dilakukan oleh mereka yang tidak puas dalam hubungan seksua dengan pasangan seksualnya. Fantasi yang berlebihan merupakan perilaku yang maladaptif dimana perilaku ini menggantikan ekspresi seksual yang aktual atau mengembangkan hubungan yang intim dengan orang lain.

Proyeksi. Mekanisme koping yang maladaptif dapat mnegakibatkan masalah-masalah pada konsep diri.

Ketika salah satu pasangan mengalami disfungsi seksual maka proyeksi menyalahkan pasangan seringkali digunakan sebagai alasan untuk mencari pasangan seksual yang baru. Proyeksi juga dapat menjadi mekanisme koping yang digunakan apabila pikiran dan perasaan seseorang mengalami kecemasan.

Mengingkari atau rasionalisasi hal ini merupakan mekanisme koping yang umum untuk mengingkari isu-isu tentang seksualitas seperti “saya tidak mengalami masalah pada seksualitas” atau “saya tidak pernah merasakan seksual”. Rasionalisasi “saya tidak butuh seks dan saya akan baik-baik saja tanpa seks dan pernikahan lebih berharga dibanding dengan seksual” hal ini akan menjadi ambigu tentang keintiman, sehingga mekanisme koping ini dianggap maladaptif karena dapat membuat seseorang menjadi menarik diri dari aktivitas seksual.

Diagnosa Keperawatan

Sebagai perawat ketika mengembangkan diagnosis keperawatan terkait dengan seksual harus mempertimbangkan informasi yang telah diperoleh pada saat pengkajian dan komponen yang ada pada Model Adaptasi Stress Stuart yang diidentifikasi sebagai dasar penyelesaian masalah yang akan datang. Diagnosa keperawatan yang muncul pada psikoseksual berdasarkan Nanda International adalah sebagai berikut:

1. Pola seksualitas tidak efektif
2. Disfungsi seksual.

Adapun diagnosa lainnya yang muncul sebagai berikut :

1. Kecemasan
2. Adaptasi yang tidak efektif
3. Gangguan proses Keluarga
4. Kurang pengetahuan

5. Isolasi sosial
6. Resiko kekerasan pada orang lain
7. Resiko kekerasan pada diri sendiri.

Rangkuman

1. Psikoseksual didefinisikan sebagai perkembangan manusia yang didasarkan pada gagasan seksualitas individu dimana masing-masing tahap hubungan antara individu satu dengan yang lain mengalami kepuasan secara psikis. perilaku seksual adaptif merupakan aktivitas hubungan intim yang baik secara fisik maupun emosional dan saling memuaskan.
2. Dimensi seksual adalah dimensi yang berhubungan dengan dimensi biologis, sosiokultural dan dimensi psikologis dari individu sebagai makhluk seksual.
3. Stres merupakan pencetus dan dapat mengubah perilaku seksualitas seseorang.
4. Mekanisme koping digunakan dengan ekspresi seksualitas meliputi; fantasi, proyeksi, penolakan dan rasionalisasi.
5. Diagnosis keperawatan primer pada psikoseksual adalah pola seksual yang tidak efektif dan disfungsi seksual.
6. Hasil yang diharapkan dari psikoseksual adalah pasien mendapatkan aktivitas seksual yang adaptif untuk meningkatkan dan mempertahankan hubungan pasangan dan kesehatan.

Latihan Soal

1. Sebutan dari perkembangan manusia yang didasarkan pada gagasan seksualitas individu dimana masing-masing tahap hubungan antara individu satu dengan yang lain mengalami kepuasan secara psikis disebut..
 - a. Seksualitas
 - b. Abnormal seksualitas
 - c. Psikoseksual
 - d. Gangguan seksual

2. Hal ini penting bagi perawat untuk melakukan pengkajian sumber koping antara lain, kecuali...
 - a. Pengetahuan tentang seksualitas
 - b. Usia individu
 - c. Pengalaman positif aktivitas seksual dimasa lalu
 - d. Norma dan budaya

3. Peran, identitas dan gender mempengaruhi individu dalam menjalankan fungsi seksualnya. Hal ini merupakan dimensi seksualitas...
 - a. Dimensi psikologis
 - b. Dimensi biologis
 - c. Dimensi Sosial
 - d. Dimensi Kultural

4. Yang termasuk mekanisme koping dari psikoseksual adalah sebagai berikut:
 - a. Fantasi-proyeksi-penolakan-rasionalisasi
 - b. proyeksi – penolakan – rasionalisasi – fantasi
 - c. Fantasi – penolakan – proyeksi – rasionalisasi
 - d. Rasionalisasi – penolakan – proyeksi – fantasi
5. Yang termasuk diagnosa keperawatan psikoseksual adalah....
 - a. Mekanisme koping yang tidak efektif
 - b. Paraphilia
 - c. Pola seksual yang tidak efektif
 - d. Keputusan
6. Bagaimana anda mendefinisikan seksualitas yang normal dan bandingkan pandangan anda dengan teman, anggota keluarga dan petugas kesehatan yang lain?
7. Tindakan apa yang seharusnya dilakukan untuk meningkatkan kesehatan seksual pada pasien?
8. Mitos seksual apa yang anda percayai sebelum mengetahui tentang psikoseksual dan bagaimana sikap praktik keperawatan yang benar dalam menghadapi pasien dengan disfungsi seksual?

Daftar Pustaka

- Sunaryo, M. K. (2004) 'Psikologi - Google Books'. Available at:
<https://www.google.co.id/books/edition/Psikologi/6GzU18bHfuAC?hl=id&gbpv=1&dq=pengetahuan+menurut+notoatmodjo&pg=PA25&printsec=frontcover%0Ahttps://books.google.co.id/books?id=6GzU18bHfuAC&pg=PR12&dq=pengertian+sikap+dan+tingkatan+sikap&hl=ban&sa=X&ved=0a>.
- Fatimah Tola & Suardi (2015) 'Jurnal E quilibrium Jurnal E quilibrium', *Equilibrium Pendidikan Sosiologi*, IV(1), pp. 1–10.
- Graicy, K. (2006) 'Principles and Practice of Psychiatric Nursing', *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. doi: 10.5005/jp/books/11081.
- Hamid, A. Y. S. (2008) 'Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Bunga Rampai - Google Buku', p. 201. Available at:
https://books.google.co.id/books?id=9OvdhSbeD00C&pg=PA37&dq=tahap+denial+anger+bargaining&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj_1ZSq8ILeAhUXWysKHZNhAf gQ6AEIKDAA#v=onepage&q=tahap+denial+anger+bargaining&f=false.
- Mujihadi (2016) 'Psikoseksual dan Psikososial'.
- Norman L. Keltner, D. S. (2014) 'Psychiatric Nursing Pageburst on Kno Ret', in *Psychiatric Nursing*, p. 552.
- Pizaro (2008) 'Teori Seksualitas Sigmund Freud Tentang Kepribadian; Psikopatologi dan Kritik Psikologi Islam'.
- Potter, P. A. *et al.* (2019) 'Fundamentals of Nursing Vol 1-9th Indonesian Edition: Praktik Keperawatan', *Elsevier Health Sciences*,
- Winarsih, B. D., Maryati, S. and Hartini, S. (2016) 'Perkembangan psikoseksual anak tunagrahita di sdlb negeri sukoharjo kabupaten pati', pp. 198–204.
-

Yupi Supartini (2006) 'Konsep Dasar Keperawatan Anak - Google Books'. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=-IEgphIP8E8C&pg=PA37&dq=peran+orang+tua+dalam+perawatan+anak&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwje5eXE0oLRAhVHQ48KHQRsAdMQ6AEIGTAA#v=onepage&q=peran+orang+tua+dalam+perawatan+anak&f=false>.

Profil Penulis



Mira Agusthia, Ners.,M.Kep lahir di Padang, 7 Agustus 1987. Sejak kecil hingga dewasa tinggal di Padang Sumatera Barat dan menempuh Pendidikan dari DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Aisyiyah Padang pada tahun 2005 dan lulus dengan gelar A.Md.Kep. Pada tahun 2008 bekerja di salah satu Rumah Sakit Aisyiyah di Padang. Pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Andalas Padang dan lulus pada tahun 2013.

Pada tahun 2013 merantau ke Kota Batam dan bergabung menjadi guru disalah satu Sekolah Menengah Kejuruan Kesehatan di SMK Putra Jaya Batam. April 2014 saya bergabung dengan STIKes Awal Bros Batam menjadi Dosen di Prodi S1 Ilmu Keperawatan hingga sekarang. Pada tahun 2015 kembali melanjutkan studi S2 Magister Keperawatan di Universitas Andalas dengan peminatan Keperawatan Jiwa dan saat ini saya mengampu mata kulia Keperawatan Jiwa, Psikososial Dalam Keperawatan dan Komunikasi Dalam keperawatan.

KONSEP ADAPTASI STRES

NYOMAN SRI ARIANTINI

Pendahuluan

Pada bab ini akan diuraikan tentang beberapa aspek yang berkaitan dengan masalah yang terjadi yang berhubungan dengan konsep adaptasi stres yang timbul yang meliputi : Pengertian stres dan adaptasi stres, Komponen biopsikososial, Penilaian terhadap stresor, Sumber koping, dan Mekanisme dan pola koping.

Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa mampu;

1. Menjelaskan kembali pengertian stres dan adaptasi stres
2. Menjelaskan kembali komponen biopsikososial
3. Menjelaskan kembali penilaian terhadap stresor
4. Menjelaskan kembali sumber koping
5. Menjelaskan kembali mekanisme dan pola koping

Stres dan Adaptasi Stres

1. Pengertian Stres

WHO (2003), menyatakan bahwa stres merupakan respon tubuh terhadap stresor psikososial. Stres juga dapat diartikan dengan kumpulan perubahan fisiologis akibat terkena bahaya atau ancaman. Stres sekarang ini banyak digunakan untuk memperjelas

berbagai stimulus dengan intensitas berlebihan yang tidak disukai berupa respons fisiologis, perilaku, dan subjektif terhadap stres, konteks ini membuat stres sebagai suatu sistem. Stres menjadi masalah umum yang ada dalam kehidupan manusia, karena stres menjadi atribut kehidupan modern dan menjadi bagian hidup yang tak bisa dihindari, baik di lingkungan sekolah, kerja, keluarga maupun dimana saja. Stres dapat menimpa siapapun baik anak-anak, remaja, dewasa atau lansia. Sehingga stres dapat dikatakan dapat menimpa siapapun dan dimanapun. Jika jumlah stres yang menimpa seseorang maka akan berdampak pada keadaan mental maupun fisik individu. Situasi yang memungkinkan menjadi pemicu terjadinya stres antara lain beban kerja, suhu udara, suara bising, cahaya yang terlalu terang, lingkungan kotor, ventilasi udara yang tidak memadai dan masih banyak lagi (Hariharan & Rath, 2008). Sumber stres ini disebut dengan stresor.

2. Jenis-Jenis Stres

Jenita DT Donsu (2017) menyatakan bahwa jenis stres dibagi menjadi dua yaitu :

- a. Stres Akut merupakan reaksi tubuh terhadap ancaman tertentu, tantangan atau ketakutan. Reaksi akan segera dan intensif dan di beberapa keadaan dapat menimbulkan gemeteran.
- b. Stres Kronis : reaksi yang lebih sulit dipisahkan atau diatasi, dan efeknya lebih panjang dan lebih.

Menurut Priyoto (2014) stres dapat dibagi tiga menurut gejalanya yaitu:

- a. Stres Ringan : Jenis stres yang dihadapi setiap orang secara teratur hampir setiap hari, dimana situasi stres ini ringan dan berlangsung beberapa menit atau jam saja, seperti kemacetan lalu lintas, banyak tidur, masalah lain dengan rekan kerja maupun atasan. Ciri-ciri stres ringan yaitu meningkatnya semangat, tajamnya penglihatan, peningkatan energi, letih tanpa sebab, gangguan sistem pencernaan, otak, perasaan tidak dapat santai. Stres ringan diperlukan karena dapat memacu seseorang untuk berfikir dan berusaha lebih tegar dalam menghadapi tantangan hidup.
- b. Stres Sedang : Jenis stres ini dapat berlangsung lebih lama daripada stres ringan, penyebabnya karena menghadapi situasi yang tidak dapat diselesaikan dengan cepat baik dengan rekan kerja, keluarga maupun lingkungan masyarakat. Ciri-ciri stres sedang yaitu sakit perut, otot yang menegang, dan gangguan tidur.
- c. Stres Berat : Jenis stres dengan situasi yang berlangsung lama dapat berlangsung dalam beberapa minggu, bulan maupun tahunan, misalnya kesulitan finansial, perpisahan keluarga, penyakit kronis, psikologi sosial pada usia lanjut. Ciri-ciri stres berat yaitu sulit beraktifitas, gangguan hubungan sosial, sulit tidur, penurunan konsentrasi, kecemasan yang berkepanjangan.

3. Dampak Stres

Stres ringan atau stres level rendah dapat berdampak positif bagi individu, karena dapat memberikan motivasi dan semangat dalam menghadapi tantangan, tetapi stres berat atau level tinggi dapat menyebabkan seseorang mengalami depresi, penurunan respon imun

sampai kanker dan gangguan kardiovaskuler (Jenita DT Donsu, 2017). Ada tiga kategori dampak stres menurut Priyono (2014) yaitu sebagai berikut :

a. Dampak Fisiologis

- 1) Gangguan pada organ tubuh lebih aktif dalam salah satu system tertentu : Muscle lyopathy (otot tertentu mengencang/melemah), Tekanan darah naik (kerusakan jantung dan arteri), sitem pencernaan (maag, disre)
- 2) Gangguan sitem reproduksi : Amenorrhea (gangguan menstruasi), kegagalan ovulasi pada wanita, impotensi dan kurangnya produksi sperma pada pria, kehiangan gairah sex
- 3) Gangguan lainnya, seperti migrain, tegang otot, rasa bosan dll

b. Dampak Psikologis

- 1) Keletihan emosi, jenuh, ini merupakan tanda awal terjadinya burn out
- 2) Pencapaian akan sesuatu menjdi menurun, sehingga berakibat menurunnya rasa kompeten dan rasa sukses.

c. Dampak Perilaku

- 1) Jika stres menjadi distress, maka akan terjadi tingkah laku yang tidak diterima masyarakat.
- 2) Tingkat stres yang cukup tinggi berdampak negatif pada kemampuan mengingat informasi, mengambil keputusan, mengambil langkah yang tepat.

4. Adaptasi Stres

Adaptasi stress merupakan proses penyesuaian diri terhadap beban lingkungan agar individu dapat bertahan hidup disebut dengan adaptasi (Sarafino, 2006), sedangkan menurut Gerungan (2006) menyatakan bahwa adaptasi atau peyesuaian diri adalah mengubah diri sesuai dengan keadaan lingkungan, tetapi juga mengubah lingkungan sesuai dengan keadaan atau keinginan diri. Tujuan Adaptasi; menghadapi tuntutan keadaan secara sadar, menghadapi tuntutan keadaan secara realistik, menghadapi tuntutan keadaan secara obyektif, menghadapi tuntutan keadaan secara rasional. Adapun macam -macam Adaptasi adalah sebagai berikut;

- a. Adaptasi Fisiologis
- b. Adaptasi Psikologis
- c. Adaptasi Perkembangan
- d. Adaptasi Sosial Budaya
- e. Adaptasi Spiritual

Komponen Biopsikososial

Konsep biopsikososial adalah sebuah konsep yang memahami kesehatan manusia baik secara biologis, psikologis dan sosial. Biopsikososial adalah metode interaksi antara biologi, psikologis dan faktor sosial dalam mengobati penyakit dan meningkatkan kesehtan menjadi lebih baik. Konsep ini memandang suatu penyakit selain dari aspek biomeik juga memperhitungkan pengaruh sosial (eksternal) dan faktor psikodinamik (internal) terhadap suatu penyakit. Ini sebuah kolaborasi antara tubuh, pikiran dan lingkungan. Konsep biopsikososial ini memungkinkan suatu pemahaman tentang munculnya sakit yang kemudian dihubungkan dengan faktor lingkungan dan kondisi stres.

Model biopsikososial menawarkan tiga aspek dengan pengertian bahwa progres di salah satu aspek berarti progress di semua aspek. Tiga aspek tersebut adalah :

1. Aspek Biologis yang menekankan pada konsep anatomi, struktural, dan molekular dari penyakit serta efeknya pada fungsi biologis.
2. Aspek Psikologis menekankan yang pada efek faktor psikodinamik, motivasi, dan kepribadian pada pengalaman sakit serta reaksi terhadap penyakit.
3. Aspek Sosial menekankan pada pengaruh kultural, lingkungan, dan keluarga terhadap penyakit.

Konsep biopsikososial pada stres memerlukan dukungan sosial untuk dapat menyeimbangkan kimiawi yang terjadi akibat stres sehingga terjadi interaksi sampai tercapai kesehatan yang diinginkan. Dari konsep tersebut maka kesehatan dan penyakit tertentu terutama stres adalah hal yang dipengaruhi oleh faktor tertentu yang menimbulkan efek.

Penilaian Terhadap Stresor

Seluruh kondisi stimulasi yang berbahaya dan menghasilkan reaksi stres disebut dengan stresor, bisa berasal dari dalam tubuh dan di luar tubuh, dan dapat berupa biologi/fisiologi, kimia, psikologik, sosial dan spiritual, terjadinya stres karena stresor tersebut dirasakan dan dipersepsikan oleh individu sebagai suatu ancaman sehingga menimbulkan kecemasan yang merupakan tanda umum dan awal dari gangguan kesehatan fisik dan psikologis. Beberapa contoh stresor antara lain:

1. Stresor biologi dapat berupa; mikroba, bakteri, virus dan jasad renik lainnya, hewan, tumbuhan dan makhluk hidup lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan, sebagai contoh digigit binatang, demam

karena bakteri/virus, sehingga dapat dipersepsikan dapat mengancam konsep diri individu.

2. Stressor fisik dapat berupa; perubahan iklim, alam, suhu, cuaca, geografi, yang meliputi lokasi tempat tinggal, demografi, termasuk didalamnya jumlah anggota keluarga, nutrisi, radiasi, kebisingan dan lainnya.
3. Stressor kimia, berasal dari dalam tubuh individu sendiri dapat berupa serum darah dan glukosa sedangkan dari dari luar tubuh dapat berupa obat, pengobatan, pemakaian alkohol, nikotin, cafein, polusi udara, gas beracun, pencemaran lingkungan, bahan kosmetika, pengawet makanan, pewarna dll
4. Stressor sosial psikologis, yaitu label dan prasangka, ketidakpuasan terhadap diri sendiri, kekejaman (penganiayaan, perkosaan) konflik peran, percaya diri yang rendah, perubahan ekonomi, emosi yang negatif, dan kehamilan.
5. Stressor spiritual, yaitu adanya persepsi negatif terhadap nilai-nilai keTuhanan.
6. Sumber Koping

Media yang dimiliki setiap seseorang untuk mengatasi stres yang dialami disebut sumber koping. Koping merupakan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan eksternal khusus dihubungkan dengan masalah dan situasi, atau dengan menghadapinya dengan berhasil/sukses. Koping yang efektif menghasilkan adaptasi yang menetap dan merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan koping yang tidak efektif berakhir dengan maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang dan dapat

merugikan diri sendiri maupun orang lain dan lingkungan.

Sumber koping terdiri yaitu faktor internal dan eksternal (Stuart dan Sudden,1995), antara lain:

- a. Faktor Internal : faktor yang berasal dari diri sendiri, seperti komitmen hidup, harga diri, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan berkomunikasi dan berinteraksi.
- b. Faktor Eksternal : faktor yang berasal dari luar diri sendiri, seperti dukungan sosial, dukungan harga diri, pengakuan dari seseorang akan kemampuan yang dimiliki, dukungan emosional.

Mekanisme dan Pola Koping

Mekanisme koping merupakan cara seseorang untuk dapat keluar dari situasi stres maupun trauma, dan membantu seseorang mengelola emosi yang menyakitkan. Dengan mekanisme koping yang dimiliki maka seseorang dapat terbantu untuk menyesuaikan diri atau beradaptasi dengan suatu peristiwa yang menyebabkan stres, sehingga membantu untuk mempertahankan kesejahteraan emosionalnya. Menurut Stuart & Sudden, 1995 mekanisme koping adalah sebagai berikut :

1. Mekanisme koping adaptif, merupakan mekanisme koping yang mengarah kepada adaptasi positif yang mengarah pada penyelesaian masalah dengan mengurangi dampak negatif dari stres maupun trauma yang dirasakan oleh seseorang, seperti contohnya : Mencari dukungan : dapat dilakukan dengan menceritakan permasalahan yang dihadapi kepada seseorang yang dipercaya, sehingga dapat sedikit mengurangi beban akibat stres yang dirasakan. Relaksasi : dengan melakukan kegiatan sehari-hari sehingga stres dapat diminimalisir seperti

kegiatan mendengarkan musik, meditasi, relaksasi otot atau pergi ketempat yang berhubungan dengan alam yang dapat menenangkan pikiran dan meningkatkan mood. Pemecahan masalah : dapat dilakukan dengan mengidentifikasi masalah sehingga akan memudahkan mencari solusi atas permasalahan yang dihadapi, dan pengelolaan stres menjadi maksimal. Olahraga : dengan berolahraga makan tubuh akan menghasilkan hormon endorphin yang dapat bersifat meredakan tekanan dan rasa khawatir yang ditimbulkan oleh stres, sehingga olah raga bermanfaat untuk meredakan stres.

2. Mekanisme koping maladaptif, merupakan mekanisme koping yang buruk dan merupakan perilaku koping yang tidak menyelesaikan masalah dalam jangka waktu yang panjang, dan justru dapat meningkatkan kerusakan datau masalah yang dihadapi. Mekanisme koping yang tidak sehat akan menimbulkan efek yang diinginkan dalam jangka waktu pendek. Secara umum, suatu perilaku dianggap tidak sehat jika menyebabkan kerugian fisik, mental, finansial sampai melanggar hukum. Berikut contoh mekanisme koping maladaptif : Menarik diri : menarik diri dari lingkungan sekitar mejadi pilihan seseorang yang tengah menghadapi situasi stres, tetapi ini dapat berakibat seseorang menjadi anti sosial terhadap lingkungannya. Minum atau minum berlebihan : untuk mengatasi stres seseorang biasanya melakukan hal-hal yang berlebihan seperti misalnya makan makanan secara berlebihan dan minum minuman keras untuk sekedar melepaskan tekanan yang ditimbulkan oleh stres. Hal ini dapat menimbulkan efek terhadap tubuh seperti misalnya kerusakan organ vital, maupun obesitas. Melukai diri sendiri: ini dapat dilakukan jika seseorang tengah menhadapai

situasi stres maupun trauma yang ekstrem, hal ini sangatlah merugikan diri sendiri.

Nasir dan Muhith (2011) mekanisme koping berdasarkan strategi dapat dibagi menjadi dua yaitu :

1. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*) adalah cara yang digunakan untuk mengatasi stres dengan cara mengubah masalah dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya tekanan. Strategi yang dipakai antara lain :
 2. Koping berfokus pada emosi (*Emotion focused coping*) adalah cara untuk mengatasi stres dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh dengan tekanan. Hal ini dapat dilakukan dengan pendekatan perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam koping berfokus pada emosi adalah :

Faktor yang mempengaruhi mekanisme koping individu menurut Siswanto (2007), stresor yang sama dapat menimbulkan respon yang berbeda pada setiap individu sesuai dengan karakteristik yang dimiliki. Beberapa karakteristik yang berbeda antar individu satu dengan lainnya antara lain :

1. Usia : berhubungan dengan toleransi seseorang terhadap stres dan jenis stresor yang paling mengganggu. Usia dewasa biasanya lebih mampu mengontrol stres dibandingkan dengan usia anak-anak maupun usia lanjut.
2. Jenis kelamin : Wanita biasanya cenderung memiliki daya tahan yang lebih baik terhadap stresor dibandingkan pria, terutama wanita di usia produktif

karena berkaitan dengan hormon-hormon yang masih bekerja secara normal.

3. Tingkat pendidikan: Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, toleransi dan kontrol terhadap stresor biasanya akan lebih baik.
4. Tingkat kesehatan : orang dengan kesehatan buruk (sakit) akan lebih mudah menderita stres dibandingkan orang dengan kesehatan yang baik (sehat).
5. Kepribadian : seseorang dengan kepribadian tertutup akan lebih mudah terkena stres daripada orang dengan kepribadian terbuka.
6. Harga diri : seseorang dengan harga diri rendah cenderung membuat efek stres lebih besar dibandingkan dengan orang yang memiliki harga diri yang tinggi.

Rangkuman

Stres adalah reaksi/respon tubuh terhadap stresor psikososial. Stres juga dapat diartikan dengan sekumpulan perubahan fisiologis akibat tubuh terpapar terhadap bahaya atau ancaman. Proses penyesuaian diri terhadap beban lingkungan agar individu dapat bertahan hidup disebut dengan adaptasi. Biopsikososial adalah metode interaksi antara biologi, psikologis dan faktor sosial dalam mengobati penyakit dan meningkatkan kesehatan menjadi lebih baik. Semua kondisi stimulasi yang berbahaya dan menghasilkan reaksi stres disebut dengan stresor, bisa berasal dari dalam tubuh dan di luar tubuh, dan dapat berupa biologi/fisiologi, kimia, psikologik, sosial dan spiritua, terjadinya stres karena stresor tersebut dirasakan dan dipersepsikan oleh individu sebagai suatu ancaman sehingga menimbulkan kecemasan yang merupakan tanda umum dan awal dari

gangguan kesehatan fisik dan psikologis. Koping merupakan perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu, hal ini juga dihubungkan dengan masalah dan situasi, atau dengan menghadapinya dengan berhasil/sukses.

Latihan Soal

1. Sebutkan beberapa hal yang menjadi sumber stres !
2. Jelaskan tentang beberapa mekanisme koping !
3. Jelaskan strategi koping !

Daftar Pustaka

- Donsu, Jenita DT. (2017). Psikologi Keperawatan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Gerungan, W.A. 2006. Psikologi Sosial. Bandung: Eresco
- Nasir, Abdul dan, Abdul, Muhith. 2011. Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika
- Hariharan & Rath. (2008). Coping with life stress. India : SAGE Publications India Pvt Ltd.
- Priyoto (2014). Konsep Manajemen Stress. Yogyakarta : Nuha Medika
- Sarafino, E. P. (2006). Health Psychology : Biopsychosocial Interactions. Fifth Edition. USA: John Wiley & Sons.
- Siswanto. 2007. Pengantar Manajemen. Jakarta: PT. Bumi Aksara
- Stuart GW, Sundeen, 1995, Principles and Practice of Psychiatric Nursing (5 th ed.). St. Louis Mosby Year Book
- Stuart & Sudeen (2013). Buku saku keperawatan jiwa. edisi 5. Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (2003). Global Health observatory Data

Profil Penulis



Nyoman Sri Ariantini, SKM., M.Kes Lahir di Singaraja Bali pada 9 Januari 1984, Menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Universitas Dhyana Pura Bali tahun 2015, dan melanjutkan Pendidikan program Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Udayana Bali dengan mengambil Konsetrasi Kesehatan Ibu dan Anak-Kesehatan Reproduksi lulus tahun 2017. Saat ini penulis menjadi staf dosen Prodi Keperawatan di STIKes Rana Wijaya Singaraja-Bali. Buku ini merupakan buku kolaborasi pertama yang penulis ikuti, semoga dapat bermanfaat, dan mohon saran dan masukan untuk kesempurnaan karya selanjutnya.

KONSEP KEHILANGAN, KEMATIAN, DAN BERDUKA

AHMAD GUNTUR ALFIANTO

Pendahuluan

Konsep Kehilangan, Kematian dan berduka termasuk dalam masalah psikososial. Pada BAB ini kita akan mempelajari terkait masalah psikososial tersebut seperti kehilangan, kematian dan berduka. Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa mampu ;

1. Menjelaskan dan memahami konsep kehilangan
2. Menjelaskan dan memahami konsep berduka
3. Menjelaskan dan memahami teori berduka dan berkabung
4. Mengidentifikasi dan menegakkan diagnosis keperawatan dengan masalah kehilangan, dan berduka

Konsep Kehilangan

Kehilangan dalam bahasa inggris disebut juga dengan *loss* merupakan suatu respon individu berupa keadaan perpisahan atau berpisah dengan suatu hal secara langsung dengan sesuatu hal sebelumnya. Selain itu beberapa ahli dibidang kesehatan jiwa juga mendefinisikan bahwa kehilangan adalah suatu keadaan yang bersifat aktual ataupun potensial yang di alami oleh seseorang atau individu ketika mengalami suatu

perpisahan sebelumnya. Bentuk perpisahan tersebut ada yang sebagian ataupun ada yang keseluruhan, sehingga terjadi perubahan dalam hidup individu tersebut berupa perasaan kehilangan. Permasalahan yang diakibatkan oleh perasaan kehilangan dapat berupa peristiwa seperti kematian, perceraian, kecelakaan, bencana alam atau non alam, perkelahian, pemutusan hubungan kerja (PHK) dan lain sebagainya.

a. Jenis-Jenis dari Kehilangan

Beberapa jenis kehilangan yang dapat kita rasakan hampir setiap hari atau peristiwa yakni sebagai berikut:

a. Kehilangan objek eksternal

Kehilangan objek eksternal ini berupa peristiwa yang muncul dari luar kehidupan individu seperti kecurian, kehancuran akibat bencana alam.

b. Kehilangan lingkungan

Konsep kehilangan lingkungan ini diakibatkan oleh lingkungan disekitar kita seperti seseorang yang berpindah rumah, seseorang yang di rawat di rumah sakit atau perpindahan seseorang untuk dinas keluar kota atau berpindah kerja.

c. Kehilangan seseorang atau benda yang sangat berarti

Jenis kehilangan ini yang sering ataupun terkadang kita rasakan terhadap benda atau seseorang yang kita hargai atau berarti. Kehilangan ini seperti pekerjaan, salah satu anggota atau lebih keluarga, sahabat, kekasih, perhiasan, ataupun benda-benda yang berharga.

d. Kehilangan aspek diri

Jenis kehilangan aspek diri biasanya dalam bentuk hilangnya anggota tubuh ataupun fungsi kesehatan jiwa/psikologis. Kehilangan aspek diri terkadang berdampak ke gangguan citra tubuh pada seseorang. Kehilangan aspek diri ini seperti amputasi, tidak berfungsinya organ tubuh, tidak mampu mengingat dengan baik dan sebagainya.

e. Kehilangan hidup

Jenis kehilangan ini yang sering dirasakan oleh seseorang terhadap anggota keluarga, saudara ataupun sahabat/teman yang mengalami kematian. Sehingga dampak yang terjadi adalah peristiwa kesendirian dan ketidakberdayaan pada individu tersebut.

b. Sifat Kehilangan

Sifat kehilangan menurut beberapa ahli kesehatan jiwa atau psikologis didefinisikan sebagai berikut:

a. Tiba-tiba

Sifat kehilangan ini bersifat secara tiba-tiba dan seseorang atau individu juga tidak berharap terjadi sehingga menyebabkan seseorang mengalami dukacita. Peristiwa kehilangan tersebut seperti kematian, bunuh diri, pembunuhan, atau kelalaian.

b. Berangsur-angsur

Kehilangan ini bersifat dapat di perediksi sebelumnya oleh seseorang ataupun individu. Sifat kehilangan ini seperti penyakit kronis yang berkepanjangan, sehingga mengalami seseorang menjadi keletihan atau masalah emosional.

c. Tipe Kehilangan

Berikut adalah tipe-tipe kehilangan. Antara lain:

a. *Actual loss*

Tipe kehilangan ini bersifat langsung di ketahui dan dapat diidentifikasi oleh orang lain. Seperti kehilangan anggota tubuh, uang, pekerjaan hingga orang yang di sayangi seperti keluarga, sahabat.

b. *Preceived loss*

Tipe kehilangan ini lebih dapat di rasakan oleh individu sendiri dari pada di lihat atau di rasakan oleh orang lain. Seperti kehilangan masa anak-anak,

c. *Anticipatory loss*

Tipe kehilangan ini dirasakan oleh individu atau seseorang berupa perasaan kehilangan yang mampu di kendalikan atau di antisipasi saat keadaan berduka atau kehilangan berlangsung. Kondisi ini sering terjadi pada seseorang yang memiliki anggota keluarga yang menderita penyakit terminal seperti di ICU atau koma.

d. Kategorikan Kehilangan

Respon atau keadaan seseorang yang mengalami kehilangan dapat di kategorikan menjadi 5. Kategori tersebut antara laian:

a. Kehilangan objek eksternal

Kehilangan objek eksternal ini lebih umum mengarah ke hilangnya benda eksternal yang dimiliki oleh seseorang seperti berpindah, berubah kepemilikan, dicuri ataupun rusak. Respon setiap orang terhadap benda atau objek

yang hilang terganrung terhadap nilai yang di miliki seseorang tersebut.

b. Kehilangan lingkungan yang telah dikenal

Kategori kehilangan ini lebih mengarah ke sebuah perpisahan seseorang dengan keluarga, sahabat, teman atau orang yang di sayangi. Bentuk kehilangan ini seperti kehilangan seseorang yang pindah bekerja, ibu yang kehilangan anaknya yang bekerja di luar kot/negeri atau seorang keluarga yang memiliki anggota keluarga yang sakit dan harus dirawat intensif di rumah sakit.

c. Kehilangan orang dekat

Kehialngan ini lebih kearah orang yang di sayangi dan di cintai seperti orangtua, pasangan, teman, anak-anak. Kehialngan ini bisa diakibatkan perpisahan atau kematian.

d. Kehilangan aspek diri

Bentuk kategori kehilangan ini berupa aspek diri yang dimiliki oleh seseorang baik itu secara fungsi, organ, ataupun psikologis. Hal tersebut dapat mengakibatkan seseorang menjadi ganggun konsep diri.

e. Kehilangan diri

Kategori ini lebih bersifat ke seseorang yang mengalami perasaan dalam menghadapi masalah kematian seperti detik-detik kematian atau seseorang akan meninggal.

e. Tahapan Proses Kehilangan

Tahapan dalam kehilangan seseorang mencakup 5 tahapan yaitu:



Gambar 1. Fase-Fase Proses Kehilangan

a. Fase *Denial*/Pengingkaran

Pada fase ini merupakan fase awal seseorang mengalami kehilangan. Reaksi yang di timbulkan dari fase awal ini adalah merasa kaget, tidak menerima kenyataan.

Pada fase ini seseorang juga akan bersepon dengan ungkapan secara verbal pada fase ini seseorang atau individu akan lebih mengungkapkan berupa ucapan seperti “saya tidak percaya” atau “semua ini tidak mungkin terjadi”.

Respon fisiologis berupa letih, lemah pucat, mual, diare, ganggun irama jantung, detak jantung cepat, menangis dan gelisah.

b. Fase *anger*/marah

Ini adalah fase kedua diaman seseorang yang mengalami kehilangan akan muncul perasaan marah. Selain itu pada respon ini akan mulai perasaan menyadari suatu kenyataan yang terjadi.

Respon fisiologis juga akan muncul pada fase kedua ini berupa muka merah, nadi cepat, gelisah, berkeringat, hingga agresif.

c. Fase bergening/tawar-menawar

Fase ke tiga ini akan muncul perasaan seseorang secara verbal dengan mengucapkan seperti “kenapa ini harus terjadi”, “seandainya jika tadi tidak hadir”.

d. Fase Deprasi

Fase ke empat ini lebih menunjukkan seseorang menarik diri, tidak mau berbicara atau putusasa. Pada fase ini seseorang juga akan menunjukkan gejala menolak makan, mengeluh, hingga penurunan libido.

e. Fase *Accptance*/Penerimaan

Fase terakhir ini lebih mengarah seseorang akan mengurangi pikiran terhadap objek kehilangannya. Seseorang dengan fase ini akan lebih cenderung dengan mengungkapkan respon verbal seperti “ini semuanya adalah cobaan”, “semua akan kembali kepada Nya”.

Konsep Berduka

Berduka atau dalam kata lain *Grief* adalah respon seseorang atau individu berupa perasaan emosional dari proses kehilangan. Pristiwa berduka tersebut juga bersamaan dengan proses kehilangan. Manifestasi dari proses berduka ini muncul seperti perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, nadi cepat, berkeringat, susah tidur dan lain sebagainya. Menurut NANDA berduka merupakan respon yang normal pada seseorang. Berikut adalah jenis-jenis berduka menurut beberapa ahli kesehatan jiwa:

1. Berduka normal

Jenis berduka ini muncul kepada perasaan, perilaku, dan reaksi yang normal terhadap kehilangan. Contoh dari berduka normal adalah kesedihan, kemarahan, menangi, kesepian, dan menarik diri.

2. Berduka antisipasif

Peristiwa berduka ini lebih mengarah ke proses melepaskan diri dan muncul sebelum terjadi peristiwa

kehilangan atau kematian. Contoh dari berduka antisipasif adalah seseorang terdiagnosis penyakit terminal/kronis, seseorang akan mengalami sidang perceraian.

3. Berduka yang rumit

Pada peristiwa ini seseorang cenderung sulit untuk maju ke fase berikutnya dimana fase normal. Pada fase ini terlihat peristiwa berduka yang tiada akhir dan dapat mempengaruhi hubungan dengan orang lain.

4. Berduka tertutup

Peristiwa ini lebih kearah seseorang mengalami berduka akibat kehilangan yang tidak dapat diakui secara terbuka. Kondisi tersebut seperti seseorang yang meninggal akibat penyakit HIV/AIDS, ibu yang kehilangan kematian anak kandungnya.

Patologi Dari Kehilangan

Kehilangan bukan suatu penyakit melainkan suatu respon yang diakibatkan dari proses kehilangan. Namun efek dari berduka akan mengakibatkan suatu penyakit tertentu. Jika berduka terjadi secara terus menerus dan masa berkabung tidak selesai maka dapat menimbulkan masalah yang lebih luas dan kompleks terutama kepada kesehatan seseorang.

Berikut adalah jenis patologi berduka menurut beberapa ahli:

1. *Delayed grief*

Respon berduka ini lebih kearah berduka dengan periode penundaan yang bervariasi antara minggu, bulan hingga tahun. Berduka ini muncul lebih dari dua minggu setelah kematian.

2. *Absent grief*

Respon ini tidak ditemukannya perasaan berduka secara umum, pengingkaran, ekepersi, perasaan kehilangan, tanda fisik dan sekan-akan tidak terjadi apapun.

3. *Chronic grief*

Respon ini bersifat berkepanjangan dan tidak ada akhirnya. Respon penyerta biasanya muncul rasa bersalah, depresi, manrik diri, dan lain sebagainya. Hal ini disebabkan seseorang yang sangat mencintai pasanganya atau keluarganya secara berlebih.

4. *Inhibited grief*

Respon ini cenderung seseorang tidak mampu mengespresikan seperti berbicara, menyadari, ekspresi kehilangan yang dialami. Respon ini kelanjutan dari absent grief yang muncul seperti kemarahan, atau rasa salah. Jika permasalahan ini tidak di cegah maka akan timbul conflicated grief atau clinging grief.

5. *Unresolved grief*

Berduka ini lebih kearah beberapa bentuk seperti keluhan psikologis dan fisik. Pada respon ini seseorang juga tidak mampu atau kesulitan bertoleransi dengan hal-hal yang menyakiti dan tidak ada kekuatan untuk melawan dan melalui periode tersebut dalam menghadai berduka yang dialami.

Teori Berduka dan Berkabung

Proses berduka dan berakbung adalah proses dimana seseorang mengalami respon secara psikologis, fisiologis, sosial dan fisik terhadap kehilangan. Respon ini terlihat seperti putusasa, kesepian, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa bersalah.

Beberapa teori tentang berduka dan berkabung. Antara lain teori Engels, Teori Kubal Ross, Teori Marticchio, Teori Rando, Teori John Harvy, Teori Bowlby, Teori Rodebaugh.

1. Teori Engels

Teori berduka ini menjelaskan bahwa berduka terbagi menjadi 5 fase pada seseorang yang mengalami berduka.

a. Fase I

Pada fase ini disebut fase tidak percaya. Seseorang dengan keadaan berduka menolak dengan kenyataan yang di alami. Respon yang muncul adalah manrik diri, duduk masal, pergu pergi tanpa tujuan. Reaksi secara fisik akan muncul seperti pingsang, mual, diare, detak jantung meingkatkan, tidak dapat tidur.

b. Fase II

Fase ini muncul kesadaran pada diri seseorang yang mengalami berduka. Fase ini juga seseorang akan merasakan kehilangan secara nyata/akut dan mengalami putus asa. Kemarahan, perasaan bersalah, frustasi.

c. Fase III

Fase ini akan muncul perasaan damai dan sepakat dengan perasaan yang kosong.

d. Fase IV

Fase ini muncul perasaan negatif dan bermusuhan terhadap almarhum. Bisa merasa bersalah dan menyesal.

e. Fase V

Kehilangan yang tidak dapat dihindari. Sehingga seseorang dengan fase ini akan menerima kondisinya.

2. Teori Kubler Ros

Teori ini menyatakan bahwa berduka beroreintasi pada perilaku dan menyangkut 5 tahapan.

a. Penyangkalan

Seseorang akan menyangkal dengan keadanya dan menolaknya.

b. Kemarahan (*anger*)

Pada fase ini seseorang akan lebih sensitif dan mudah tersinggung dan marah saat peristiwa berduka.

c. Penawaran (*Bargening*)

Individu mulai membuat perjanjian dnegan cara halus untuk mencegah kehilangan. Sehingga orang yang merasa berduka akan mencari pendapat orang lain.

d. Depresi

Pada tahap ini seseorang dengan berduka akan mulai nampak makna dari berdukanya. Sehingga seseorang dengan tahap ini sudah mulai mampu melewati kehilanganya dan memecahkan masalah.

e. Penerimaan

Pada tahapan ini lebih melihat sikap penerimaan ada bila seseorang mampu menghadapi kenyataaanya.

3. Teori Martocchio

Pada teori ini lebih kearah seseorang berduka mengalami durasi kesedihan yang bervariasi dan bergantung pada faktor yang mempengaruhi respon kesedihan itu sendiri. Respon ini akan reda dalam waktu 6-12 bulan dan dapat berlanjut hingga 305 tahun.

4. Teori Rando

Teori berduka ini mendefinisikan respon berduka menjadi 3:

- a. Penghindaran: pada tahap ini lebih ke syok, menyangkal dan tidak percaya
- b. Konfrontasi: pada tahap ini terjadi masalah emosi yang berlebihan
- c. Akomodasi: pada tahap ini terjadi secara bertahap penurunan kedudukan akut dan mulai memasuki kembali secara emosional dan sosial dunia sehari-hari.

5. Teori Jhon Harvey

Pada teori ini menetapkan kepada 3 tahapan berduka yaitu syok, instuksi pikiran dan lebih menceritakan kepada orang lain.

6. Teori Bowlby

Proses berduka pada teori ini memiliki 4 fase yaitu:

- a. Mati rasa
- b. Kerinduan emosional
- c. Kekacauan kognitif
- d. Reorganisasi dan reintegrasi kesadaran diri.

7. Teori Rodebaugh

Proses berduka atau berkabung dalam teori ini melalui 4 tahapan

a. *Reeling*

Seseorang mengalami syok, tidak percaya dan menyangkal

b. *Feeling*

Seseorang merasakan penderitaan yang sangat berat, rasa bersalah, kesedihan yang mendalam, kemarahan, kurang konsentrasi, dan gangguan tidur.

c. *Dealing*

Seseorang mulai beradaptasi terhadap perasaan berduka dengan melibatkan diri dalam kegiatan kelompok.

d. *Healing*

Mengintegrasikan kehilangan sebagai kehidupan dan penderitaan yang akut berkurang. Dan seseorang tersebut sudah mampu menerimanya.

Diagnosis Keperawatan

Proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, perumusan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Namun dalam topik ini akan dibahas terkait diagnosis keperawatan yang muncul dalam masalah psikososial khususnya kehilangan dan berduka.

Sebelum membahas tentang diagnosis keperawatan. Seorang perawat harus mampu menganalisis tanda seseorang dengan kehilangan dan berduka.

Analisis tanda gejala seseorang dengan kehilangan dan berduka dapat dilakukan dengan hasil pengakjian. Hasil pengkajian yang dapat di temukan dari masalah kehilangan dan berduka memiliki tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Tanda Gejala Mayor
 - a. Tanda subjektif
 - 1) Menyalahkan
 - 2) Tidak menerima kehilangan
 - 3) Perasaan bersalah
 - 4) Merasa sedih
 - 5) Merasa tidak ada harapan
 - b. Tanda objektif
 - 1) Marah
 - 2) Menangis
 - 3) Pola tidur berubah
 - 4) Konsentrasi menurun
 - 5) Memisahkan diri
2. Tanda Gejala Minor
 - a. Tanda subjektif
 - 1) Mimpi buruk
 - 2) Merasa tidak berguna
 - 3) Merasakan pola mimpi
 - b. Tanda objektif
 - 1) Memelihara hubungan dengan yang hilang
 - 2) Fungsi imunitas terganggu (mudah sakit)

- 3) etelah memahami pengakjian langkah selanjutnya adalah merumuskan diagnonsis keperawatan. Pada kasus psikososal khususnya kehilangan dan berduka dengan mengembangkan berfikir kritis.
3. Langkah-langkah dalam menentukan diagnosis keperawatan jiwa sebagai berikut:
- Menyimpulkan *core problem* atau masalah utama yang menjadikan prioritas masalah darai masalah klien.
 - Menghubungkan *core problem* tersebut sesuai dengan masalah lain dan sesuai dengan daftar masalah.
 - Menegakkan diagnosis keperawatan jiwa berdasarkan prioritas
 - Memysun diagnosis berdasarkan perioritas diagnosis dnegan *Core problem* sebagai etiologinya.

Contoh analisis data pengkajian keperawatan jiwa

Tabel 1. Analisis Data dan Masalah Keperawatan

No.	Data	Masalah
1.	<p>Subjektif: Klien mengatakan jika saat ini tidak dapat melupakan kehilangan orang yang di sayangi yang meninggal akibat kecelakaan.</p> <p>Objektif: Klien terlihat terus menangis saat bercerita Klien terlihat kadang marah jika bercerita tentang suaminya Saat ini Tekanan darahnya 130/90 mmHg, Nadi 90 kali/menit dan pernafasan 20 kali/menit</p>	Kehilangan

Dari analisis tersebut dapatlah merumuskan daftar masalah keperawatan jiwa sesuai dengan pengkajian. Langkah tersebut menggunakan pohon masalah.



Gambar 2. Pohon Masalah Kehilangan

Dari masalah keperawatan tersebut dilanjutkan ke dalam proses keperawatan yaitu asuhan keperawatan dengan tujuan

- a. Kognitif: klien diharapkan mampu
 - 1) Memahami proses kehilangan yang di alami
 - 2) Mengetahui cara mengatasi kehilangan secara bertahap
- b. Psikomotirik: klien mampu
 - 1) Menyadari respon kehidupan
 - 2) Menyebutkan fakta-fakta kehidupan
 - 3) Melakukan manajemen rasa marah
 - 4) Melatih diri menerima realita
 - 5) Melatih aspek positif
 - 6) Melatih rencana baru
- c. Afektif: klien mampu
 - 1) Merasakan manfaat latihan
 - 2) Merasa mampu beradaptasi dengan keadaan

3) Merasakan lebih optimis

Rangkuman

1. Kehilangan merupakan perasaan aktual maupun potensial yang dialami seseorang akibat perpisahan dengan sesuatu sebelumnya dan menjadikan respon secara fisik, psikologis dan sosial.
2. Berduka dan berkabung adalah reaksi emosi yang dimiliki seseorang akibat kehilangan. Respon tersebut diakibatkan beberapa kejadian seperti masalah internal dan eksternal.
3. Teori berduka dan berkabung menurut beberapa ahli menjadikan fase berduka menjadi fase I, fase II, fase III, dan fase IV. Pada fase-fase tersebut memiliki tanda dan gejala yang hampir mirip yang dimiliki oleh seseorang dengan berduka dan berkabung
4. Diagnosis keperawatan yang muncul pada masalah psikososial kehilangan dan berduka adalah kehilangan dan berdukacita. Hal tersebut dapat dilakukan analisis diagnosis keperawatan berdasarkan *Causa/penyebab*, masalah dan efek

Latihan Soal

1. Jelaskan definisi kehilangan?
2. Jelaskan definisi berduka?
3. Jelaskan berduka menurut Rodebaugh?
4. Sebutkan tanda gejala kehilangan?
5. Bagaimanakah langkah menentukan diagnosis keperawatan jiwa dengan kasus kehilangan?

Daftar Pustaka

- Damaiyanti, Mukhripan, dan Iskandar. (2012). *Asuhan keperawatan jiwa*. PT. Refika Aditama.
- Jackie Crisp, J. et all. (2020). *Potter & Perry's Fundamentals of Nursing*. Elsevier.
- Keliat, B. A. dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. EGC.
- NANDA. (2018). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020 Ed. 11*. EGC.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing (10th ed)* (10 th). Elsevier Mosby.
- Yosep Iyus, Sutini Titin. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa Dan Advance Mental Health Nursing*. Refika Aditama.
- Yusuf. AH. (2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistic Dalam Asuhan Keperawatan*. Mitra Wacana Media.

Profil Penulis



Ahmad Guntur Alfianto, S. Kep, Ners, M. Kep lahir di Malang, 15 Mei 1989. Pendidikan sarjanah keperawatan dan profesi Ners di selesaikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember tahun 2014. Sedangkan untuk program Magister keperawatan di tempuh di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya tahun 2018.

Saat ini adalah dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Widyagama Husada Malang.

Pengalaman riset di mulai sejak tahun 2018 hingga saat ini. Hasil karya terpublikasikan baik di jurnal nasional ataupun internasional pernah di lakukan. Saat ini juga penulis aktif dalam pengembangan riset di bidang keparawatan kesehatan jiwa remaja dan usia sekolah. Selain itu dari hasil riset yang dikembangkan saat ini sudah berkembang program School Mental Health in Rural (SMAIL) sejak tahun 2019.

PENGANTAR TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN

NURHAFIZAH NASUTION

Pendahuluan

Perilaku pasien sebagian dipengaruhi oleh latar belakang budayanya. Namun, meskipun atribut dan sikap tertentu dikaitkan dengan kelompok budaya tertentu namun, tidak semua orang dari latar belakang budaya yang sama memiliki perilaku dan pandangan yang sama. Saat merawat pasien dari budaya yang berbeda dari budaya Anda sendiri, Anda perlu menyadari dan menghormati preferensi dan keyakinan budayanya. Jika tidak, dia mungkin menganggap Anda tidak peka dan acuh tak acuh, bahkan mungkin tidak kompeten. Tetapi berhati-hatilah dengan asumsi bahwa semua anggota dari satu budaya bertindak dan berperilaku dengan cara yang sama. Dengan kata lain, jangan membuat stereotip terhadap orang lain. Cara terbaik untuk menghindari stereotip adalah dengan melihat setiap pasien sebagai individu dan untuk mengetahui preferensi budayanya.

Pada bab ini, kita akan belajar terkait pentingnya keperawatan transcultural dalam pemberian asuhan keperawatan dan mempelajari teori-teori dasar yang berkaitan dengan keperawatan transcultural. Setelah mempelajari bab ini, diharapkan mahasiswa mampu;

1. Menjelaskan kembali pentingnya keperawatan transkultural
2. Menjelaskan pengertian keperawatan transkultural
3. Mengetahui teori-teori dasar keperawatan transkultural

Sejarah Keperawatan Transkultural

Orang cenderung menganggap ruang di sekitar mereka sebagai perpanjangan dari diri mereka sendiri. Jumlah ruang yang mereka sukai antara diri mereka sendiri dan orang lain untuk merasa nyaman adalah fenomena yang ditentukan secara budaya. Kebanyakan orang tidak menyadari kebutuhan ruang pribadi mereka itu hanya perasaan tentang apa yang nyaman bagi mereka dan Anda mungkin tidak menyadari apa yang diharapkan orang dari budaya lain. Misalnya, seorang pasien mungkin menganggap Anda duduk di dekatnya sebagai ekspresi kehangatan dan perhatian; orang lain mungkin merasa bahwa Anda menyerang ruang pribadinya. Penelitian mengungkapkan bahwa orang-orang dari Amerika Serikat, Kanada, dan Inggris Raya membutuhkan ruang paling pribadi antara mereka dan orang lain. Mereka yang berasal dari Amerika Latin, Jepang, dan Timur Tengah membutuhkan ruang paling sedikit dan merasa nyaman berdiri dekat dengan orang lain. Ingatlah tren umum ini jika pasien cenderung memosisikan dirinya sangat dekat atau jauh dari Anda dan peka terhadap preferensinya saat memberikan Asuhan Keperawatan. Konsep keperawatan transkultural dikembangkan oleh Leininger pada pertengahan 1950-an. "Keperawatan transkultural" telah menjadi ungkapan yang diterima, konsep formal, dan bidang studi yang meluas melintasi garis budaya dalam pencarian dari "esensi keperawatan (Giger JN, Davidhizar RE, 2004).

Peningkatan migrasi atau mobilisasi orang antar negara telah terjadi dan isu gender terus menambahkan lapisan kompleks ke pandangan dunia seseorang (Galanti GA, 2004). Seperti dikutip oleh Andrews dan Boyle (2003), banyak penulis telah mengidentifikasi keperawatan transkultural sebagai perpaduan antara antropologi dan keperawatan baik teori maupun praktik. Antropologi mengacu pada studi tentang manusia: asal-usul manusia, perilaku, kebiasaan, hubungan sosial, dan perkembangan dari waktu ke waktu. Penggunaan prinsip keperawatan transkultural adalah menyediakan tempat untuk memeriksa banyak aspek dari pemberian perawatan. Faktor budaya tidak secara formal diintegrasikan ke dalam kurikulum keperawatan sampai tahun 1960-an dan 1970-an. Keperawatan dan Antropologi: Dua Dunia untuk Dibaurkan (1970), di mana Leininger mendesak dua profesi untuk berbagi ilmu dan pengalaman. Leininger, merupakan perawat lulusan pertama untuk memegang gelar PhD dalam budaya dan antropologi sosial, dan melanjutkan kariernya dengan *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Praktek* (1978). Publikasi ini secara luas dianggap karya definitif pertama tentang praktik keperawatan transcultural (Welch AZ, Alexander JE, Beagle CJ, et al, 1998)

Jika kita ingin tahu sejarah perkembangan keperawatan transkultural yang lebih mendalam maka kita perlu mengetahui dasar dasarnya. Dasar-dasar keperawatan transkultural diletakkan pada pertengahan 1950-an. Dalam keperawatan, Peplau pertama kali menyebutkan pada tahun 1950 bahwa budaya merupakan variabel penting yang mempengaruhi kesehatan mental. Minat yang berkembang dalam model keperawatan transkultural Leininger telah dimulai dengan perubahan populasi dan migrasi. Leininger mencoba mempromosikan gerakan keperawatan transkultural. Lebih banyak perhatian diberikan pada perawatan individu dari budaya

yang berbeda di tahun 1960-an. Sejak tahun 1960-an, perawat telah melakukan penelitian yang bertujuan untuk memberikan perawatan budaya khususnya kepada orang-orang dari semua komunitas/budaya. Pada tahun 1962, King menyatakan bahwa perilaku psikopatologis berbeda dari budaya ke budaya. Pada tahun 1969, International Council of Nursing (ICN) mulai menggunakan konten budaya dalam keperawatan. Transcultural Nursing Society (TCNS) didirikan pada tahun 1974 untuk melatih perawat di bidang ini.

Organisasi ini bertujuan untuk membekali perawat dan profesional perawatan kesehatan lainnya dengan pengetahuan dasar yang diperlukan untuk mengembangkan keterampilan budaya dalam praktik, pendidikan, penelitian, dan manajemen yang peka terhadap budaya (Hotun & Onat, 2009). Sejak 1989, "Journal of Transcultural Nursing" telah diterbitkan, bertujuan untuk melatih perawat tentang perawatan transkultural dan meningkatkan praktik mereka. Studi berbasis bukti telah dilakukan di bidang ini. Saat ini, ada sekitar 25 buku dan lebih dari 800 artikel yang mencakup penelitian, teori, dan aplikasi yang berkaitan dengan keperawatan transkultural (Hotun & Onat, 2009).

Sekarang globalisasi tidak bisa dihindari, studi tentang praktik perawatan transkultural akan memperluas cakrawala perawat di seluruh dunia. Selain Leininger, model perintis keperawatan transkultural, banyak perawat bekerja di bidang perawatan budaya termasuk Boyle, Campinha-Bacote, Yahle Langenkamp, Giger dan Davidhizar, Juntunen, Leuning, Swiggum et al., Purnell, Ryan, Carlton dan Ali. Di antaranya, ada peneliti yang berpendapat bahwa model dan teori dua modelis (Giger dan Davidhizar dan Purnell) yang melakukan segudang studi tentang perawatan budaya sangat sederhana, dapat

dipahami dan cocok untuk digunakan di berbagai bidang dan budaya (Tortumoglu,2004).

Pentingnya Keperawatan Transkultural

Keperawatan transkultural memiliki peran penting dalam pendekatan holistic. Akantetapi, masih ada pandangan yang berlawanan terkait pentingnya asuhan keperawatan yang peka budaya. Dalam kasus peluncuran rencana nasional dalam perawatan yang peka budaya, telah dinyatakan bahwa stigma negatif dapat muncul, dan perhatian khusus dapat diberikan kepada individu budaya tertentu dalam proses perawatan. Mengingat kehadiran sekitar 3000 budaya di seluruh dunia, tidak mungkin bagi para profesional kesehatan untuk memiliki pengetahuan tentang semua budaya. Ini juga membutuhkan spesialisasi tenaga kesehatan untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan spesifik secara budaya. Masih ada krisis budaya dalam pelayanan kesehatan. Perawatan antar budaya individual adalah tanggung jawab perawat sebagai manusia dan profesional. Namun, perlu dicatat bahwa perawat mungkin etnosentris dengan pengetahuan budaya, pemahaman, kesadaran, pendidikan, kompetensi budaya dan kurangnya iman (Bayik, TA 2008).

Klasifikasi budaya dapat dihasilkan dari upaya luar biasa dalam kepekaan budaya sekitar, sehingga mengarah pada perilaku stereotip dalam budaya, ras, dan agama tertentu. Kritik lain adalah bahwa memberikan perhatian khusus kepada pasien dari budaya tertentu, dan berfokus pada sisi itu dapat menyebabkan keterbatasan dalam perawatan. Ditekankan bahwa pasien mungkin merasa "istimewa", "membutuhkan perlindungan" atau "dilindungi". Selain itu, telah ditunjukkan bahwa kekhawatiran tentang perawatan transkultural di bidang kesehatan hanya akan mengarah pada pembentukan spesialisasi dalam perawatan transkultural yang dapat

meningkatkan tanggung jawab perawat, yang pada suatu waktu dapat membebani perawat itu sendiri (Hotun, Onat, & Avci, 2009). Masih adanya pandangan buruk terkait masadepan keperawatan transkultural tidak membuat perawat enggan untuk belajar budaya. Hal ini disadari bahwa kompetensi budaya merupakan hal penting bagi diri perawat untuk dapat menawarkan perawatan holistik yang tepat untuk pasien dari budaya yang berbeda dan untuk mengetahui bagaimana pendekatan transkultural dipraktikkan, karena memberikan panduan tentang bagaimana berperilaku dalam masalah keperawatan yang akan ditanganinya.

Keperawatan transkultural peka terhadap kebutuhan keluarga, kelompok dan individu yang merupakan perwakilan kelompok dengan budaya yang berbeda dalam suatu komunitas atau masyarakat. Pendekatan peka budaya ini memberikan dukungan bagi individu dalam mencapai kesejahteraan dan kebahagiaan selama menjalani perawatan. Praktik keperawatan yang peka budaya melibatkan identifikasi kebutuhan budaya, pemahaman tentang hubungan budaya antara keluarga dan individu untuk memberikan perawatan tanpa mempengaruhi sistem kepercayaan budaya keluarga, dan penggunaan strategi emosional bagi pemberi perawatan dan pasien untuk mencapai tujuan pemberian asuhan keperawatan (Hotun, Onat, & Avci, 2009).

Perawat perlu mengenali individu dalam pola budaya mereka sendiri, memeriksa mereka dalam budaya mereka sendiri, dan mempertimbangkannya dalam pendekatan keperawatan (Duffy, 2001). Hal ini dilakukan supaya tidak ada intervensi yang perawat berikan bertolak belakang dengan budaya pasien. Keperawatan merupakan profesi yang terus berkembang yang dapat beradaptasi dengan situasi yang berubah. Perubahan aturan sosial dan harapan, munculnya perawatan medis baru, dan

perbaikan dalam sistem teknis telah membantu membentuk praktik keperawatan kontemporer (Iz & bayik, 2009; Flowers, 2004, Bacote, 2002). Keperawatan telah dipengaruhi secara signifikan oleh fakta bahwa peningkatan jumlah masyarakat di seluruh dunia telah menjadi perawatan khusus multikultural dan budaya telah diakui (Iz & bayik, 2009).

Memberikan perawatan yang memadai secara budaya adalah kewajiban yang dipaksakan oleh peningkatan keragaman budaya dan pengungkapan identitas, pemahaman tentang perawatan di rumah dan ketidaksetaraan dalam perawatan kesehatan. Kompetensi budaya adalah proses yang dinamis, bervariasi dan berkesinambungan. Meskipun kompetensi budaya merupakan komponen dasar dari praktik keperawatan, konsep ini belum dijelaskan atau dianalisis dengan jelas tetapi didefinisikan dalam banyak cara. Kadang-kadang, berbagai istilah seperti "keperawatan transkultural", "perawatan yang sesuai secara budaya" atau "perawatan yang peka budaya" digunakan sebagai pengganti istilah kompetensi budaya (Euyoung,2004). Kompetensi budaya adalah penerapan pengetahuan, keterampilan, sikap, dan tata krama pribadi yang diantisipasi dari perawat untuk memberikan pelayanan dan asuhan yang sesuai dengan karakteristik budaya pasien.

Dalam studi Murphy dan Macleod-Clark tentang pandangan etnosentris, dinyatakan oleh perawat bahwa pasien dari kelompok minoritas umumnya dianggap sebagai masalah dan pasien ini dianggap tidak sesuai untuk rutinitas sehari-hari, dan ada kurangnya perawatan holistik di antara perawat yang bekerja untuk mengembangkan hubungan terapeutik dengan kelompok minoritas. Bond, Kadron-Edgren dan Jones melakukan penelitian mengevaluasi pengetahuan dan sikap mahasiswa keperawatan dan perawat profesional

mengenai pasien dari budaya yang berbeda. Studi ini menunjukkan bahwa program keperawatan sarjana dan pasca sarjana sebagian terbatas dalam hal pengetahuan dan keterampilan tentang kelompok budaya khusus. Spence, dalam studinya tentang pengalaman perawat dalam merawat orang-orang dari budaya lain di Selandia Baru menemukan bahwa mereka mengalami ketegangan dan kecemasan ketika mereka menghadapi kasus yang aneh. Konflik budaya telah ditunjukkan sebagai output dari fokus etnosentris, yang mengakibatkan kurangnya kompetensi budaya, kesalahpahaman, kurangnya kepercayaan diri, komunikasi dan hambatan untuk membangun hubungan yang positif. Perawat yang mengalami konflik budaya harus terlebih dahulu mengenali perilaku budaya bawah sadarnya untuk memahami alasan konflik budaya tersebut (Tormoglu, Okanli, & Ozer, 2004). Dalam konflik budaya, perawat dapat merespon secara negatif dari perspektif budaya dengan cara berikut:

1. Etnosentrisme: Ini mengacu pada interpretasi individu terhadap budaya lain dalam hal budaya mereka sendiri berdasarkan warisan budaya mereka sendiri.
2. Stereotip: Penerimaan karakteristik yang sama dari individu atau anggota kelompok tanpa mempertimbangkan perbedaan individu.
3. Buta budaya: Gejala tidak memperhatikan ekspresi keragaman budaya.
4. Pemaksaan budaya: Situasi muncul pada saat perawat mengharapkan pasien untuk mematuhi norma budayanya atau norma institusi kesehatan. Perawat mungkin berpikir, "Anda harus mengikuti aturan rumah sakit saya dan mematuhi prosedur kami di sini."

5. Konflik budaya: Ketika seorang perawat, pasien dan keluarga memiliki nilai yang berbeda, menunjukkan perilaku yang berbeda, konflik dapat muncul dalam kasus perbedaan keyakinan dan tradisi. Namun sikap profesional yang diharapkan dari perawat adalah relativisme budaya. Relativisme budaya berarti mengakui dan memahami budaya individu dalam strukturnya sendiri, tanpa mengacu pada norma dan penilaian lain. Perawat yang mendekati pasien relativisme budaya memiliki pandangan yang jelas tentang karakteristik budaya, keragaman keyakinan dan praktik di lingkungan yang berbeda yang dihasilkan dari kebutuhan sosial yang berbeda (Bayik, 2008).

Rangkuman

Dengan perkembangan zaman dan tingginya mobilisasi maka telah menggeser proses asuhan keperawatan yang harus peka terhadap budaya. Perawat berperan memberikan asuhan keperawatan secara holistic dan peka budaya untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga pasien. Proses keperawatan transkultural merupakan salah satu dasar teori untuk memenuhi asuhan keperawatan yang sesuai latarbelakang budaya pasien. Proses ini diaplikasikan untuk mengurangi konflik perbedaan budaya antar perawat dan pasien.

Latihan Soal

1. Jelaskan apa pentingnya belajar keperawatan transcultural!
2. Jelaskan pengertian keperawatan transkultural!
3. Sebutkan dan jelaskan teori-teori dasar keperawatan transcultural!

Daftar Pustaka

- Andrews MM, Boyle JS (2003). *Transcultural Concepts in Nursing Care.*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Bacote CJ. (2002). The Process of Cultural Competence in The Delivery of Helath-Care Service: A model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*
- Bayik Ta. (2008). Intercultural (Multicultural) Nursing Education. *Ataturk University Nursing School Journal.*
- Euyoun Es. (2004). The Model Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*
- Flowers DI (2004). *Culturally Competent Nursing Care. Critical Care Nurse*
- Galanti GA (2004). *Caring for Patients From Different Cultures.* 3rd ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Giger JN, Davidhizar RE (2004). *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention.* 4th ed. St Louis: Mosby
- Hotun Sahin N, Onat Bayrm G, Avci D. (2009). Responsive approach to Cultures: Transcultural Nursing. *Journal Of Nursing Education and Research*
- Iz B, bayik Temel A (2009). *Culturaal Competence in Nursing. Family and Society.*
- Tripp-Reimer T., (1984). Cultural diversity in therapy. In: Beck CM, Rawlins RP, Williams SR, eds. *Mental Health-Psychiatric Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach.* St Louis: Mosby
- Tortumoglu G, Okanli A, Ozer N. (2004). Cultural Approach and its Importance in Nursing Care. *International Joutnal of Human Science*

Welch AZ, Alexander JE, Beagle CJ, et al. (1989) Culture care: diversity and universality theory. In: Tomey AM, Alligood MR, eds. *Nursing Theorists and their Work*. 4th ed. St. Louis: Mosby

Profil Penulis



Ns. Nurhafizah Nasution, S.Kep., M.Kep, lahir di Mampang 23 Februari 1983. Menempuh Jenjang Pendidikan Keperawatan di Universitas Sumatera Utara dimulai dari Pendidikan D-3 Keperawatan lulus tahun 2004, melanjutkan Pendidikan Sarjana Keperawatan lulus tahun 2006 dan Program Pendidikan Profesi Ners lulus tahun 2007. Tahun 2012 Penulis menyelesaikan Program Magister Keperawatan di Universitas Andalas. Penulis Pernah menjadi staf pengajar di Stikes Hangtuhaj Tanjungpinang, dan Saat ini aktif sebagai Dosen Tetap di Program Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Batam. Tahun 2020 penulis sedang melanjutkan Studi pada Program Pendidikan Doctor Keperawatan (*P.hD in Nursing*) di *Lincoln University College Malaysia*. Selain sebagai pengajar, penulis juga turut mengembangkan ilmu pengetahuan melalui kegiatan ilmiah, dan menulis artikel di berbagai jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN

HEALTHY SEVENTINA SIRAIT

Pendahuluan

Seiring perkembangan zaman dan pelayanan kesehatan yang semakin mengglobal, secara tidak langsung memberikan tantangan tersendiri kepada tenaga kesehatan professional tak terkecuali perawat untuk memberikan perawatan yang optimal kepada klien dari berbagai latar belakang dengan tetap menghormati perbedaan budaya, kepercayaan, nilai – nilai, cara hidup dan perbedaan kebutuhan akan kesehatan. Melihat kondisi tersebut perawat ditantang untuk mempelajari budaya baik budaya lokal maupun budaya di seluruh dunia, sedangkan mempelajari dan memahami kebudayaan yang berbeda agar dapat memberikan pelayanan yang tepat bukanlah hal yang mudah.

Dalam bab ini akan mempelajari terkait Model teori keperawatan transkultural, merupakan salah satu teori keperawatan yang bertujuan memberikan pelayanan keperawatan melalui pendekatan budaya. Melalui keperawatan transkultural, perawat diharapkan dapat menghargai persamaan dan perbedaan yang dimiliki masing – masing manusia untuk menyediakan layanan perawatan yang sesuai dengan kebudayaan yang dimiliki oleh masing – masing manusia. Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan terkait definisi keperawatan transkultural
2. Menjelaskan terkait konsep utama teori keperawatan transkultural
3. Menjelaskan terkait prinsip teori keperawatan transkultural
4. Menjelaskan terkait *Leininger's Sunrise Model*
5. Menjelaskan terkait komunikasi transkultural

Konsep Utama dan Definisi Keperawatan Transkultural

Madeleine Leininger merupakan salah satu tokoh keperawatan yang mengusung teori Keperawatan transkultural yang merupakan pengembangan dari keilmuan antropologi dan keperawatan, dimana Leininger mendefinisikan keilmuan ini berfokus kepada studi perbandingan dan analisa dari beragam kebudayaan yang menghargai keberagaman nilai – nilai, ekspresi, kepercayaan kesehatan dan pola perilaku yang dianut (Leininger, 1981, dikutip Alligood, 2014). Tujuan teori ini adalah untuk menemukan keberagaman dalam perawatan yang menyeluruh baik dari struktur sosial, maupun dimensi lain yang berhubungan, dan kemudian menemukan cara dalam menyediakan budaya perawatan yang sama dan sejalan dengan klien yang berasal dari latar belakang kebudayaan yang sama maupun berbeda agar klien dapat mempertahankan atau mendapatkan kembali kesejahteraannya dengan cara yang sesuai dengan budayanya (Leininger & McFarland, 2002, dikutip Alligood, 2014).

Leininger mengembangkan konsep yang berhubungan dengan teori budaya perawatan, adapun konsep - konsep utamanya adalah (Leininger & McFarland, 2006, McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, Alligood, 2018) :

1. *Care and Caring*

Care mengacu kepada manifestasi dari sebuah bentuk ekspresi diri sendiri terkait keinginan untuk membantu, mendukung, dan memfasilitasi yang ditujukan kepada orang lain. Sedangkan caring adalah tindakan, sikap, atau cara dalam memberikan bimbingan, dukungan serta bantuan kepada orang lain dalam meningkatkan kondisi kesehatan dan kesejahteraan.

2. *Generic Care*

Generic care mengacu kepada sesuatu yang dipelajari maupun diwariskan yang berasal dari budaya lokal (tradisional) berupa ilmu pengetahuan dan keterampilan praktis yang mempunyai tujuan untuk menyediakan bantuan, dukungan, dan memfasilitasi orang lain yang membutuhkan bantuan kesehatan yang tujuannya akhirnya meningkatkan kesejahteraan dan atau membantu orang lain yang tak berdaya atau dalam kondisi apapun.

3. *Professional Care*

Professional Nursing Care mengacu kepada tenaga profesional yang memiliki pengetahuan dan keterampilan praktis yang didapat dibangku pendidikan keperawatan yang bertujuan untuk menyediakan bantuan, dukungan, dan memfasilitasi baik kepada individu maupun kelompok yang membutuhkan agar dapat meningkatkan kesehatan, mencegah kesakitan, dan atau menolong yang tak berdaya dalam kondisi apapun.

4. *Culture*

Culture mengacu kepada kumpulan dari nilai – nilai, kepercayaan, norma – normal, dan symbol – symbol yang berasal dari individu, kelompok ataupun

institusi yang dapat dipelajari, dibagikan maupun diwariskan dari generasi ke generasi yang digunakan sebagai panduan berpikir, membuat keputusan, dan dalam praktik kehidupan.

5. *Culture Care*

Culture Care mengacu kepada sintesa dari dua konsep utama yaitu Care dan Culture yang dijadikan panduan untuk menemukan dan menjelaskan hal – hal terkait kesehatan, kesejahteraan, dan perilaku perawatan lainnya.

6. *Culturally Congruent Care*

Culturally Congruent Care adalah pengetahuan, sikap, dan perilaku perawatan yang didasarkan pada kebudayaan terutama dalam membuat keputusan perawatan agar perawatan yang diberikan sesuai dengan nilai – nilai budaya, kepercayaan dan cara hidup klien dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan atau mencegah dari kesakitan, kecacatan dan kematian.

7. *Culture Care Diversity*

Culture Care Diversity mengacu kepada keberagaman atau perbedaan budaya perawatan baik berupa kepercayaan, pola – pola, nilai – nilai, symbol – symbol, dan cara hidup antar manusia yang berhubungan dengan penyediaan perawatan yang bermanfaat bagi klien.

8. *Culture Care Universality*

Culture Care Universality mengacu kepada keseragaman atau kesamaan budaya perawatan baik berupa kepercayaan, pola – pola, nilai – nilai, symbol – symbol, dan cara hidup yang dapat dijadikan panduan pemberi perawatan untuk menyediakan

bantuan, dukungan dan memfasilitasi kebutuhan perawatan.

9. *Worldview*

Worldview mengacu kepada cara individu - individu dalam melihat dunianya atau hidupnya secara keseluruhan. Konsep ini juga dapat diartikan sebagai cara pandang individu maupun kelompok secara menyeluruh terkait kehidupan yang dapat mempengaruhi respon terhadap perawatan dan digunakan sebagai panduan dalam membuat keputusan atau mengambil tindakan terutama yang berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan.

10. *Cultural dan Social Structure Dimensions*

Cultural dan Social Structure Dimensions mengacu kepada pola struktur budaya yang dinamik, holistik dan saling berhubungan yang didalamnya termasuk faktor teknologi, faktor keagamaan dan filosofi, faktor kekerabatan dan sosial, faktor nilai budaya, kepercayaan dan cara hidup, faktor politik, faktor ekonomi, dan faktor pendidikan tanpa mengabaikan konteks lingkungan, bahasa dan sejarah budaya.

11. *Environmental Context*

Environmental Context mengacu kepada sebuah kejadian, situasi atau pengalaman yang memberikan makna bagi individu dalam berekspresi, menafsirkan, dan berinteraksi dengan factor – factor yang ada dalam setting budaya seperti ekologi, spiritual, social politik dan teknologi.

12. *Ethnohistory*

Ethnohistory mengacu kepada kejadian – kejadian di masa lalu, situasi, atau pengalaman yang dialami oleh individu, kelompok, atau institusi yang dapat membantu menjelaskan cara hidup di masa lalu dan

masa sekarang terkait pengaruh budaya perawatan terhadap kesehatan dan kesejahteraan, kecacatan dan atau kematian.

13. *Emic*

Emic mengacu kepada hal yang bersifat lokal, asli, atau pandangan dan nilai – nilai dari lingkungan dalam (interen) tentang sebuah penomena.

14. *Etic*

Etic mengacu kepada pandangan dan nilai – nilai dari luar lingkungan (eksteren) atau pandangan secara umum tentang sebuah phenomema.

15. *Health*

Health mengacu kepada keadaan sejahtera atau kondisi secara budaya dibentuk, ditentukan, dihargai dan dipraktikan baik oleh individu maupun kelompok yang memungkinkan mereka melakukan fungsi sehari – hari.

16. *Transcultural Nursing*

Transcultural Nursing mengacu kepada sebuah area keilmuan yang berfokus pada perawatan dengan pendekatan budaya secara holistic yang tujuannya untuk membantu individu maupun kelompok untuk mempertahankan dan mendapatkan kembali status kesehatan atau kesejahteraan, dan beradaptasi dengan kecacatan, kematian atau kondisi lainnya dengan cara – cara yang sesuai dengan nilai – nilai budaya.

17. *Culture Care Preservation or Maintenance*

Culture Care Preservation or Maintenance mengacu kepada sebuah tindakan dan keputusan professional yang membantu individu maupun kelompok dalam sebuah budaya untuk mempertahankan nilai – nilai

budaya perawatan dan cara hidupnya selama budaya tersebut tidak bertentangan dalam usaha meningkatkan kesejahteraan, penyembuhan penyakit atau beradaptasi dengan kecacatan dan kematian.

18. *Culture Care Accommodation or Negotiation*

Culture Care Accommodation or Negotiation mengacu kepada sebuah tindakan dan keputusan professional yang membantu individu maupun kelompok dalam sebuah budaya untuk beradaptasi dan bernegosiasi dengan sesuatu yang lebih memberikan manfaat kesehatan.

19. *Culture Care Reorienting or Restructuring*

Culture Care Reorienting or Restructuring mengacu kepada kepada sebuah tindakan dan keputusan professional yang membantu individu maupun kelompok untuk mengubah atau memodifikasi cara hidupnya menjadi lebih baru, berbeda, dan memberikan kebermanfaatan terutama pada kesehatan.

20. *Culturally Competent Nursing Care*

Culturally Competent Nursing Care mengacu kepada keperawatan berbasis budaya dan pengetahuan terkait kesehatan dengan pendekatan yang kreatif dan bermakna serta dapat disesuaikan dengan cara hidup secara umum dan sesuai dengan kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan individu serta kelompok.

Teori Keperawatan Transkultural

Teori Leininger seperti diawal diketahui berasal dari ilmu antropologi dan ilmu keperawatan yang diramukembali menjadi sebuah keilmuan yaitu teori keperawatan transkultural, Lieninger mengembangkan teori ini dengan menitikberatkan pada pentingnya melihat sebuah individu maupun kelompok berdasarkan pengalaman

dasar (emic) dan lalu membandingkan dengan kepercayaan dan praktik dari luar (etic) (Alligood, 2014, McFarland & Wehbe-Alamah, 2015). Seiring perkembangan teori perawatan budaya (*Culture Care Theory*), teori ini memiliki empat prinsip utama, yaitu (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015, Alligood, 2014, 2018):

1. Ekspresi budaya perawatan, kebermaknaan, pola – pola, dan praktik – praktik memiliki keberagaman, namun walaupun beragam masih memiliki kesamaan dan atribut – atribut yang universal.
2. Konsep *Worldview* didalam teori, berbagai factor – factor dari struktur social, ethnohistory, lingkungan, bahasa, perawatan tradisional dan perawatan professional merupakan factor – factor penting yang mempengaruhi pola budaya perawatan dalam memprediksi kesehatan, kesejahteraan, kesakitan, kesembuhan, dan cara individu maupun kelompok menghadapi kecacatan dan kematian.
3. Pola perawatan tradisional (emic) dan perawatan professional (etic) dilingkungan yang berbeda bisa memberikan pengaruh yang besar pada kesehatan.
4. Berdasarkan faktor – faktor yang mempengaruhi diatas, terdapat tiga buah panduan dalam memberikan tindakan perawatan berbasis budaya yang searah, aman dan bermakna. Tiga model tindakan tersebut adalah: (1) *Culture Care Preservation or Maintenance*, (2) *Culture Care Accommodation or Negotiation*, dan (3) *Culture Care Repatterning or Restructuring*.

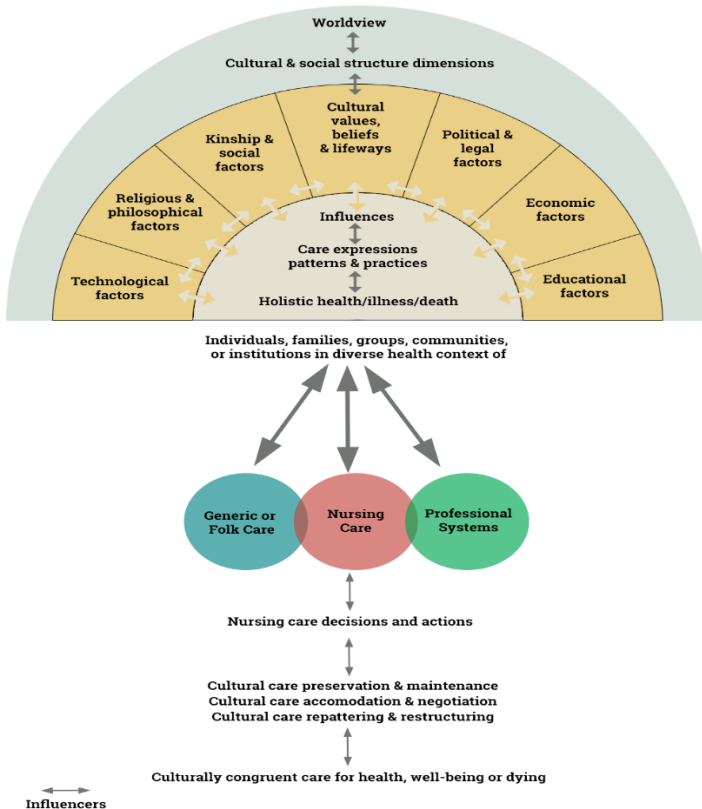
Model konseptual keperawatan transkultural dikembangkan dalam *Leininger's Sunrise Model* untuk menggambarkan teori asuhan keperawatan yang diberikan pada berbagai budaya (Leininger & McFarland,

2002, dikutip Alligood, 2014). Model ini disimbolkan dengan bentuk “matahari terbit”, dimana bagian atas setengah lingkaran terdiri dari komponen *Worldview* dan struktur sosial yang mempengaruhi pola perawatan dan kesehatan melalui bahasa, etnohistori, dan lingkungan. Keberagaman pandangan terkait kesehatan dari individu, keluarga, kelompok, komunitas dan atau institusi dapat dilihat dari *Worldview*nya dan struktur sosial - budaya yang terbentuk, unsur struktur sosial - budaya tersebut seperti teknologi, keagamaan dan filosofi, hubungan kekerabatan dan sosial, budaya, nilai, kepercayaan dan cara hidup, politik, ekonomi dan pendidikan. Unsur – unsur tersebut saling mempengaruhi dan otomatis juga akan mempengaruhi pola, ekspresi dan praktik perawatan dan pada akhirnya akan mempengaruhi kondisi kesehatan, kesakitan dan kematian secara keseluruhan (Leininger & McFarland, 2002, 2006, dikutip Alligood, 2014).

Bagian tengah model memperlihatkan faktor – faktor diatas akan mempengaruhi perawatan tradisional, perawatan profesional dan sistem keperawatan. Kondisi tersebut menuntut perawat untuk menghargai bahwa manusia mempunyai pola – pola kesehatan dan perawatan yang dianut, sehingga tindakan dan keputusan perawat diharapkan mampu berperan sebagai jembatan antara hal – hal tradisional dengan sistem profesional. Intervensi keperawatan yang dapat diterapkan berdasarkan model teori ini adalah (1) *Culture Care Preservation or Maintenance*, dilakukan bila budaya klien tidak bertentangan dengan kesehatan dimana intervensi keperawatan diberikan sesuai dengan nilai-nilai yang relevan yang telah dimiliki klien sehingga klien dapat meningkatkan atau mempertahankan status kesehatannya, (2) *Culture Care Accommodation or Negotiation*, intervensi keperawatan diberikan untuk

membantu klien beradaptasi terhadap budaya tertentu yang lebih menguntungkan kesehatannya. Klien diakomodasi agar dapat memilih dan menentukan budaya lain yang lebih mendukung peningkatan kesehatan dan (3) *Culture Care Repatterning or Restructuring*, dilakukan bila budaya yang dimiliki merugikan status kesehatan dimana intervensi keperawatan diberikan untuk membantu klien merestrukturisasi gaya hidup yang tidak sesuai dengan gaya hidup yang lebih menguntungkan dan sesuai dengan keyakinan yang dianut. (Leininger & McFarland, 2002, 2006, dikutip Alligood, 2014).

Madeleine Leininger's Transcultural Nursing
The Sunrise Enabler to
Discover Culture Care Sunrise Model



Gambar 1 Leininger Sunrise Enabler (M. Leininger, 2004 dikutip Alligood, 2014).

Faktor – Faktor dalam Komunikasi Lintas Budaya

Perawat memegang peranan penting dalam terciptanya komunikasi kesehatan yang efektif. Seperti yang kita tahu bahwa semakin efektif komunikasi kesehatan yang terjadi maka semakin efektif juga informasi kesehatan yang disampaikan dan semakin optimal juga kerjasama antara klien dengan tenaga kesehatan untuk menjaga kesehatannya (Giger & Haddad, 2020). Tak jarang kita temui juga kondisi dimana komunikasi menjadi penghalang antara perawat dan klien, terutama jika perawat dan klien berasal dari latar belakang budaya yang berbeda, tidak berbicara menggunakan bahasa yang sama, atau memiliki pola dan gaya komunikasi yang berbeda. Saat terjadi kegagalan komunikasi maka proses perawatan pun akan tidak maksimal (Davidhizar & Hart, 2005 dikutip Giger & Haddad, 2020).

Komunikasi dan budaya merupakan dua komponen yang saling berhubungan erat, budaya mempengaruhi bagaimana individu maupun kelompok mengekspresikan perasaan baik secara verbal maupun non verbal. Terdapat beberapa komponen terkait budaya yang mempengaruhi komunikasi antar budaya (Mulyana, 2004, Samovar, Porter, McDaniel & Roy, 2015):

1. Persepsi

Persepsi merupakan salah satu aspek penting dalam komunikasi antar budaya, karena individu maupun kelompok dari budaya yang berbeda sering memandang dunia secara berbeda. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui unsur sosial budaya yang memiliki pengaruh signifikan pembentukan persepsi. Unsur tersebut seperti unsur *Beliefs, Values, and Attitudes* (Kepercayaan, Nilai – nilai dan Perilaku) dan *Worldview*.

Keyakinan dapat didefinisikan sebagai ide subjektif yang dipegang secara individual terkait suatu objek atau peristiwa. Ide-ide subjektif ini, sebagian besar, merupakan produk budaya, dan mereka secara langsung memengaruhi perilaku. Seperti budaya anggapan masuk angin merupakan penyakit dan cara mengeluarkan angin dengan cara kerokan. Nilai – nilai mewakili hal – hal yang dianggap penting dalam kehidupan seperti moralitas, etika, dan estetika. Hal ini juga sering digunakan untuk membedakan hal yang disukai dan tidak disukai. Sedangkan sikap lebih mengarah kepada bentuk tindakan atau respon terhadap objek, orang, dan peristiwa. Sehingga keyakinan dan nilai – nilai yang ditanamkan akan memberikan pengaruh pada bagaimana individu akan bersikap. Individu akan cenderung menerima hal yang sejalan dan menghindari hal yang bertentangan dengan keyakinan dan nilai – nilainya.

Worldview diarahkan kepada bagaimana posisi manusia di alam semesta, memandang Tuhan, kehidupan, kematian, dan kebenaran, termasuk didalamnya terkait kepercayaan dan pandangan hidup sehingga akan mempengaruhi bagaimana individu memahami dan berespon pada suatu masalah.

2. Pola Kognitif

Pertimbangan penting lainnya dalam komunikasi transkultural adalah pengaruh budaya pola berpikir, yang meliputi penalaran dan pendekatan untuk memecahkan masalah. Budaya sering menghasilkan cara berpikir dan bertindak yang berbeda. Pola pikir normatif suatu budaya akan mempengaruhi cara individu berkomunikasi dan berinteraksi satu sama lain.

3. Perilaku verbal dan non verbal

Faktor penting lainnya dalam komunikasi transKultural adalah perilaku nonverbal, yang meliputi gerak tubuh, ekspresi wajah, kontak mata dan tatapan, sentuhan, pakaian, penggunaan ruang dan waktu. Perilaku non verbal terkait erat dengan perilaku verbal, masing – masing memiliki makna. Seperti halnya bahasa, budaya juga secara langsung mempengaruhi penggunaan perilaku non verbal. Karena memiliki banyak makna baik verbal dan non verbal, sehingga mudah menyebabkan kesalahpahaman terutama jika individu masing – masing berasal dari budaya yang berbeda.

4. Pengaruh Kontek

Budaya sebagai seperangkat aturan yang ditetapkan dan digunakan oleh manusia untuk melakukan interaksi sosial. Aturan-aturan ini menentukan apa yang dianggap benar baik perilaku komunikatif, termasuk elemen verbal dan nonverbal, baik untuk fisik maupun kontek social. Konteks juga menjadi pertimbangan penting dalam komunikasi transkultural, di mana aturan untuk situasi tertentu biasanya bervariasi. Apa yang dipraktikkan dalam satu budaya belum tentu benar di budaya lain

Kesimpulan

Keperawatan transkultural bertujuan untuk memberikan perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai budaya, keyakinan, dan praktik. Pengetahuan terkait budaya memainkan peranan penting bagi perawat dalam menangani klien. Hal ini membantu perawat memahami dan menghormati keragaman yang sering hadir selama merawat klien.

Konsep utama dari keperawatan transkultural terdiri dari *Care (Caring, Generic dan Professional Nursing Care)*, *Culture (Culture Care, Culturally Congruent Care, Culture Care Diversity, Culture Care Universality)*, *Worldview*, *Cultural dan Social Structure Dimensions*, *Ethnohistory*, *Emic dan Etic*, *Health, Transcultural Nursing, Culture Care Preservation or Maintenance, Culture Care Accommodation or Negotiation, Culture Care Repatterning or Restructuring, dan Culturally Competent Nursing Care.*

Model Konseptual Keperawatan Transkultural dikembangkan dalam *Leininger's Sunrise Model*, dimana perawat dapat mengamati bagaimana latar belakang budaya yang terbentuk dari struktur sosial (teknologi, keagamaan dan filosofi, hubungan kekerabatan dan sosial, budaya, nilai, kepercayaan dan cara hidup, politik, ekonomi dan pendidikan) dapat mempengaruhi cara hidup, cara pandang, pola, ekspresi dan praktik kesehatan. Perawat diharapkan mampu berperan sebagai jembatan antara hal – hal tradisional dengan sistem professional dan menggunakan pengetahuan itu untuk membuat intervensi keperawatan yang akan membantu klien dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan sambil tetap peka terhadap latar belakang budayanya. Selain itu juga perlunya memahami pola komunikasi berdasarkan latar belakang budaya, agar perbedaan budaya tidak menjadikan penghalang dalam berkomunikasi sehingga perawatan pada klien dapat tercapai optimal.

Latihan Soal

1. Jelaskan definisi dan tujuan dari keperawatan transkultural?
2. Sebutkan dan jelaskan konsep utama dari keperawatan transcultural?
3. Jelaskan prinsip utama dari keperawatan transcultural

4. Uraikan alur dari proses keperawatan dengan pendekatan *Leininger's Sunrise Model*?
5. Faktor apa saja yang mempengaruhi pola komunikasi transcultural?

Daftar Pustaka

- Alligood, M. R. (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed). St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their Work* (9th ed). St. Louis : Elsevier Health Sciences.
- Giger, J. N., & Haddad, L. (2020). *Transcultural nursing : Assessment and intervention* (8th ed). St. Louis; Elsevier Health Sciences.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Burlintong, MA; Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). *Leininger's culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Burlintong, MA; Jones & Bartlett Learning.
- Mulyana, D. (2004). Cross-Cultural Health Communication. *Mediator: Jurnal Komunikasi*, 5(2), 349-358.
- Samovar, L. A., Porter, R. E., McDaniel, E. R., & Roy, C. S. (2015). *Intercultural communication: A reader*. Boston, MA; Cengage Learning.

Profil Penulis

Ns. Healthy Seventina Sirait, M.Kep, CEAP. Perempuan kelahiran Benua, 04 Mei 1980 telah menyelesaikan Pendidikan D3 Keperawatan Di Universitas Sari Mutiara Medan 2000, pendidikan S1 keperawatan dan NERS di STIKES Cirebon Tahun 2008 Kemudian Penulis Melanjutkan Pendidikan S2 Keperawatan Peminatan Medikal Bedah di STIKes SINT CAROLUS Jakarta Tahun 2018. Saat Ini penulis sedang melanjutkan pendidikan Doktoralnya Lincoln University college Malaysia. Telah Menjadi Dosen Tetap DiSTIKES CIREBON Pengampu Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah di Prodi S1 Keperawatan sejak Tahun 2012 hingga Sekarang menjabat sebagai kepala Prodi Profesi Ners. Selain sebagai Dosen penulis Juga sebagai Practitioner EFT yang banyak melakukan penelitian kepada pasien dengan menggunakan Emotional Freedom Techniques sebagai tindakan Non farmakologi yang banyak membantu pasien untuk menghilangkan kecemasan pasien dan keluarga.

PARADIGMA BUDAYA DALAM KEPERAWATAN MUTIKULTURAL

SANON

Pendahuluan

Salah satu realitas sosial yang tak terelakkan dalam asuhan keperawatan ialah perjumpaan budaya. Perjumpaan tersebut berkenaan dengan rumah sakit sebagai kelompok sosial. Sebagai kelompok sosial, rumah sakit terdiri dari sekumpulan orang yang datang dari berbagai latar belakang budaya yang berbeda. Baik budaya yang dimiliki oleh pasien, perawat, dokter, pimpinan maupun karyawan rumah sakit lainnya. Perjumpaan antara pasien dengan perawat dan atau dokter misalnya bukan sekedar perjumpaan biasa, melainkan perjumpaan antar manusia budaya. Dalam budaya ada sistem nilai, norma, etika, perspektif dan unsur-unsur budaya lainnya yang dibawa oleh masing-masing pihak. Itulah sebabnya, perjumpaan manusia berarti perjumpaan budaya. Budaya yang berbeda memang merupakan suatu kekayaan, tetapi sekaligus tantangan.

Dalam konteks ini menjadi tantangan dalam asuhan keperawatan. Seperti apa tantangan dimaksud? Contoh berikut dapat menjelaskannya. Deddy Mulyana dan Jalaluddin Rakhmat memberikan suatu contoh perjumpaan budaya antara orang Indonesia dan orang Arab begini, “Seorang pria Indonesia merasa malu, benci,

jijik dan ingin marah ketika pipinya dicium oleh seorang pria Arab ketika ia baru tiba di Jeddah untuk menunaikan ibadah haji. Bagi orang Arab, perilaku itu setulusnya menandakan persahabatan, namun bagi orang Indonesia mengisyaratkan perilaku homoseksual.”(Mulyana dan Rakhmat, 2005).

Contoh kasus di atas menjelaskan tantangan dalam perjumpaan budaya. Salah satu tantangannya ialah terkait kemampuan menafsirkan budaya orang lain. Sebab setiap tindakan budaya memiliki makna yang unik. Pria asal Indonesia misalnya menafsirkan pesan yang ingin disampaikan dari tindakan pria asal Arab menurut perspektif budayanya sebagai orang Indonesia. Baginya, tindakan mencium sesama jenis termasuk tindakan yang kurang terpuji atau kurang lazim. Karenanya ia memaknai tindakan tersebut secara negatif yakni sebagai perilaku homoseksual. Namun bukan begitu maksud dari pria asal Arab. Bagi dia, mencium pipi sesama jenis justru bermakna positif yakni sebagai simbol persahabatan. Jadi, kegagalan menafsirkan budaya orang lain dapat membuat relasi terganggu.

Demikian juga halnya dalam asuhan keperawatan. Tatkala perawat dan dokter gagal memahami budaya pasien khususnya atau sebaliknya pasien gagal memahami budaya rumah sakit dapat membuat komunikasi tersumbat. Akibatnya, pesan tidak dapat diterima secara utuh sehingga menimbulkan salah tafsir yang pada gilirannya menimbulkan salah tindakan dan hasilnya juga bisa salah. Oleh karena itu memahami budaya merupakan salah satu aspek yang penting dalam asuhan keperawatan. Bab ini akan menjelaskan paradigma¹ budaya dalam keperawatan transkultural.

¹Tentang pengertian paradigma, lihat (Rahardjo, 1983, hlm. 39; Soelaiman, 1998, hlm. 20)

Ada empat pokok bahasan yang akan disuguhkan dalam bab ini yakni pengertian budaya, karakteristik budaya, masyarakat rumah sakit dan budaya, serta paradigma keperawatan budaya. Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu;

1. Memahami dan menjelaskan kembali pengertian budaya,
2. Memahami dan menjelaskan kembali karakteristik budaya,
3. Memahami dan menjelaskan kembali masyarakat rumah sakit dan budaya, serta
4. Memahami dan menjelaskan kembali terkait paradigma keperawatan budaya

Pengertian Budaya

Pemahaman tentang budaya amat beragam, sebanyak orang yang memikirkannya. Bagaimana tidak? Perhatikan temuan A. L Kroeber and Clyde Kluckhohn tentang itu. Mereka melakukan penelitian terkait definisi dan konsep budaya yang dituangkan dalam buku berjudul, "A. L Kroeber and Clyde Kluckhohn, *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions.*" Buku tersebut diterbitkan tahun 1952 dan diterbit ulang tahun 1978. Dalam penelitiannya disimpulkan bahwa dari tahun 1871 sampai 1902 hanya ada 1 pengertian budaya yakni yang diberikan oleh Tylor. Namun kemudian sejak tahun 1903-1950 (selama 47 tahun) sudah ada 163 pengertian budaya yang berbeda. Itu berarti, sejak tahun 1871-1950 ada 164 pengertian budaya.(Kroeber dan Kluckhohn, 1952, hlm. 149) Lalu berapakah jumlah pengertian budaya sampai saat ini? Perlu penelitian mendalam untuk menjawab pertanyaan tersebut. Itulah sebabnya memberikan batasan definitif tentang budaya pada bab ini tidak akan

memuaskan semua pihak. Hanya beberapa pendapat para ahli saja yang dapat diketengahkan di sini.

Definisi budaya pertama kali diberikan oleh E.B.Tylor dalam buku berjudul, "Primitive Culture" yang diterbitkan tahun 1871. Menurutnya budaya atau kebudayaan adalah keseluruhan yang kompleks mencakup pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat, dan kemampuan serta kebiasaan lain yang diperoleh sebagai warga masyarakat. Sesuatu yang kompleks itu bersifat utuh atau terintegrasi sedemikian rupa atau tak terpisahkan satu dengan yang lain. Karena itu, ketika bicara tentang budaya, berarti bicara tentang keseluruhan itu, baik pengetahuan, sistem kepercayaan, seni, moral, adat istiadat dan sebagainya.(Tylor, 1871, hlm. 1)

Menurut A. L Kroeber and Clyde Kluckhohn, "Culture is a general category of nature, and expressly of human nature." (Kroeber dan Kluckhohn, 1978, hlm. 181) Sama seperti kategori energi, massa, evolusi. Sebagai naturnya manusia, budaya itu memiliki pola baik pola dan perilaku.(Kroeber dan Kluckhohn, 1978, hlm. 181-182). Edward T. Hall mendefinisikan budaya dalam hubungan dengan komunikasi. Baginya, budaya tidak lain adalah komunikasi dan komunikasi adalah budaya. Budaya lebih menekankan pesan yang memiliki tiga unsur yaitu set (berupa huruf, kata-kata, kalimat, paragraf), isolasi (suara yang membentuk set), dan pola (dirangkai bersama set sehingga membentuk makna). Jadi dalam pesan itu terkandung makna yang ingin disampaikan kepada orang lain baik berupa bahasa lisan, bahasa tulisan, bahasa simbol maupun bahasa tubuh.(Hall, 1990, hlm. 124, 218). Seorang antropolog Indonesia yakni Koentjaraningrat mendefinisikan budaya menyerupai konsep yang dirumuskan oleh Tylor. Koentjaraningrat mengatakan bahwa budaya adalah seluruh sistem gagasan, tindakan

dan hasilnya yang diperoleh melalui belajar.(2009, hlm. 144).

Dari beberapa pandangan tersebut sebenarnya dapat disimpulkan bahwa budaya tidak lain adalah produk manusia. Manusia yang memproduksi budaya. Namun pada saat yang sama, manusia hidup dalam dan menurut budaya tertentu. Keseluruhan hidupnya sudah diatur oleh budaya yang dianutnya sedemikian rupa. Misalnya makan ada aturannya, mau menikah ada aturan budayanya, mau pergi, membangun rumah, bertamu ke rumah orang dan sebagainya selalu ada aturannya atau adat istiadatnya atau sopan santunnya. Itu berarti, manusia juga produk budaya. Setidaknya ada tiga unsur dalam relasi manusia dan budaya yaitu aktivitasnya, hasil dari aktivitasnya, dan sosialisasi. Perhatikan bagan di bawah ini:²

Aktivitas merupakan pengungkapan diri dalam masyarakat berupa gagasan maupun tindakan fisik. Aktivitas tersebut menghasilkan produk baik berupa simbol, norma, tata aturan, etika, nilai, maupun produk lainnya



seperti benda-benda budaya (antara lain pakaian adat, alat musik tradisional, seni budaya, rumah dan sebagainya). Termasuk semua sarana dan prasarana yang manusia miliki merupakan produk dari aktivitasnya.

Produk aktivitas tersebut kemudian disosialisasikan kepada anggota kelompok atau warga masyarakat umumnya dan anggota keluarga khususnya secara terus

² Bandingkan dengan konsep bangunan dunia menurut Peter L. Berger.(Berger, 1991, hlm. 4-6)

menerus sampai terbentuk kesadaran diri dan mengakuinya sebagai kebenaran miliknya yang harus ditaati. Ketika kesadaran itu terbentuk, maka keseluruhan pikiran dan tindakannya berdasarkan bangunan budaya yang dimilikinya sehingga dia tidak lain adalah produk budaya. Contohnya dalam masyarakat budaya memiliki aturan atau adat istiadat tersendiri dalam mengatur hubungan antara laki-laki dan perempuan. Ada masyarakat yang melarang berduaan bagi pemuda-pemudi yang pacaran atau yang bukan pasangan sah. Ada juga larangan melakukan hubungan layaknya suami istri kalau belum kawin adat. Contoh lain, ada tata aturan yang harus dipenuhi oleh seorang ibu yang sedang hamil baik sejak hamil sampai melahirkan.

Karakteristik Budaya

Karakteristik budaya menjelaskan kekhasan suatu budaya yang akan menentukan pandangan, perilaku, dan gaya hidup seseorang atau kelompok. Dengan kata lain, paradigma seseorang maupun kelompok tentang sesuatu hal ditentukan oleh budaya yang dianutnya. Cara berpikir masyarakat pedesaan akan berbeda dengan masyarakat kota. Cara berpikir generasi tua cenderung berbeda dengan generasi milenial. Demikian juga pandangan manusia tentang penyakit juga berbeda. Ada yang memahami penyakit dalam hubungan dengan santet, dengan sistem kepercayaan, tetapi ada juga yang memahaminya berdasarkan ilmu medis. Pandangan yang berbeda akan menghasilkan tindakan yang berbeda dalam mengatasinya.

Pada bagian ini, ragam karakteristik budaya direduksi dan modifikasi dari tiga pendapat ahli yakni menurut: 1. Boris Bard, Eric MacMullin, Jacqueline Williamson; 2. Menurut Purnell; dan 3. Menurut Dedy Mulyana dan jalaluddin Rakhmat. Dari para ahli tersebut diperoleh karakteristik budaya sebagai berikut (Bard dkk., 2021,

hlm. 33; Mulyana dan Rakhmat, 2005, hlm. 58–62; Purnell dan Paulanka, 2008, hlm. 7):

1. Budaya itu dipelajari

Budaya itu bukan bawaan sejak lahir, melainkan hasil belajar. Baik hasil belajar dari keluarga, lingkungan, maupun pengalamannya sendiri. Hal ini tidak lepas dari konsep manusia sebagai pembelajar, baik formal, non formal, maupun informal. Di mana saja dan kapan saja, manusia selalu belajar. Oleh karena itu benarlah bahwa budaya adalah produk manusia yakni produk dari belajarnya. Karena produk, maka budaya itu menjadi milik dirinya baik yang sekunder maupun yang primer. World View merupakan produk primer dari hasil belajar manusia yang sudah diinternalisasi dan diakui sebagai kebenaran inti. Kesadaran akan budaya sebagai produk belajar, erat hubungannya dengan karakteristik bahwa budaya itu dinamis.

2. Budaya itu ditularkan atau diteruskan dari satu generasi ke generasi lain

Memang budaya bukan bawaan sejak lahir, tetapi ia dapat diwariskan. Ada dua hal dari konsep “budaya ditularkan atau diwariskan”. *Pertama*, berkaitan dengan proses belajar. Manusia menerima gagasan dan pola tindakan dari luar dirinya baik dari orang tuanya, keluarganya, tetangganya, maupun masyarakat pada umumnya. Proses transmisi itu melalui berbagai metode dan media seperti metodecerita, demonstrasi, keteladanan, tata aturan baku dan sebagainya baik melalui media komunikasi lisan, tulisan, bahasa tubuh dan sebagainya. Jadi apa yang dia pikirkan dan lakukan saat ini bukan sesuatu yang baru sama sekali melainkan respon atau reaksi atas apa yang dia lihat, dengar, rasakan, dan alami. *Kedua*, world View sebagai produk inti dari transmisi

budaya. Ketika unsur-unsur budaya itu disosialisasikan terus menerus, maka terbentuk kesadaran inti yang menghasilkan keyakinan inti yang biasanya disebut sebagai *world view*. World view tidak lain merupakan inti budaya yang mempengaruhi totalitas hidup seseorang ataupun kelompok. Karena dapat dimengerti mengapa orang rela mengorbankan apa saja termasuk nyawanya demi memperjuangkan dan atau mempertahankan sesuatu yang amat penting itu.

3. Dinamis dan terus berkembang

Memang ada aspek yang cenderung statis dalam budaya yakni inti budaya. Aspek ini cenderung sulit berubah dan diubah. Meskipun demikian dimensi dinamis dari suatu budaya itu cenderung dominan seiring perkembangan peradaban dan pergantian generasi. Salah satu contohnya terkait pandangan tentang sakit. Dalam budaya tertentu, sakit yang dialami seseorang cenderung dihubungkan dengan sistem kepercayaan atau agama. Misalnya dia sakit karena diperbuat orang lain atau dia sakit karena melanggar sesuatu seperti mau makan sesuatu tetapi tidak dimakan lalu pergi sehingga bisa berdampak mengalami sakit atau dia kencing di sembarang tempat juga dapat mengakibatkan sakit dan kepercayaan lainnya (biasanya disebut sakit non medis). Kepercayaan semacam itu cenderung statis. Namun lambat laun mulai meredup (namun hampir dapat dipastikan tidak hilang) terutama umumnya di kalangan generasi kontemporer. Mereka cenderung melihat penyakit secara rasional dan atau ilmiah (sebut saja berdasarkan ilmu kedokteran). Akan tetapi masih ada juga generasi muda yang memegang ajaran leluhur tentang asal usul penyakit.

4. Budaya itu diintegrasikan

Setiap unsur dalam budaya tidak berdiri sendiri. Sebaliknya terintegrasi sedemikian rupa atau saling terkait membentuk satu kesatuan yang tak terpisahkan. Oleh karena itu, studi budaya secara parsial tidak akan menolong untuk mendapatkan gambaran utuh suatu budaya seseorang ataupun kelompok. Pemahaman demikian juga tentu berimplikasi bagi studi budaya pasien dalam hubungannya dengan asuhan keperawatan.

5. Budaya cenderung menghasilkan kesadaran kolektif
Kesadaran kolektif merupakan produk internalisasi dan akan menghasilkan konsensus bersama. Dalam budaya Yahudi misalnya terapat pandangan yang menempatkan perempuan pada masyarakat kelas dua setelah laki-laki. Pandangan seperti itu diajarkan terus menerus dari generasi ke generasi sehingga menghasilkan kesadaran bersama dan diakui sebagai ajaran yang benar (terbentuk konsensus). Stereotipe demikian berdampak pada cara melihat dan memperlakukan perempuan dalam masyarakat.
6. Identitas:Kebangsaan, ras, warna kulit, jenis kelamin, usia, agama
Budaya membentuk identitas seseorang atau kelompok yang olehnya dapat dibedakan secara unik dengan yang lain. Identitas seseorang itu jamak. Dalam dirinya tidak pernah memiliki identitas tunggal. Pada diri seseorang terdiri dari identitas-identitas seperti jenis kelaminnya, agamanya, rasnya, sukunya, kebangsaannya, warna kulitnya, afiliasi politiknya, dan sebagainya. Seseorang dan atau kelompok akan diidentifikasi dan mengidentifikasikan dirinya berdasarkan identitasnya. Ikatan emosional umumnya cenderung menguat di kalangan warga masyarakat yang memiliki kesamaan atau kemiripan

identitas. Apalagi kesamaan identitas itu semakin langka. Contohnya sesama orang dayak mungkin akan lemah ikatan emosional dan perasaan kesukuan ketika berada di kalangan masyarakat suku dayak. Namun akan berbeda ketika orang Dayak berada di luar komunitasnya seperti di luar negeri atau di tempat perantauan lainnya.

7. Karakteristik berdasarkan status: Pendidikan, sosial ekonomi, pekerjaan, pernikahan

Pola pikir dan perilaku budaya suatu masyarakat juga ditentukan oleh status pendidikannya, status sosial ekonominya, pekerjaannya, dan status pernikahannya. Status yang berbeda umumnya menghasilkan pola pikir, sikap, dan perilaku yang berbeda juga.

8. Karakteristik geografis dan lingkungan

Geografi dan lingkungan tempat tinggal juga turut menentukan budaya seseorang. Dengan kata lain, letak geografis dan lingkungan mempengaruhi paradigma dan tindakan seseorang atau kelompok.

9. Karakteristik bahasa dan komunikasi

Bahasa dan komunikasi setiap budaya juga berbeda. Ada tiga unsur inti dalam komunikasi yakni kata-kata, suara, dan makna. Mungkin dalam masyarakat yang budayanya berbeda memiliki kata-kata yang sama, tetapi nada suara mengucapkannya, pelafalannya dan maknanya berbeda.

10. Karakteristik nilai dan norma

Setiap budaya memiliki nilai dan norma. Namun ragam dan keutamaan nilai dan norma dalam

masyarakat budaya cenderung berbeda. Hal ini berhubungan erat dengan pandangan hidup atau *world view* seseorang.

Masyarakat Rumah Sakit dan Budaya

Secara sosiologis, rumah sakit merupakan salah satu kelompok sosial. Anggota kelompoknya terdiri dari pasien, karyawan, dan manajemen atau pimpinan rumah sakit. Sebagai warga rumah sakit, terjadi interaksi antar pasien, antar karyawan, antar pimpinan rumah sakit, antar pasien dengan karyawan, pasien dengan pimpinan, pimpinan dengan karyawan. Hal ini menjelaskan bukan saja terjadi perjumpaan antar manusia, melainkan perjumpaan budaya. Sebab mereka tidak lain merupakan manusia budaya. Setidaknya ada tiga kelompok budaya pada rumah sakit sebagaimana nampak pada gambar di samping yaitu budaya pasien, budaya karwayan dan pimpinan rumah sakit atau manajemen rumah sakit, dan budaya organisasi rumah sakit.

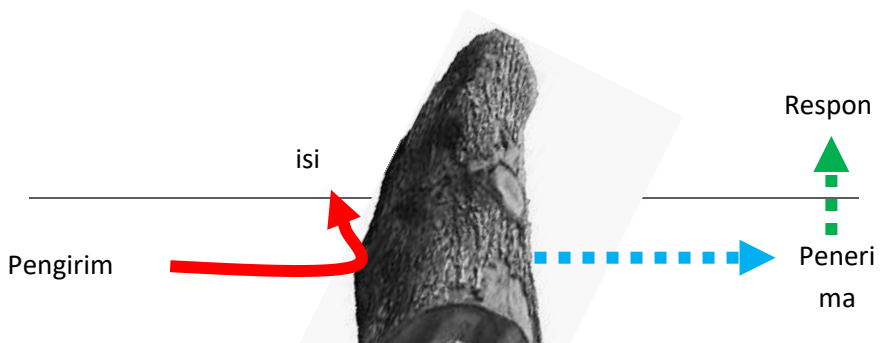


Setiap kelompok budaya itu tidak tunggal. Sebaliknya masih terdiri dari budaya-budaya. Budaya pasien misalnya tidak seragam melainkan beragam. Sebab mereka berasal dari suku, agama, dan latar belakang yang berbeda. Begitu juga dengan karyawan rumah sakit juga berasal dari berbagai latar belakang budaya. Dalam budaya yang beragam itu akan terjadi titik temu dan titik pisah. Ketiga kelompok budaya di atas memiliki titik temu pada target yang sama yakni pasien sembuh. Namun cara berpikir dan bertindak untuk proses penyembuhan itu cenderung berbeda. Salah satu perbedaan itu didasarkan pada latar belakang budaya yang berbeda. Pada titik itulah bisa terjadi miskomunikasi yang pada gilirannya

target bersama terancam tidak tercapai atau proses penyembuhannya tidak berjalan efektif.

Perbedaan budaya yang lebar tanpa diimbangi dengan pemahaman budaya orang lain yang memadai akan membuat komunikasi tersumbat. Pesan tidak dapat diterima sebagaimana maksud asli pemberi pesan. Budaya yang berbeda menjadi salah satu penyumbat komunikasi. Karena komunikasi tersumbat, maka pesan tidak sampai dengan baik, sehingga respon menjadi kurang memuaskan. Indikasinya: tidak direspon atau direspon secara salah karena salah menafsirkan isi pesan.

Gambar. I memperlihatkan beberapa faktor penghambat komunikasi antar-budaya, sehingga komunikasi tersumbat. Karena komunikasi tersumbat, maka inti pesan tidak dapat diterima dengan baik oleh penerima pesan, sehingga menghasilkan respon yang keliru atau tidak efektif. Inilah yang disebut sebagai komunikasi yang tidak efektif. (Rahmi, 2021, hlm. 8–13). Faktor-faktor penghambat itu bisa saja datang dari pengirim pesan, penerima pesan, maupun keduanya. Siapakah penerima dan pengirim pesan dalam konteks masyarakat rumah sakit? Mungkin dari mana saja. Ketika pasien atau keluarga pasien menyampaikan keluhan dan atau kronologi sakitnya, berarti pasien sebagai pengirim pesan. Ketika pihak rumah sakit (baik perawat, dokter, pimpinan rumah sakit atau karyawan lainnya) menyampaikan informasi kepada pasien dan keluarga, maka pihak rumah sakit sebagai pengirim pesan.



Gambar. 1 Faktor Penghambat Komunikasi Antar-Budaya

Dengan membatinkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa komunikasi efektif akan menghasilkan pesan yang efektif, respon yang efektif dan solusi yang efektif. Dalam asuhan keperawatan menemukan akar masalah dari penyakit pasien menjadi amat penting. Tujuannya untuk menghasilkan solusi atau pengobatan yang tepat, sehingga target bersama (pasien sembuh) dapat tercapai. Akar masalah akan dapat ditemukan tatkala diagnosa tepat dan diagnosa tepat tatkala komunikasi efektif serta dukungan sarpras yang memadai.

Paradigma Keperawatan Multikultural

Lalu bagaimana model keperawatan yang relevan dalam konteks keragaman budaya masyarakat rumah sakit? Itulah pertanyaan yang amat penting pada bagian akhir

dari tulisan ini. Pentingnya karena ini: 1., kenyataan yang tak terbantahkan bahwa warga rumah sakit berasal dari beragam budaya; 2, kesadaran bahwa pasien sembuh merupakan target bersama warga rumah sakit; 3, perawat dilabelkan malaikat penolong bagi pasien. Hal ini merupakan salah satu dari enam gambaran perawat menurut Leininger dan McFarland (Leininger dan McFarland, 2002, hlm. 185); 4. Perawat dituntut agar mampu memahami budaya pasien untuk menghasilkan pelayanan unggul yang ditandai dengan pasien sembuh dan puas (berpusat pada pasien). Proses dan hasil menjadi sama pentingnya dalam paradigma multikultural.

Dalam konteks keragaman budaya masyarakat rumah sakit, maka model keperawatan multikultural perlu untuk dikembangkan menuju asuhan keperawatan unggul. Kalau model transkulturalan fokus pada upaya menemukan persamaan dan perbedaan budaya, tetapi model multikultural fokus pada belajar bersama manusia budaya yang bersifat timbal balik-mutualistik.(Potter dkk., 2019, hlm. 64). Paradigma keperawatan multikultural melihat realitas rumah sakit sebagai kelompok sosial yang berasal dari beragam budaya. Kenyataan itu bersifat kompleks, dinamis, dan integratif. Artinya realitas itu terjalin sedemikian rupa, tak terpisahkan dan relasi yang timbal balik. Pasien tidak dilihat sebagai pendatang yang asing, melainkan sebagai orang dalam yang turut mewarnai kompleksitas realitas tersebut. Pasien tidak lain adalah anggota keluarga rumah sakit. Hubungannya saling membutuhkan (timbal balik). Relasi mutualistik penting dipelihara dalam asuhan keperawatan. Oleh karena itu, beberapa nilai inti yang mesti dimiliki oleh perawat dalam asuhan keperawatan yaitu interaktif/interpersonal, hospitality dan atau kasih sayang, mendengarkan dan empati, simpati, profesional, sabar, teliti, berintegritas.

Bagaimana pola kerja model keperawatan multikultural? Pola kerjanya menggunakan lingkaran asuhan keperawatan berbasis budaya. Ada empat tahap kerja yang perlu dilakukan yaitu riset budaya, analisis, rencana kerja, evaluasi. Evaluasi bukan akhir dari pekerjaan melainkan berlanjut pada rencana tindak lanjut tatkala masih ditemukan kelemahan dalam praktik asuhan keperawatan sebelumnya. Jadi pola kerjanya berupa lingkaran keperawatan yang tak terputuskan. (Asmadi, 2008, hlm. 167–179; Holland dan Henriot, 1994, hlm. 23–30)

1. Riset budaya

Tahap ini fokus pada diagnosa budaya pasien. Ini tahap belajar dari pasien . Karena itu, biarkan pasien bicara tanpa intervensi dan rekayasa dari peneliti (data emik). Tujuannya untuk menghasilkan pemahaman yang utuh tentang budaya pasien dalam hubungannya dengan penyakit yang dialaminya. Titik berangkat riset budaya lebih relevan dari paradigma post positivistik, bersifat kualitatif. Tugas perawat sebagai peneliti ialah mengeksplorasi budaya pasien secara komprehensif.

Sebenarnya banyak model kerja yang bisa digunakan. Pada bagian ini diusulkan dua model saja yaitu model *sunrise* menurut Leininger dan model etnografi menurut Spradley. Kedua model ini menekankan bahwa memahami budaya pasien secara utuh dapat menghindari penolakan dari pasien yang pada gilirannya target perawatan dapat tercapai. Leininger menekankan fokus perhatian pada individu pasien, keluarganya, kelompok, komunitas atau institusi di sekitar pasien. Cara kerjanya 3 langkah yaitu dalam: 1. *world view*, dimensi kebudayaan dan struktur sosial pasien; 2. Konteks lingkungan, bahasa, dan sejarah etnografisnya; 3. Pengaruh nilai, sistem

kepercayaan, agama, politik, ekonomi, dan pendidikan pasien dalam kaitannya dengan konsep kesehatan, penyakit, dan kematian (lebih lanjut, lihat Leininger dan McFarland, 2002, hlm. 79–83).

Spradley mengusulkan langkah maju bertahap dengan dua belas langkah yakni menetapkan informan (misalnya pasien dan keluarganya), wawancara, mencatat informasi hasil wawancara dan observasi, ajukan pertanyaan deskriptif, analisis atas wawancara, analisis domain, ajukan pertanyaan struktural, analisis taksonomik, ajukan pertanyaan kontras, analisis komponen, menyusun tema-tema budaya, menyusun laporan. (Lebih lanjut, lihat Spradley dkk., 1997, hlm. 59–292).

2. Analisis

Sebenarnya analisis dilakukan selama riset. Namun di sini ditempatkan tersendiri untuk membedakan dengan tahap pengumpulan data. Pada tahap pengumpulan data, peneliti berperan sebagai pembelajar. Namun pada tahap analisis, peneliti melakukan interpretasi atas data yang dikumpul (data etik). Tugasnya memahami, mengidentifikasi, klasifikasi, dan menilai data temuan riset. Baik menggunakan analisis yang diajukan oleh Spradley maupun analisis sosial-budaya lainnya. Tahap ini untuk menemukan akar masalahnya atau realitasnya dari gejala budaya pasien yang indrawi.

3. Praktik asuhan keperawatan

Ini tahap rencana dan praktik keperawatan. Leininger menyebutnya sebagai tahap perawatan transkultural berupa pemeliharaan/preservasi, negosiasi/adaptasi,

dan restrukturisasi/rekonstruksi.(Leininger dan McFarland, 2002, hlm. 82). Tahap ini dilakukan setelah ditemukan akar masalah pasien. Jika pada tahap 1 dan 2 merupakan tahap observasi dan diagnosa, maka tahap ini memberi obat atas penyakit yang sesungguhnya dari hasil observasi dan diagnosa tersebut. Rencana dan tindakan asuhan keperawatan tergantung dari akar masalah pasien. Bisa saja yang paling dibutuhkan berupa pendampingan pastoral, edukasi kesehatan, pemberian obat medis, layanan administrasi, dan sebagainya. Namun umumnya akar masalah tidak tunggal, sehingga rencana dan tindakan asuhan keperawatan multikultural juga bersifat kombinasi-integratif dan partisipatif (melibatkan pasien dan keluarganya). Mungkin juga termasuk reformasi sistem pelayanan rumah sakit tatkala dalam riset ditemukan sistem yang ada dinilai kurang ramah budaya.

4. Evaluasi

Dampak dari praktik asuhan keperawatan yang telah dilakukan sebagaimana nomor 3 di atas harus dievaluasi. Apakah sudah sesuai target? Sejauh mana tingkat kepuasan pasien atas kualitas pelayanan perawat dan rumah sakit tersebut? Tatkala dinilai belum memuaskan, maka perlu membuat rencana tindak lanjut.

Rangkuman

1. Kesehatan dan gaya hidup suatu masyarakat sangat erat hubungannya dengan budaya. Sebab pada dirinya, gaya hidup merupakan ekspresi budaya seseorang ataupun kelompok. Pada saat yang sama,

gaya hidup menjadi salah satu variabel penentu kesehatan.

2. Memahami budaya pasien merupakan bagian yang tak terpisahkan dari keseluruhan tugas asuhan keperawatan. Kemampuan perawat dalam memahami budaya pasien akan menolongnya dalam mendiagnosa penyebab sakit yang pasien alami dan pada gilirannya mampu merencanakan strategi praktik keperawatan.
3. Masyarakat rumah sakit umumnya dan pasien khususnya berasal dari beragam budaya. Oleh karena itu, model keperawatan multikultural merupakan salah satu model yang relevan dalam asuhan keperawatan.
4. Model keperawatan multikultural menggunakan poka kerja lingkaran keperawatan yang dimulai dari riset budaya dan berakhir pada evaluasi.

Latihan Soal

1. Coba jelaskan hubungan antara budaya, kesehatan, dan model asuhan keperawatan yang relevan menurut anda!
2. Seorang Perawat di salah satu rumah sakit swasta harus menerima fakta luka lebam di wajahnya akibat mengalami kekerasan dari ayah pasien. Ayah pasien marah lantaran melihat tangan anaknya berdarah setelah perawat tersebut mencabut jarum infus. Ayah pasien langsung memukul dan menendang Perawat tanpa menunggu penjelasan dari perawat tersebut. Bagaimana pendapatmu atas kasus tersebut menurut paradigma budaya?
3. Seorang pemuda baru saja datang dari kampung ingin menjemput pamannya di ibukota Kecamatan. Pada sore hari, tiba-tiba dia muntah darah yang cukup

banyak. Beberapa orang menyarankan agar ia segera di bawa ke Puskesmas, tetapi ada juga yang berpendapat bahwa hal ini bukan karena penyakit medis, melainkan akibat makhluk halus, sehingga perlu dibawa ke dukun. Bagaimana anda menganalisis kasus tersebut dalam rangka menyusun asuhan keperawatan multikultural?

Daftar Pustaka

- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC.
- Bard, B., MacMullin, E., dan Williamson, J. (2021). *Morrison-Valfre's Foundations of Mental Health Care in Canada* (First). Elsevier, Inc.
- Berger, P. L. (1991). *Langit Suci*. Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial.
- Hall, E. T. (1990). *The Silent Language*. Anchor Books.
- Holland, J., dan Henriot, P. (1994). *Analisis Sosial & refleksi Teologis*. Penerbit Kanisius.
- Koentjaraningrat. (2009). *Pengantar Ilmu Antropologi*. Rineka Cipta.
- Kroeber, A. L., dan Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. The Museum.
- Kroeber, A. L., dan Kluckhohn, C. (1978). *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*. Kraus Reprint Co.
- Leininger, M. M., dan McFarland, M. R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice* (3rd ed). McGraw-Hill, Medical Pub. Division.
- Mulyana, D., dan Rakhmat, J. (2005). *Komunikasi Anterbudaya*. PT Remaja Rosdakarya.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., Hall, A., Novieastari, E., Ibrahim, K., Ramdaniati, S., dan Deswani, D. (2019). *Fundamentals of Nursing Vol 1- 9th Indonesian Edition* (9 ed.). Elsevier, Inc.
- Purnell, L. D., dan Paulanka, B. J. (Ed.). (2008). *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach* (3rd ed). F.A. Davis.
- Rahardjo, M. D. (1983). *Esei-Esei Ekonomi Politik*. Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial.

- Rahmi, S. (2021). *Komunikasi Interpersonal dan Hubungannya Dalam Konseling*. Syiah Kuala University Press.
- Soelaiman, M. M. (1998). *Dinamika Masyarakat Transisi: Mencari Alternatif Teori Sosiologi dan Arah Perubahan* (Cet. 1). Pustaka Pelajar
- Spradley, J. P., Elizabeth, M. Z., dan Amirudin. (1997). *Metode etnografi*. Tiara Wacana Yogya.
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture: Researches Into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom* (Vol. 1). John Murray.

Profil Penulis



Sanon. Putra asal Dusun Kedomba Kab.Sintang-Kalimantan Barat ini menyelesaikan pendidikan S1 pada tahun 2008 di Sekolah Tinggi Teologi Gereja Kalimantan Evangelis. Lalu ditugaskan untuk mengabdikan sebagai dosen tetap di STT GKE sejak tahun 2010. Atas dukungan institusi, penulis melanjutkan pendidikan S2 pada tahun 2011 di Sekolah Tinggi Teologi Jaffray Jakarta dan lulus tahun 2013. Kesadaran akan pentingnya pengembangan diri telah mendorongnya untuk melanjutkan studi doktoral pada Sekolah Tinggi Filsafat Teologi Jaffray Makassar sejak tahun 2020. Selama studi, penulis fokus pada studi teologi bidang misiologi. Mengampu mata kuliah Misiologi dan Metode penelitian.

Dalam rangka mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan penelitian dibidang teologi dan sosial budaya. Beberapa penelitian yang telah didanai oleh internal perguruan tinggi dan diterbitkan pada Jurnal Nasional. Keaktifannya dalam beberapa pertemuan ilmiah dan pengabdian masyarakat merupakan bagian yang tak terpisahkan dari tugas tridarma perguruan tinggi. Email Penulis: sanonsttge@gmail.com

ANTROPOLOGI KESEHATAN

UNTORO DWI RAHARJO

Pendahuluan

Bab ini akan membahas tentang interaksi budaya terhadap kesehatan baik individu maupun masyarakat. Ilmu antropologi adalah cabang ilmu yang mempelajari manusia berikut segala atribut yang membentuknya, baik fisik; komunitas; dan budaya. Pemahaman tentang bagaimana interaksi setiap atribut terhadap konsep dan respon individu terhadap isu kesehatan akan membantu praktik keperawatan yang holistik dan menghargai martabat klien. Setelah mempelajari Bab ini, diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang:

1. Konsep antropologi dalam kesehatan
2. Etiologi penyakit
3. Konsep sehat sakit
4. Peran dan perilaku pasien
5. Respon sakit atau nyeri pasien berdasarkan faktor budaya

Konsep Antropologi dalam Kesehatan

Antropologi merupakan cabang ilmu yang mempelajari tentang manusia. Istilah ini berasal dari bahasa Yunani, yaitu *anthropos* (manusia) dan *logos* (ilmu). Ilmu antropologi berusaha untuk mempelajari manusia secara utuh dengan segala atributnya, seperti aspek fisik; masyarakat; maupun kebudayaan yang dimiliki. Interaksi antar atribut tersebut akan membentuk suatu perilaku spesifik pada manusia. Secara umum ilmu antropologi dibagi menjadi dua bagian, yaitu antropologi fisik dan antropologi budaya. Antropologi fisik merupakan cabang ilmu antropologi yang mempelajari tentang evolusi manusia baik fisik maupun variasi biologis yang membentuk karakteristik biologis manusia. Antropologi budaya bertujuan untuk memahami bagaimana praktik sosial, bentuk ekspresif, komunikasi, dan penggunaan simbol-simbol bahasa sebagai pada manusia.

Menurut Sobo (2016), konsep budaya merupakan isu fundamental untuk memahami kesehatan karena perilaku seseorang dan praktik tenaga kesehatan dipengaruhi oleh budaya. Hal ini membentuk bagaimana tenaga kesehatan memandang suatu hal secara *emic* atau *etic*. Perspektif *emic* merupakan suatu pendekatan yang mengedepankan sudut pandang si pelaku (pasien) sedangkan perspektif *etic* merupakan pendekatan budaya berdasarkan sudut pandang orang luar (tenaga kesehatan). Kedua perspektif ini berguna untuk mengurangi etnosentrisme dalam melakukan layanan kesehatan. Kajian antropologi kesehatan berusaha untuk mengidentifikasi bagaimana pemaknaan dan perilaku individu tau masyarakat dalam merespon kondisi sakit dalam dua sisi yang berbeda, yaitu sisi biologi dan sisi sosial budaya.

Ilmu antropologi dalam dunia kesehatan memiliki peran sebagai akar untuk mendesain suatu intervensi,

investigasi, interpretasi, merespon, dan menganalisis masalah kesehatan sesuai dengan konteks budaya pasien atau masyarakat (Stellmach et al., 2018). Lingkup aplikasi dari ilmu antropologi dalam kesehatan sebagai berikut:

1. Pada konteks kesehatan masyarakat
 - a. Pengembangan program imunisasi, keluarga berencana, serta kesehatan ibu dan bayi sesuai karakter masyarakat.
 - b. Pengembangan program pencegahan dan rehabilitasi NAPZA berbasis budaya.
 - c. Pendekatan pendidikan kesehatan sesuai karakteristik masyarakat.
 - d. Integrasi pengobatan modern dan tradisional.
2. Pada konteks fisik dan biologi
 - a. Pendekatan budaya pada pemenuhan nutrisi pasien.
 - b. Kajian etnokologi dan praktik kesehatan tradisional.
 - c. Membangun pengembangan masyarakat lintas budaya dalam memenuhi kebutuhan kesehatan.
3. Pada konteks klinis
 - a. Evaluasi dan pengkajian etiologi suatu penyakit.
 - b. Identifikasi gangguan mental berdasarkan konteks budaya dan kaitannya.
 - c. Pengembangan intervensi komplementer pada masyarakat tertentu.

Etiologi Penyakit

Potter and Perry (2016) menjelaskan bahwa kesehatan dalam perspektif budaya merupakan bagaimana perspektif individu dalam menggambarkan pengalaman transisi kehidupan maupun fenomena sehat sakit. Persepektif ini memiliki karakteristik yang berbeda-beda pada setiap budaya. Dalam menggambarkan penyebab penyakit antara satu masyarakat dan masyarakat lain memiliki cara pandang yang berbeda. Bagi masyarakat modern, etiologi suatu penyakit diidentifikasi berasal dari hal yang rasional seperti faktor biomedis atau kecelakaan sedangkan pada masyarakat tradisional etiologi penyakit dapat dikaitkan dengan hal yang bersifat mistis, religi, maupun ketidakseimbangan antara manusia dengan lingkungan alam.

Kepercayaan budaya seseorang sangat memengaruhi bagaimana individu mengidentifikasi etiologi penyakitnya. Chin & Rahman (2017) mengidentifikasi persepsi Suku Bajau terhadap fenomena *near-death experience* (NDE) atau mati suri. Mereka mempercayai bahwa kondisi NDE disebabkan oleh dua faktor, yaitu faktor intrinsik (angin dan faktor psikologis) serta faktor ekstrinsik (ilmu sihir, roh halus, dan kosmik). Pada kasus Suku Lere di daerah Sulawesi Tengah, mereka percaya bahwa penyakit eksim disebabkan oleh berbagai hal seperti polusi, gigitan serangga, cuaca, dan hal mistis (Zainuddin et al., 2019). Naibili & Rochmawati (2019) mengidentifikasi persepsi etiologi gangguan mental. Menurut masyarakat tradisional, gangguan mental disebabkan oleh hal yang bersifat religi dan gangguan roh halus sedangkan pada masyarakat yang lebih modern menganggap gangguan jiwa disebabkan oleh masalah psikososial, kepribadian, dan fisik.

Orientasi kelompok masyarakat terhadap suatu etiologi penyakit kadang bertentangan dengan ilmu kesehatan.

Hal ini bukanlah sesuatu yang sepenuhnya harus disalahkan namun merupakan suatu informasi bahwa kebudayaan setempat membentuk cara pandang mereka terhadap masalah kesehatan yang sedang dialami.

Konsep Sehat Sakit

Konsep sehat sakit merupakan hal yang harus dipahami oleh setiap tenaga kesehatan. Definisi sehat menurut WHO merupakan keadaan yang sejahtera baik secara fisik, mental dan sosial yang tidak terbatas pada ada atau tidaknya suatu penyakit. Kondisi sakit secara umum merupakan respon biologis tubuh terhadap suatu stimulus baik biologis, benda asing, ataupun injuri sehingga menurunkan kemampuan adaptif individu (Asriwati & Irawati, 2019; Potter & Perry, 2016). Konsep sehat-sakit digambarkan dalam suatu rentang yang mana setiap individu dapat berada pada posisi yang berbeda tergantung kondisi dan respon individu terhadap sakitnya.



Gambar 2.
Rentang Sehat Sakit menurut Holistic Health Model

Peran dan Perilaku Pasien

Perilaku yang terbentuk pada suatu masyarakat merupakan interaksi dari banyak aspek. Aspek-aspek ini dikelompokkan sebagai determinan sosial kesehatan. Perilaku adalah sekumpulan aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat baik yang secara langsung maupun tidak langsung dapat orang lain amati. Karena memengaruhi bagaimana masalah kesehatannya pada masyarakat,

determinan kesehatan ini menjadi aspek yang penting dalam menentukan morbiditas dan mortalitas suatu komunitas (Schröders et al., 2017). Determinan yang turut membentuk perilaku dan kebutuhan kesehatan pasien, yaitu:

1. Jenis kelamin

Pada jenis kelamin tertentu, probabilitas suatu penyakit akan lebih tinggi dibandingkan yang lain. Contoh wanita memiliki risiko menderita kanker serviks sedangkan pria memiliki risiko kanker prostat.

2. Usia

Terdapat perbedaan karakter kebutuhan dan masalah kesehatan pada setiap golongan usia. Usia bayi dan anak-anak lebih rentan mengalami masalah infeksi saluran pernapasan sedangkan usia dewasa dan lansia cenderung memiliki masalah penyakit tidak menular.

3. Pendidikan

Semakin tinggi pendidikan seseorang maka kesadaran dan pengetahuan tentang penanganan masalah kesehatan cenderung lebih baik.

4. Status ekonomi

Kelompok masyarakat yang memiliki status ekonomi lebih tinggi mempunyai akses ke pelayanan kesehatan lebih baik dibandingkan kelompok ekonomi lebih rendah. Hal ini dapat meningkatkan kerentanan pada kelompok masyarakat dengan status ekonomi rendah. Di sisi lain, kelompok masyarakat ekonomi tinggi lebih juga lebih rentan terhadap masalah obesitas dan penyakit tidak menular karena pola diet dan aktivitas yang kurang baik.

5. Pekerjaan

Jenis pekerjaan memengaruhi kejadian penyakit pada masyarakat. Buruh pabrik memiliki risiko masalah kecelakaan kerja. Pada kelompok petani, risiko paparan lingkungan dapat memicu masalah infeksi kulit atau infeksi akibat cacing. Karyawan perusahaan memiliki risiko obesitas karena pola aktivitas yang kurang dan paparan radiasi dapat memengaruhi kesehatan mata.

6. Tempat tinggal

Akses kesehatan masyarakat di area perkotaan lebih baik dibandingkan masyarakat di pedesaan. Sebagai alternatif, masyarakat pedesaan lebih sering menggunakan pengobatan tradisional seperti pergi ke dukun, menggunakan obat herbal, atau ritual-ritual lainnya.

7. Status marital

Perilaku dan kebutuhan pemenuhan kesehatan antara kelompok menikah dan belum menikah berbeda. Kelompok masyarakat yang sudah menikah cenderung mencari program keluarga, kesehatan ibu dan anak, atau program kesehatan bagi lansia. Pada kelompok belum menikah, pemenuhan kebutuhan kesehatan cenderung berpusat pada kebutuhan pribadi.

8. Suku/etnis

Terdapat perbedaan perilaku kesehatan antar berbagai etnis. Pada beberapa suku, mereka lebih mempercayai khasiat ramuan obat tradisional dibandingkan pengobatan modern sedangkan masyarakat di suku yang lain lebih mempercayai kontribusi ritual mistis seperti pengusiran roh jahat untuk membantu kesembuhan seseorang.

9. Pelayanan kesehatan

Interaksi antara tenaga kesehatan dengan pasien membentuk pola pemenuhan kesehatan. Konstrain hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien akan menimbulkan jarak sehingga pelayanan dapat terganggu.

10. Dukungan sosial

Dukungan keluarga, teman, dan komunitas memengaruhi capaian kesehatan seseorang. Sebagai contoh, dukungan komunitas diabetes melitus yang baik akan meningkatkan kepatuhan penderita diabetes melitus terhadap terapi yang dijalani.

11. Agama

Setiap agama mempunyai peran berbeda dalam membentuk perilaku seseorang dalam memenuhi kesehatannya. Umat muslim akan memilih intervensi atau diet halal. Umat kristiani cenderung lebih fleksibel dalam menentukan pilihan layanan kesehatan yang diterima.

Perilaku sakit adalah serangkaian upaya individu untuk mengatasi kondisi sakitnya. Perilaku sakit didasarkan pada konsep ekspektasi pada perilaku yang tepat, hak, dan kewajiban berhubungan dengan kebutuhan kedudukan tertentu (Singer, 2015). Ketika individu yang sakit maka akan berusaha menghubungi atau mendapatkan layanan kesehatan. Tahapan perilaku sakit ini akan melewati beberapa fase, yaitu:

1. Pengalaman terhadap gejala

Individu merasakan perubahan pada tubuhnya, seperti nyeri; demam; ketidaknyamanan; dan sebagainya yang merupakan sinyal bahwa terjadi sesuatu yang tidak normal pada tubuh.

2. Asumsi tentang peran sakit

Ketika individu mulai mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami, mereka mencoba mencari validasi dari orang lain. Hal ini mendorong mereka untuk berusaha mencari solusi dari kondisi yang sedang dialami.

3. Kontak dengan layanan kesehatan

Pada fase ini, individu berusaha untuk mendapatkan validasi dari seseorang yang kompeten dan berupaya untuk memperoleh pengobatan. Keputusan pengobatan akan berkaitan dengan faktor etnis, sosial, dan ekonomi pada individu.

4. Fase dependensi klien

Ketika individu mendapatkan penanganan pengobatan, maka ia dalam fase dependensi terhadap layanan kesehatan. Individu akan berusaha mengikuti rekomendasi yang diberikan oleh pemberi layanan kesehatan untuk mencapai kesembuhan.

5. Fase rehabilitasi

Setelah individu melewati kondisi sakit, maka serangkaian ritual; aktivitas; maupun kegiatan akan muncul sebagai indikasi bahwa kondisi sakit akan segera selesai. Akan tetapi, pada beberapa kondisi penyakit akan membawa dampak stigmatisasi pasca perawatan seperti pada kasus HIV/AIDS (Singer, 2015).

Respon Sakit Atau Nyeri Pasien Berdasarkan Faktor Budaya

Potter and Perry (2016) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman yang bersifat subyektif terkait ketidaknyamanan terhadap kerusakan jaringan atau potensial kerusakan jaringan tubuh. Pengalaman

terhadap nyeri akan membentuk respon adaptasi pasien terhadap nyeri tersebut. Faktor determinan turut memengaruhi bagaimana seseorang mendefinisikan nyeri. Contoh seorang wanita yang sudah pernah melahirkan akan memiliki definisi dan respon nyeri yang berbeda dengan wanita yang baru akan melakukan persalinan. Dalam konteks budaya, ekspresi seseorang akan kondisi sakit atau nyeri memiliki perbedaan. Pada budaya tertentu, menunjukkan rasa kesakitan dengan cara menangis atau berteriak merupakan hal yang wajar sedangkan budaya lain tidak.

Sensitivitas tenaga kesehatan dalam menangani masalah nyeri pada pasien berdasarkan budayanya menjadi hal penting agar tidak terjadi kesalahan dalam interpretasi dan intervensi (Meeus *et al.*, 2018; Sharma, Abbott and Jensen, 2018; Sharma *et al.*, 2020). Dalam penelitian Jun *et al.* (2020), walaupun kejadian nyeri leher pada karyawan di Korea dan Australia tidak berbeda namun karyawan di Korea memiliki risiko yang lebih tinggi karena budaya jam kerja yang lebih panjang dan kurang aktivitas fisik. Hal ini menunjukkan bahwa determinan pekerjaan dan tempat tinggal menjadi salah satu penentu etiologi suatu penyakit.

Beberapa contoh upaya yang biasa dilakukan oleh pasien untuk mengatasi nyeri atau kondisi sakit yang dialami yaitu mengabaikan rasa sakit, berdoa, distraksi, mendramatisasi, dan mencari dukungan sosial. Orang Afrika Amerika cenderung lebih fokus pada koping emosi dibandingkan orang Kaukasia namun orang Kaukasia memiliki efikasi diri lebih tinggi dalam menangani kondisi nyerinya. Pada beberapa studi menunjukkan bahwa penduduk Timur Tengah memiliki ketahanan nyeri yang lebih tinggi dibandingkan Ras Kaukasia (Meeus *et al.*, 2018; Sharma *et al.*, 2020). Pemahaman terhadap budaya pasien terhadap kondisi sakitnya akan membantu tenaga

kesehatan dalam menentukan intervensi yang sesuai dengan pasien.

Pemahaman pengaruh budaya terhadap perilaku sehat-sakit pada seseorang akan membantu tenaga kesehatan untuk menentukan masalah dan menyusun program perawatan yang sesuai dengan pasien. Berbagai macam determinan sosial kesehatan dapat dikaji lebih dalam oleh tenaga kesehatan untuk mendapatkan informasi yang komprehensif. Tenaga kesehatan seyogyanya mampu memahami dan menjaga martabat pasien ketika memberikan layanan kesehatan. Luaran dari pendekatan antropologi ini adalah untuk memastikan mutu dan keselamatan pelayanan bagi pasien.

Rangkuman

Antropologi kesehatan merupakan cabang ilmu yang mempelajari manusia secara utuh dengan mempertimbangkan faktor budaya di dalamnya. Dalam menentukan etiologi masalah kesehatan, tenaga kesehatan harus mempertimbangkan perspektif budaya pasien. Konsep sehat-sakit merupakan dasar untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien saat ini. Identifikasi ini dapat didukung dengan melakukan pengkajian terhadap setiap determinan sosial kesehatan yang membentuk konsep sehat-sakit pada pasien. Pendekatan budaya terhadap respon pasien ketika menghadapi kondisi sakit akan membantu tenaga kesehatan untuk mengetahui etiologi dan strategi yang harus dikembangkan untuk mengatasi masalah pasien.

Latihan Soal

1. Bagaimanakan implikasi dari perspektif *emic* dan perspektif *etic* dalam praktik pelayanan kesehatan? Berikan contoh!

2. Determinan sosial kesehatan apa yang paling berpengaruh pada kesehatan orang Indonesia? Jelaskan alasan Anda!
3. Berikan contoh kasus perilaku sakit pada konteks kebudayaan di daerah Anda!
4. Bagaimana strategi Anda dalam menghadapi masalah kesehatan pada individu/masyarakat yang memiliki budayanya bertolak belakang dengan keilmuan Anda?
5. Buatlah program/intervensi untuk menangani masalah kesehatan dengan mempertimbangkan budaya tempat Anda tinggal!

Daftar Pustaka

- Asriwati, & Irawati. (2019). *Buku Ajar: Antropologi Kesehatan dalam Keperawatan*. Deepublish.
- Callister, L. C. (2003). Cultural Influences on Pain Perceptions and Behaviors. *Home Health Care Management and Practice*, 15(3), 207–211. <https://doi.org/10.1177/1084822302250687>
- Chin, L. F. H., & Rahman, M. K. A. (2017). Berasik Healing Ritual Performance: Illness Etiology Perspectives amongst Bajau Sama Natives Practices. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(11), 233–247. <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v7-i11/3455>
- Jun, D., Johnston, V., McPhail, S. M., & O’Leary, S. (2020). A Longitudinal Evaluation of Risk Factors and Interactions for the Development of Nonspecific Neck Pain in Office Workers in Two Cultures. *Human Factors*, 00(0), 1–21. <https://doi.org/10.1177/0018720820904231>
- Meeus, M., Orhan, C., Looveren, E. Van, Cagnie, B., Mukhtar, N. B., & Lenoir, D. (2018). Systematic Review Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *Pain Physician*, 21, 541–558. www.painphysicianjournal.com
- Naibili, M. J. E., & Rochmawati, E. (2019). The Role of Culture on Community Perception About Mental Disorder. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 7(2), 173–186.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2016). *Fundamental of Nursing* (9th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Schröders, J., Wall, S., Hakimi, M., Dewi, F. S. T., Weinehall, L., Nichter, M., Nilsson, M., Kusnanto, H., Rahajeng, E., & Ng, N. (2017). How is Indonesia Coping with Its Epidemic of Chronic Noncommunicable Disease? A Systematic Review with Meta-analysis. In *PLoS ONE* (Vol. 12, Issue 6).

- Sharma, S., Abbott, J. H., & Jensen, M. P. (2018). Why Clinicians Should Consider The Role of Culture in Chronic Pain. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(5), 345–346. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.07.002>
- Sharma, S., Ferreira-Valente, A., Williams, A. C. D. C., Abbott, J. H., Pais-Ribeiro, J., & Jensen, M. P. (2020). Group Differences Between Countries and between Languages in Pain-related Beliefs, Coping, and Catastrophizing in Chronic Pain: A Systematic Review. *Pain Medicine (United States)*, 21(9), 1847–1862. <https://doi.org/10.1093/PM/PNZ373>
- Singer, M. (2015). *The Anthropology of Infectious Disease*. Left Coast Press, Inc.
- Sobo, E. J. (2016). *Culture & Meaning in Health Service Research: A Practical Guidance*. Routledge.
- Stellmach, D., Beshar, I., Bedford, J., Du Cros, P., & Stringer, B. (2018). Anthropology in Public Health Emergencies: What is Anthropology Good for? *BMJ Global Health*, 3(2), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000534>
- Zainuddin, S., Dafara, I., Patta, A. K., Karim, I., & Pasinringi, A. (2019). Local Culture Influence in Transforming Disease Knowledge and Understanding of Lere Community. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 4(11), 833–836.

Profil Penulis



Untoro Dwi Raharjo, S.Kep., Ns., Ketertarikan penulis untuk belajar tentang kesehatan membuat penulis mengambil Pendidikan Sarjana setelah lulus dari SMK N 2 Depok Yogyakarta Jurusan Kimia Analisis pada tahun 2012. Penulis menyelesaikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta pada tahun 2018. Setelah mendapatkan gelar sarjana, penulis memulai karir menjadi asisten dosen di Program Studi Ners Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta selama 2 tahun.

Saat ini, penulis sedang menempuh studi lanjut jenjang S2 di Universitas Gadjah Mada pada Program Studi *Master of Health Policy and Management* dengan peminatan Sistem Informasi dan Manajemen Kesehatan (SIMKES). Konsentrasi bidang yang ditekuni oleh penulis adalah analisis *big data* dalam kesehatan dan informatika kesehatan masyarakat.

Email penulis: untorodwiraaharjo@gmail.com

BAB 11

PROSES KEPERAWATAN TRANSKULTURAL

IRWAN HADI

Pendahuluan

Bab ini menjelaskan profil dan sejarah keperawatan *transcultural*, sumber teoritis keperawatan *transkultural*, paradigma keperawatan *transkultural* dan proses keperawatan *transkultural*. Bab ini juga dilengkapi dengan rangkuman dan soal latihan sebagai evaluasi proses pembelajaran yang dilakukan. Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu;

1. Memahami dan menjelaskan teori dan konsep keperawatan transkultural,
2. Mengembangkan konsep keperawatan transkultural sesuai dengan budaya yang ada di lingkungannya.
3. Mengaplikasi proses keperawatan transkultural

Konsep dan Proses Keperawatan Transkultural

1. Profil dan Sejarah Keperawatan *Transkultural*

Madeleiner M. Leininger merupakan perawat yang memprakasih keperawatan *transcultural* dan merupakan pemimpin dalam teori keperawatan *transkultural* dan teori *human care*. Leininger seorang perawat profesional pertama yang mendapatkan

gelar Ph.D dalam antropologi budaya dan social. Lahir di Sultton, Nebraska, dan memulai karirnya sebagai seorang perawat St. Anthony di Denver. Pada tahun 1950 ia mendapatkan gelar serjananya pada bidang ilmu biologi dari Benedictine college di Atchison, Kansas, tempat dimana ia juga mempelajari sedikit ilmu *humanistic* dan filosofi. Setelah lulus, ia berkerja sebagai instruktur, perawat pelaksana, dan kepala perawat di unit Medik dan Bedah serta membuka unit psikiatri ketika ia menjabat sebagai direktur keperawatan di St. Josephs Hospital di Omaha, pada masa itu, dia melanjutkan pendidikan keperawatannya di Creigohto University di Omaha, Nebraska. (Leininger, 1995c, 1996b).

Pada tahun 1954 Leininger mendapat gelar masternya dalam keperawatan jiwa dari Catholic University Of America Di Washington, DC, ia kemudian berkerja pada fakultas kesehatan University Of Cincinnati, tempa dimana ia juga melalui program spesialis dengan peminatan keperawatan jiwa pada anak, ia mempraksai berdirinya program pasca serjana untuk keperawatan jiwa University of Cincinnati dan pusat keperawatan jiwa terapiuatik di Rumah Sakit Universitas Di Cincinnati., pada masa itu, Leininnger dan Hofling menulis sebuah buku keperawatan jiwa dasar yang berjudul *Basic Psiatric Nurse Consept* yang diterbitkan pada tahun 1960 dalam 11 bahasa.

Ketika di Cucinnati, Leinninger menemukan bahwa staf keperawatan masih kurang memahami tentang faktor- faktor budaya yang dapat mempengaruhi perilaku anak- anak. Leininger mengamati bagaimana anak- anak yang berasal dari latar belakang budaya yang beragam, memiliki respons yang berbeda-beda terhadap perawat dan intervensi kejiwaan yang diterimanya sehingga membuat Leininger sangat

khawatir, ia juga mengkhawatirkan tentang bagaimana tindakan dan keputusan keperawatan yang diambil olehnya maupun stafnya yang lain, tidak cukupnya adekuat untuk membatu anak-anak tersebut. Leininger mengajukan banyak pertanyaan pada dirinya sendiri dan pada staf mengenai perbedaan budatnya pada anak-anak dan hasil dari terapi yang telah dijalani. Leininger juga mengamati bahwa hanya sedikit stafnya yang memiliki pengetahuan tentang faktor-faktor budaya pada diagnosis dan intervensi klien, Margaret Mead menjadi dosen tamu di departemen psikiatri University Of Cincinnati, dan pada kesempatan tersebut Leininger berdiskusi dengan tentang hubungan potensial antara keperawatan dengan antropologi, meskipun tidak dapat didorong dimana Leininger tetap memutuskan untuk melanjutkan pendidikan doktornya dengan fokus antropologi budaya, social, dan psikologi di University Of Washington, Seattle. Sebagai mahasiswa program doctoral Leininger mempelajari banyak kebudayaan. Ia menemukan antropologi sebagai ilmu yang menyenangkan dan ia percaya bahwa semua perawat juga menyukai ilmu ini. dia berfokus pada orang-orang Gadsup dari dataran tinggi Timu dari New Guniea, dia mana ia tinggal bersama masyarakat asli selama 2 tahun serta melakukan studi *etnografi* dan *etnonursing* di dua desa tersebut (Leininger, 1995c, 1996b). Dia tidak hanya dapat mengobservasi fitur unik dari suatu budaya, tetapi juga mengamati sejumlah perbedaan budaya yang terkait dengan praktik caring dan kesehatan, berdasarkan hasil penelitian mendalam yang dilakukannya disertai pengalaman yang didapatnya langsung dari orang-orang Gadsup dia mengembangkan teori asuhan budaya miliknya, yaitu *Culture Care Theory Of*

Diversity And Universality atau teori *Culture Care* dan metode *Ethnonursing* (Leininger, 1978, 1981, 1995C,).

Teori asuhan budaya Leininger telah digunakan di seluruh dunia dan terus berkembang sesuai dengan penemuan pengetahuan dari berbagai kebudayaan. Leininger menginisiasi terbentuknya ikatan keperawatan Transcultural Nasional (*national transcultural nursing society*) pada tahun 1978 guna memfasilitasi perawat untuk mempelajari fenomena asuhan yang manusiawi (Leininger dan Weston, 1991). Dia juga menginisiasi *Journal of Transcultural Nursing* di tahun 1989 dan menjadi Editor dalam jurnal tersebut sampai dengan tahun 1995.

Leininger berkerja dengan sangat antusias untuk mengajak para perawat pendidik dan praktisioner untuk memasukkan keperawatan transkultural dan konsep- konsep keperawatan budaya yang spesifik kedalam kurikulum keperawatan dan praktik klinik untuk semua aspek keperawatan. Dia tetap aktif pada dua disiplin ilmu dan terus berkontribusi untuk keperawatan dan antropologi, baik dalam konferensi dan penemuan nasional maupun internasional. Leininger tinggal di Omaha, Nebraska, dan sudah dalam masa pensiun namun tetap aktif dalam memberikan konsultasi, menulis, dan mengajar, cita-citanya adalah ingin mendirikan institut keperawatan *transcultural* untuk memfasilitasi dan mendukung tentang penilaian terkait keperawatan *transcultural* dan fenomena kesehatan.

Leininger telah menulis atau mengedit lebih dari 30 buku yang termaksud dalam bibliografi serta lebih dari 200 artikel dan 45 buku. Dia telah tampil dalam beberapa film, Video, DVD, dan laporan penelitian yang berfokus pada keperawatan *transcultural* dan fenomena kesehatan, masa depan keperawatan, dan

topic-topic yang relevan dalam keperawatan dan antropologi. Ia bertugas di depan dewan editorial dan juga aktif dalam kelompok ilmuwan keperawatan *transkultural* dan website miliknya (www.madeleinne.jeinniger.com). Dia merupakan salah satu penulis dalam dunia keperawatan yang paling aktif, produktif, inovatif, dan futuristik, yang menyediakan materi- materi baru dan substantif mengenai keperawatan *transkultural* yang berbasis penelitian untuk memajukan keperawatan sebagai disiplin ilmu dan profesi.

2. Sumber-Sumber Teoritis

Teori leininger berasal dari dua disiplin ilmu, yaitu ilmu keperawatan dan antropologi (leininger, 1991b, 1995c, leininger dan Mcfarland, 2002b, 2006). Ia mendefinisikan keperawatan transkultural sebagai area utama keperawatan yang berfokus pada studi komporasi dan analisis dari keragaman budaya dan sub budaya di dunia dengan memperhatikan nilai caring, ekspresi, kepercayaan tentang sehat- sakit, serta pola perilaku mereka.

Tujuan dari teori tersebut adalah untuk menemukan keragaman dan universalitas asuhan manusiawi dihubungkan dengan cara pandang dunia, struktur sosial, dan dimensi lain dan kemudian untuk menemukan cara untuk menyediakan perawatan yang sesuai secara budaya pada orang dengan budaya yang sama maupun berbeda guna menjaga atau memulihkan kesehatan atau kesejahteraan mereka, atau untuk menghadapi ajal dengan carayang sesuai dengan kebudayaan mereka. Tujuan dari teori ini adalah untuk meningkatkan atau menyediakan perawat yang sesuai budaya untuk klien, keluarga, atau kelompok budaya (leininger, 1991b).

Keperawatan transkultural lebih dari sekedar kesadaran untuk menggunakan ilmu keperawatan yang sesuai budaya dan penuh tanggung jawab (Leininger, 1995c). Leininger menyatakan bahwa akan ada praktik keperawatan yang didefinisikan secara *kultural*, serta berdasarkan dan spesifik secara kultural guna mengarahkan asuhan keperawatan yang disiapkan untuk individu, keluarga dan kelompok. Konsep dari asuhan manusiawi mencakup pada fenomena abstrak dan nyata dengan ungkapan membantu, mendukung, memampukan, dan memfasilitasi cara untuk membantu diri sendiri atau orang lain yang memiliki kebutuhan actual ataupun kebutuhan yang diantisipasi guna meningkatkan kesehatan, kondisi manusia, atau cara hidup, atau untuk menghadapi hendanya atau kematian. Budaya mencakup pada cara hidup yang berpola, nilai-nilai, keyakinan, normal-normal simbol, dan praktik dari individu, kelompok, dan biasanya diteruskan dari generasi ke generasi.

Asuhan budaya mencakup pada perilaku *caring* yang secara budaya dibentuk untuk bersifat membantu, mendukung, memampukan atau memfasilitasi terhadap diri sendiri maupun orang lain yang berfokus pada kebutuhan – kebutuhan yang belum terjadi atau kesejahteraan klien, atau untuk menghadapi kematian atau kondisi manusia lain.

3. Paradigm Keperawatan

Asumsi utama dari culture care Theory of Diversity and universality milik leininger berasal dari karya definitive leininger pada teori tersebut (leininger, 1991b; leininger dan Mcfarland, 2002a, 2006).

a. Keperawatan

Care adalah esensi dari keperawatan dan merupakan focus yang khusus, dominan, inti, dan mempersatukan. Perawat bersis budaya (*caring*) merupakan sesuatu yang bersifat esensial untuk kesejahteraan, kesehatan, pertumbuhan dan pertahanan, serta untuk untuk menghadapi hendaya dan kematian. Perawat berbasis budaya merupakan makna yang paling komprehesif dan *holistic* untuk mengetahui, menjelaskan mengidentifikasi, dan memprediksi fenomena asuhan keperawatan dan untuk memandu keputusan dan tindakan keperawatan. Keperawatan transkultural merupakan disiplin ilmu dan profesi yang humanis dan ilmiah, yang tujuan utamanya adalah untuk melayani individu, kelompok, komunitas dan masyarakat. *Caring* yang berbasis budaya merupakan sesuatu yang esensial untuk intervensi dan pemulihan, dan bahwa tidak mungkin kesembuhan tanpa adanya *caring* tetapi *caring* dapat tetap ada tanpa ada kesembuhan.

b. Manusia

Setiap budaya manusia memiliki pengetahuan dan praktik perawat tradisional dan biasanya pengetahuan dan praktik perawat professional, yang berbeda- beda baik secara *transkultural*. Nilai- nilai asuhan budaya, keyakinan, dan praktik dipengaruhi oleh adanya kecenderungan terikat dengan pandangan dunia, bahasa, filosofi, agam (dan spituralitas), kekerabatan sosial, politik, hukum, pendidikan, ekonomi, teknologi, riwayat entis, dan lingkungan dari konteks budaya.

c. Kesehatan

Perawat yang bermanfaat, menyehatkan, dan memuaskan secara budaya dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan individu, keluarga, kelompok, dan komunitas didalam konteks lingkungan mereka. Asuhan keperawatan yang sesuai budatya dan dapat dirasakan manfaatnya hanya dapat terjadi ketika nilai- nilai perawat, ekspesi, atau pola telah di ketahui dan digunakan secara ekspresi untuk perawat yang sesuai, aman, dan bermakna. Terdapat perasaan dan perbedaan *culturel care* antara perawat professional dan perawat tradisional dari klien dalam budaya manusia di seluruh dunia.

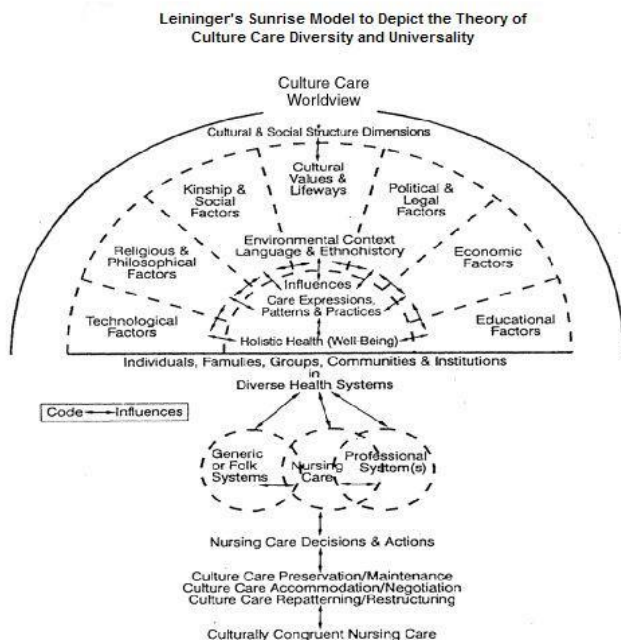
d. Lingkungan

Konflik budaya, kerugian praktik, stres budaya, dan nyeri terkait budaya mereflesikan kurangnya pengetahuan tentang asuhan budaya yang merupakan dasar untuk dapat membetikan perawatan sesuai budaya, bertanggungjawab, aman dan *sensitive*. Metode penelitian keperawatanen mberi makna penting untuk dapat menemukan dan menginterpretasikan data yang terkait emic dan etic, data kompleks, dan data dengan beragam asuhan budaya secara akurat (leining, 1991b hal. 44- 45).

Proses Keperawatan Transcultural Nursing

Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan kepada klg sesuai dengan latar belakang budayanya ditujukan memandirikan individu sesuai dengan budaya klg. Strategi yang digunakan dalam asuhan keperawatan adalah perlindungan/mempertahankan budaya, mengakomodasi/negoosiasi budaya dan

mengubah/mengganti budaya klien (Leininger, 1991 Model Konseptual yang dikembangkan oleh Leininger untuk menjelaskan asuhan keperawatan dalam konteks budaya digambarkan dalam bentuk matahari terbit (Sunrise Model).



Gambar 1.

Sunrise Model oleh Leinger menjadi acuan dalam melakukan proses keperawatan dan menjadi landasan berpikir dan memberikan solusi pada permasalahan yang dialami klien. (Andrew and Boyle, 1995). Pengelolaan asuhan keperawatan yang dilakukan melalui proses dan tahapan pengkajian, tahapan diagnosa keperawatan, tahapan perencanaan, tahapan pelaksanaan dan tahapan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Tahapan Pengkajian merupakan proses mengidentifikasi dan mengumpulkan data permasalahan Kesehatan klien sesuai dengan latar belakang budaya. Pengkajian dirancang berdasarkan 7 komponen yang ada pada "Sunrise Model" yaitu :

a. Faktor teknologi (Tecnological Factors)

Pengkajian teknologi Kesehatan pada proses pengkajain budaya dimungkinkan bagi klien untuk dapat memilih dan mendapatkan penawaran dalam menyelesaikan masalah pelayanan kesehatan. Dalam tahapan ini perawat melakukan kajian terhadap persepsi sehat dan sakit, kebiasaan berobat dan mengatasi masalah, alasan mencari bantuan, alasan klien memilih pengobatan alternatif dan persepsi klien tentang penggunaan dan pemanfaatan teknologi dalam mengatasi permasalahan kesehatan saat ini.

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

Pengkjian agama sebagai falsapah hidup akan memberikan gambaran symbol yang dapat mengakibatkan pandangan yang realitsits bagi pemeluknya. Pengkaian agama harus benar-benar dikaji agar dapat memberikan motivasi dan semangat yang tinggi untuk dapat menempatkan kebenaran atau kesalahan yang pernah dihadapi. Dalam pengkajian agama perawat harus mampu mengkaji agama yang dianutnya, status pernikahan, cara pandang terhadap penyakit yang diderita, cara pengobatan dan kebiasaan agama yang dapat berdampak kepada kesehatan klien.

- c. Faktor sosial dan keterikatan keluarga (Kinship and Social Factors)

Pada tahapan pengkajian sosial dan keterikatan keluarga menjadi salah satu faktor pengkajian yang penting untuk dikaji secara mendalam. Pada tahapan ini perawat harus mampu mengkaji nama lengkap, nama panggilan, umur dan tempat tanggal lahir, jenis kelamin, status, tipe keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, dan hubungan klien dengan kepala keluarga.

- d. Nilai-nilai budaya dan gaya hidup (cultural value and life ways)

Pengkajian nilai dan gaya hidup dalam budaya melihat sejauh mana norma-norma budaya dapat diterapkan oleh penganutnya. Norma-norma budaya menjadi kaidah dan ketentuan bagi para penganutnya. Beberapa nilai dan gayahidup dalam budaya yang perlu dikaji antara lain jabatan dan jabatan yang dipegang oleh kepala keluarga, Bahasa pengantar yang digunakan, kebiasaan makan dan pantangan pada kondisi sakit, persepsi sakit yang berkaitan dengan kegiatan kesehariannya serta kebiasaan dalam personal hygiene atau membersihkan diri.

- e. Faktor kebijakan dan peraturan yang berlaku (Political and Legal Factor)

Kebijakan dan peraturan yang berlaku adalah segala sesuatu yang mempengaruhi kegiatan individu dalam asuhan keperawatan lintas budaya (Andrew and Boyle, 1995). Peraturan yang berlaku dan kebijakan yang diambil untuk tahapan pengkajian keperawatan budaya bagi perawat dilakukan dengan melakukan kajian yang berfokus pada peraturan dan kebijakan yang

berkaitan dengan jumlah anggota keluarga, jaminan Kesehatan dan ketentuan lain yang menyangkut kesehatan.

f. Faktor ekonomi (economical factors)

Tahapan pengkajian pada factor ekonomi lebih di fokuskan kepada sejauh mana klien memanfaatkan sumber yang ada untuk memnuhi dan membiayai kesehatannya. Pada faktor ini perawat harus mampu mengkaji dengan jelas pekerjaan yang dilakukan klien, biaya dan sumber pendapatan serta jaminan kesehatan yang dimiliki oleh pasien.

g. Faktor pendidikan (educational factors)

Faktor Pendidikan dalam asuhan keperawatan budaya mempunyai peranan dan gambaran sejauh mana pengetahuan dan pemahaman klien dalam pengelolaan Kesehatan. Perawat dituntut untuk melakukan pengkajian yang mendalam untuk mengetahui sejauh mana jenjang Pendidikan yang pernah diikuti, kemampuan untuk belajar dan keaktifan untuk mendapatkan informasi tentang kesehatannya.

2. Tahapan Diagnosa Keperawatan

Tahapan diagnosis keperawatan merupakan tahapan untuk menentukan respon klien sesuai dengan latar belakang budaya yang dapat diubah dan dicegah melalui intervensi yang akan diberikan. Dalam keperawatan budaya terdapat diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yang disebabkan adanya perubahan budaya dan interaksi sosio kultural dengan sistem atau nilai yang ada pada masyarakat tersebut.

3. Tahapan Perencanaan dan Pelaksanaan

Tahapan ini dalam asuhan keperawatan budaya menitikberatkan pada pemilihan intervensi strategis yang tepat dan akurat dalam menyelesaikan permasalahan sesuai dengan diagnose keperawatan yang ditegakkan. Dalam proses perencanaan dan pelaksanaan ini harus diperhatikan latar belakang budaya sebagai hal yang dapat menentukan keberlanjutan pelaksanaan yang akan dilakukan. Dalam tahapan perencanaan dan pelaksanaan keperawatan budaya berpedoman pada kemampuan mempertahankan budaya yang dimiliki klien, mengakomodasi budaya klien dan merubah budaya klien yang dimiliki jika bertentangan dengan kesehatannya. Beberapa hal yang perlu diperhatikan juga antara lain :

- a. *Cultural care preservation/maintenance* merupakan tahapan perencanaan dengan memahami perbedaan konsep dan pemahaman antara klien dengan perawat dalam proses yang akan diterapkan, interaksi dan diskusi kesenjangan budaya yang dimiliki antara klien dengan perawat.
- b. *Cultural care accomodation/negotiation* dapat dilakukan dengan penggunaan Bahasa dan adab yang baik dan mudah dipahami oleh klien, melibatkan keluarga dalam proses perencanaan yang akan dilakukan. Dan lakukan negosiasi jika ada konflik yang belum diselesaikan.
- c. *Cultural care repartening/reconstruction* dimana dalam tahapan ini perawat diminta untuk dapat memberikan kesempatan Kelada klien untuk memahami informasi yang diberikan, kemampuan tingkat perbedaan pasien dengan budaya

kelompok dan dapat memberikan informasi tentang system Kesehatan yang ada pada masyarakat tersebut.

Perawat dan klien harus mencoba untuk saling memahami budaya masing-masing melalui proses akulturasi, yaitu proses mengidentifikasi persamaan dan perbedaan budaya yang akhirnya akan memperkaya budaya mereka. Bila perawat tidak memahami budaya klien maka akan timbul rasa tidak percaya sehingga hubungan terapeutik antara perawat dengan klien akan terganggu. Pemahaman budaya klien amat mendasari efektifitas keberhasilan menciptakan hubungan perawat dan klien yang bersifat terapeutik.

1. Tahapan Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan *transkultural* dilakukan terhadap keberhasilan klien tentang mempertahankan budaya yang sesuai dengan kesehatan, mengurangi budaya klien yang tidak sesuai dengan kesehatan atau beradaptasi dengan budaya baru yang mungkin sangat bertentangan dengan budaya yang dimiliki klien. Melalui evaluasi dapat diketahui asuhan keperawatan yang sesuai dengan latar belakang budaya klien.

Contoh form Pengkajian Asuhan Keperawatan Budaya

PEDOMAN WAWANCARA
ASUHAN KEPERAWATAN TRANSKULTURAL NURSING
PADA MASYARAKAT DI DAERAH WISATA

1. PENGKAJIAN

a. FAKTOR TEKHNOLOGI (*teccnological factors*)

.....
.....
.....
.....
.....

b. FAKTOR AGAMA DAN FALSAFAH HIDUP (*religious and philosophical factors*)

.....
.....
.....
.....
.....

c. FAKTOR SOSIAL DAN KETERIKATAN KELUARGA (*kinship and social factors*)

.....
.....
.....
.....
.....

d. NILAI-NILAI BUDAYA DAN GAYA HIDUP (*cultural value and life ways*)

.....
.....

.....
.....
.....

e. FAKTOR KEBIJAKAN DAN PERATURAN YANG BERLAKU (*political and legal factors*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

f. FAKTOR EKONOMI (*economics factors*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

g. FAKTOR PENDIDIKAN (*education factors*)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

a.
.....
.....
.....

- b.
.....
.....
.....

3. PERENCANAAN DAN PELAKSANAAN

- a. Cultural Care Preservation/Maintenance
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- b. Cultural Care Accmodation/Negotiation
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- c. Cultural Care Repartening/Recontruction
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. EVALUASI

-
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rangkuman

Keperawatan transkultural merupakan penggabungan disimplin ilmu keperawatan dan budaya / antropologi sebagai area utama keperawatan yang berfokus pada studi komporasi dan analisis dari keragaman budaya dan sub budaya di dunia dengan memperhatikan nilai caring, ekspresi, kepercayaan tentang sehat- sakit, serta pola perilaku yang ada dimasyarakat. Tujuan dari teori tersebut adalah untuk menemukan keragaman dan universalitas asuhan manusiawi dihubungkan dengan cara pandang dunia, struktur sosial, dan dimensi lain dan kemudian untuk menemukan cara untuk menyediakan perawatan yang sesuai secara budaya pada orang dengan budaya yang sama maupun berbeda guna menjaga atau memulihkan kesehatan atau kesejahteraan mereka, atau untuk menghadapi ajal dengan carayang sesuai dengan kebudayaan mereka selain itu tujuan dari teori ini adalah untuk meningkatkan atau menyediakan perawat yang sesuai budaya untuk klien, keluarga, atau kelompok budaya.

Implementasi Keperawatan transcultural dapat dilakukan dengan pendekatan paradigma keperawatan dan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi sesuai dengan tahapan dan focus pengkajian dan intervensi yang akan dilakukan sehingga mampu melakukan evaluasi dengan baik.

Latihan Soal

1. Bagaimana sejarah keperawatan transkulutral?
2. Jelaskan sumber-sumber teoritis dalam keperawatan trasnkultural?
3. Jelaskan Pandangan tentang Paradigma keperawatan transkultural?
4. Apa saja yang perlu di kaji dalam Proses Keperawatan Trasnkultural?
5. Jelaskan Proses Keperawatan Transkultural dilakukan?

Daftar Pustaka

- Dewi Murdiyanti (2017). Keperawatan Transkultural Teori dan Aplikasi. Pustaka Baru Press. Jogjakarta
- Dochter, Joanne Mecloskey, Phd dkk. 2004. Nursing Intervention Classification. Jakarta : Mosby Elevier
- Doengoes, Marilyann E Dkk. 1993 Rencana Asuhan Keperawatan. Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan. Jakarta : EGC
- Giger. J.J & Davidhizar. R.E,. 1995. Transcultural Nursing : Assessment and Intervention, 2nd Ed, Missouri: Mosby Year Book Inc
- Harmoko dan Riyadi, Sujono. 2016. Asuhan Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Leininger. M & McFarland. M.R,. 2002. Transcultural Nursing : Concepts, Theories, Research and Practice, 3rd Ed. USA: Mc-Graw Hill Companies
- Mooehed, Sue dkk.2004. Nursing Outcomes Classification (NOC). Jakarta : Mosby Elevier
- Potter and Perry. 2011. Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice, 5 Ed; alih bahasa, Yasmin Asih, dkk. Jakarta: EGC.

Profil Penulis



Ns. Irwan Hadi, M.Kep Lahir di Lendang Kekah, 23 Juli 1988 merupakan Dosen Tetap di STIKES YARSI Mataram. Riwayat Pendidikan ditempuh pada Program Profesi Ners STIKES YARSI Mataram lulus tahun 2011 dan Program Studi Magister Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang dengan bantuan Beasiswa Pendidikan Dalam Negeri (BPP DN) Lulus tahun 2015 dengan hasil karya Budaya, Kerjasama Tim dan Komunikasi dalam Keselamatan Pasien. Pengalaman sebagai akademisi dan praktisi dalam keperawatan dan Kesehatan kemudian di tuangkan dalam hasil karya ilmiah dan publikasi baik berupa artikel maupun buku sesuai dengan bidang keilmuan

Riwayat Pekerjaan Penulis sebagai Koordinator Marketing di Klinik Kamboja Mataram, Manajer SDM di RSI Siti Hajar Mataram, Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKES YARSI Mataram dan Wakil Ketua 1 Bidang Akademik STIKES YARSI Mataram sedangkan dalam Organisasi ditunjuk sebagai Wakil Ketua bidang Penelitian dan Informasi Komunikasi DPW PPNI NTB, Wakil Ketua Bidang Organisasi DPD PPNI Kota Mataram, Sekretarsi Himpunan Perawat Manajer Indonesia Provinsi NTB, Pengurus Asosiasi Perguraun Tinggi Swasta (APTISI) Wil NTB dan Pengurus Asosiasi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) Wil Bali Nusa Tenggara. Penulis aktif dalam Publikasi dan penerbitan buku diantaranya Manajemen Keselamatan Pasien Teori dan Aplikasi, Buku Sukses Uji Kompetensi melalui Peer Teacing, Etika dan Hukum Kesehatan, Kebijakan Kesehatan, Inovasi dan Kreatif dalam Pandemic Covid 19 dan beberapa buku praktik dan modul diantaranya Praktik Manajemen Keperawatan, Modul Oksigenasi dan Modul Aplikasi Pencegahan Resiko Insiden (APRI).

GLOSARIUM

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Disease Syndroms.</i>
Biopsikososial	Metode interaksi antara biologi, psikologis dan faktor sosial dalam mengobati penyakit dan meningkatkan kesehatan menjadi lebih baik.
Dependensi	Ketergantungan terhadap sesuatu.
Etnokologi	Suatu cabang ilmu yang mempelajari bagaimana perbedaan manusia yang tinggal ditempat berbeda memaknai hubungan mereka dengan ekosistem dan lingkungan.
Etnosentrisme	Suatu paham yang beranggapan bahwa kepercayaan yang dianut lebih baik daripada kepercayaan orang lain.
Feminine	Sifat ke wanita wanitaan
Gander dysphoria	Disporia gender
Gender Identity Disorder	Gangguan identitas gender
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus.</i>
Koping	Merupakan perubahan kognitif dan perilaku secara konstan dalam upaya untuk mengatasi tuntutan internal dan eksternal khusus yang melelahkan atau melebihi sumber individu, hal ini juga dihubungkan

dengan masalah dan situasi, atau dengan menghadapinya dengan berhasil/sukses.

Maskulin

Sifat ke Laki lakiian

NAPZA

Narkotika, psikotropika, dan zat adiktif.

Primary characteristics

sex *Karakteristik seks primer*

secondary characteristics

sex Karakteristik seks sekunder

Stigmatisasi

Persepsi negatif terhadap suatu gangguan atau kekurangan baik fisik maupun non fisik seseorang.

Stres

Reaksi/respon tubuh terhadap stresor psikososial.

Stresor

Suatu kondisi stimulasi yang berbahaya dan menghasilkan reaksi stres, bisa berasal dari dalam tubuh dan di luar tubuh, dan dapat berupa biologi/fisiologi, kimia, psikologik, sosial dan spiritua.

Terapi

komplementer

Suatu terapi alternatif yang diberikan untuk melengkapi terapi kesehatan modern atau konvensional.

Istilah asing atau singkatan yang ditulis dalam bab dan diberi penjelasan.

- 1 **KONSEP DIRI**
Hariet Rinancy
- 2 **KESEHATAN SPRITUALITAS BERBASIS KEPERAWATAN**
Yohanes Andy Rias
- 3 **KONSEP SEKSUALITAS**
Febi Ratnasari
- 4 **PSIKOSEKSUALITAS**
Mira Agusthia
- 5 **KONSEP ADAPTASI STRES**
Nyoman Sri Ariantini
- 6 **KONSEP KEHILANGAN, KEMATIAN, DAN BERDUKA**
Ahmad Guntur Alfianto
- 7 **PENGANTAR TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN**
Nurhafizah Nasution
- 8 **TRANSKULTURAL DALAM KEPERAWATAN**
Healthy Septina Sirait
- 9 **PARADIGMA BUDAYA DALAM KEPERAWATAN MUTIKULTURAL**
Sanon
- 10 **ANTROPOLOGI KESEHATAN**
Untoro Dwi Raharjo
- 11 **PROSES KEPERAWATAN TRANSKULTURAL**
Irwan Hadi

Editor :

Yafi Sabila Rosyad

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

